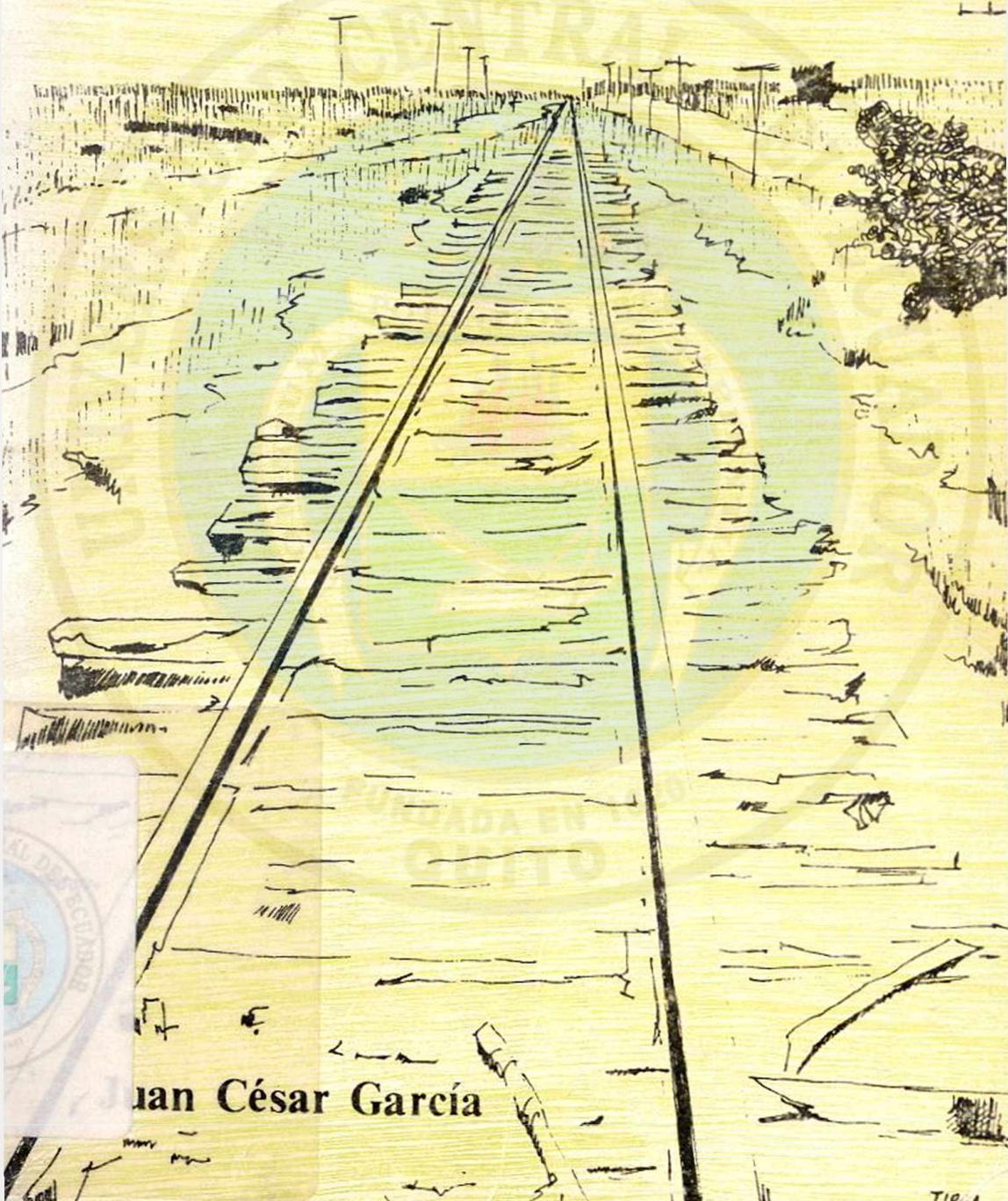


Medicina y Estructura Social



Juan César García





BASE LEGAL PARA DIGITALIZACIÓN DE LIBROS CON DERECHOS DE AUTOR

El Sistema Integrado de Bibliotecas de la Universidad Central del Ecuador, digitalizará su acervo bibliográfico siempre y cuando sea para fines educativos y de investigación. No se permite la reproducción y distribución para la comercialización directa e indirecta del mismo.

La digitalización del material bibliográfico se lo realiza de acuerdo al Código Orgánico De La Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación Art. 212 numeral 9, Literal ii “(...) Una biblioteca o archivo podrá, además, realizar los siguientes actos (...) La reproducción electrónica y comunicación pública de obras de su colección para ser consultadas gratuita y simultáneamente hasta por un número razonable de usuarios, sólo en terminales de redes de la respectiva institución o para usuarios de esa institución bajo su control, en condiciones que garanticen que no se puedan hacer copias electrónicas de esas reproducciones” y literal vii “La reproducción, adaptación, traducción, transformación, arreglo, distribución y comunicación de una obra protegida por derechos de autor o una prestación protegida por derechos conexos, en uno o más formatos accesibles para el uso exclusivo de personas con discapacidad”.

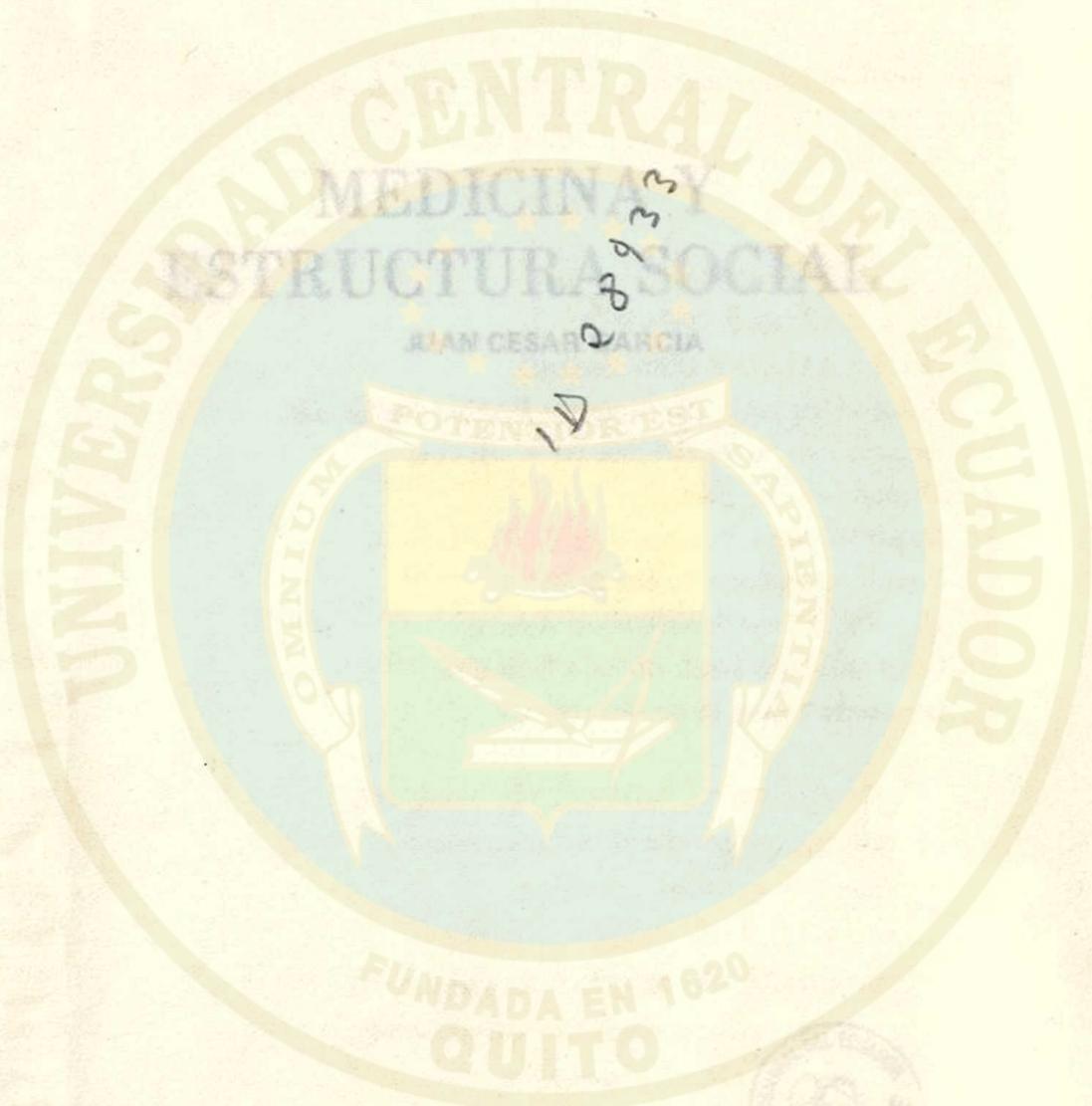
Este material se considera un producto intelectual a favor de su autor; por tanto, la titularidad de sus derechos se encuentra protegida por el Código Orgánico De La Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación. La violación a dichos derechos constituye un delito que será responsabilidad del usuario.

Este libro está disponible físicamente en:

BIBLIOTECA		PISO	
		ESTANTE	
		BANDEJA	
CONVENIO INTERINSTITUCIONAL		UNIVERSIDAD	

(19)

614
6216



For Archiv
 del 11571
 E02-B30



216

527
6276



Ministerio de Educación, Cultura y Deporte - Universidad Central del Ecuador

MEDICINA Y ESTRUCTURA SOCIAL

JUAN CESAR GARCIA



*Sr. Juan A. Santos Domínguez
Subsecretario de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social*

FUNDADA EN 1620

Dra. Lydia de Ramírez

QUITO

Lic. Rafael Delancey

Subsecretario de Estado de Salud Pública y

Asistencia Social



COLECCION SESPAS.

Serie : SALUD Y COMUNIDAD.

Titulo Original : Medicina y Estructura Social.

Impreso en la República Dominicana.

Diciembre de 1980.

Impreso por : Impresos de Calidad, S. A.

Fotos : Dagoberto Tejeda Ortíz

Portada : Tirsia Elena Barrios Ayarza.

Coordinación Gral. de esta Edición:

Dagoberto Tejeda Ortíz.

FUNDADA EN 1620
QUITO

614
6216



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

"AÑO DEL AGRICULTOR"

Santo Domingo, D.N.
8 de diciembre 1980.

(SESPAS)

Dr. José Rodríguez Soldevilla

Secretario de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social

Dr. Luciano Martínez Persia

Subsecretario de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social.

Sr. Jose A. Santos Domínguez

Subsecretario de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social

Dra. Ligia Leroux de Ramírez

Subsecretaria de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social

Lic. Rafael Delancer Sánchez

Subsecretario de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social





PRESENCIA

La comprensión del *República Dominicana* en cuanto a su papel

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

"AÑO DEL AGRICULTOR"

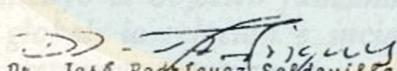
Santo Domingo, D.N.
8 de diciembre 1980.

- AL : Lic. Dagoberto Tejeda Ortiz
Director de la División de
Recursos Humanos en Salud.
- Del : Secretario de Estado de Salud
Pública y Asistencia Social.
- Asunto : Publicación de libros y documentos.

La formación de Recursos Humanos en Salud es una de las actividades fundamentales contempladas en la política Nacional de Salud de nuestro actual Gobierno, que preside el Excelentísimo Señor Presidente de la República, Compañero Don Antonio Guzmán Fernández. Dadas las inmensas necesidades bibliográficas que hemos detectado a todos los niveles en el área de la Salud, solicitámosle muy cordialmente, coordinar con las diferentes Unidades de esta Secretaría un proyecto tendiente a publicar libros y documentos acorde con nuestros programas y nuestros recursos dentro de un plan de prioridades.

Agradecemosle darle un carácter de urgencia a este proyecto, dada la importancia que él reviste para la implementación de nuestros programas y la formación de todo el personal de la SESPAS, lo cual remunerará en beneficio de la salud del pueblo Dominicano.

Muy atentamente le saluda,


Dr. José Rodríguez Soldevilla
Secretario de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social.

JRS/mcm



PRESENTACION

La comprensión del Sector Salud en cuanto a su papel histórico-social en nuestro país y su relación con los otros sectores de la sociedad se hace cada día más necesario, sobre todo, cuando el proceso salud-enfermedad no es ya simplemente una cuestión académica, es un asunto de grandes implicaciones económicas, políticas, sociales y humanas. De ahí entonces la necesidad de una búsqueda objetiva, de una investigación científica y de una discusión honesta y profunda al respecto.

Presentar al sector salud al margen de los otros sectores de la sociedad, o en una interacción no priorizada, fue la perspectiva de análisis dominante en nuestro medio. La pretendida virginidad de la apoliticidad del sector salud ha llegado en muchos casos casi hasta la beatitud y la santidad... Sin embargo, en los últimos años, ha ido surgiendo en América Latina un proceso de criticidad que, con otras herramientas teórico-metodológicas, han venido demitificando toda esta concepción funcionalista, abriendo posibilidades objetivas para la comprensión de la realidad sanitaria y socio-económica de nuestros países. Tal es el caso de este trabajo del profesor Juan César García.

El estudio de las características del desarrollo socio-económico de la América Latina y las relaciones de éste con el sector salud en cada momento histórico de su formación social, constituye el objetivo fundamental de este libro. En el análisis global, la relación e incidencia de las variables internas y externas constituyen parámetros obligatorios y privilegios para su comprensión. A nivel particular, en relación al sector salud, se define su conformación en cuanto a la práctica profesional, el saber y la formación por la dinámica estructural concreta. Por otro lado, la relación entre el Estado y Salud; entre Salud y Política y entre Salud y lucha de clases, constituyen variables básicas en el análisis en cuestión.

La visión global del proceso centro-periferia, "Metrópolis-colonia" en una geopolítica de hegemonía, y el análisis particular de las diferentes formaciones sociales de nuestros países Latinoamericanos, hacen posible la redefinición histó-



rica de la relación Salud—Estado en función de exigencias particulares de las clases sociales como parte de un proyecto histórico, cuyo parámetro dominante es el capitalismo.

El trabajo del Profesor Juan César García, "Salud y Estructura Social", publicado originalmente (mimeografiado) con el título "La Medicina Estatal en América Latina" (1880—1930), es sin duda el documento más importante sobre el tema en este momento. De ahí entonces, que su conocimiento resulte imprescindible para todo investigador y hombre de acción que esté preocupado y comprometido con nuestros pueblos. La División de Recursos Humanos en Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, dentro del trabajo de coordinación con las Universidades dominicanas, realiza esta publicación, con la pretención explícita de que sea un documento provocador para la discusión crítica y la investigación científica en el campo de la salud, ya que nosotros creemos en la pluralidad ideológica, en la confrontación de las ideas y en discusión democrática, abierta a la búsqueda de la verdad.

Esperamos que este documento se convierta en un generador de inquietudes y de interrogantes para profundizar en el tema. Incluso el contenido pedagógico del libro así lo exige, ya que el propio profesor Juan César García, explicita su no agotamiento del tema. Por eso, en cada página, en cada línea el libro es una provocación para el análisis y la investigación científica.

Agradecemos al Profesor Juan César García su generosidad al cedernos desinteresadamente el material para este libro.

Nuestro reconocimiento a la Artista Tirsa Elena Barrios de Tejeda, por el diseño de la portada.

Dagoberto Tejeda Ortiz
Director de la División de
Recursos Humanos en Salud

LA MEDICINA ESTATAL EN AMERICA LATINA

1880 — 1930

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

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





LA MEDICINA EN EL CAPITALISMO

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

La medicina comienza su transformación desde el momento mismo en que surgen los supuestos de la producción capitalista, es decir, en el período de la acumulación originaria. La acumulación originaria es el proceso mediante el cual se escinde la relación entre el productor y sus medios de trabajo dando como resultado, por un lado, la acumulación de obreros libres y, por el otro, la acumulación de medios de producción. En Europa este proceso tuvo características violentas. Las grandes masas de campesinos expulsados de sus lugares de trabajo sin ser absorbidos inmediatamente por la manufactura constituyeron un grupo considerable de desocupados. La medicina interviene sobre este grupo al colaborar en su confinamiento mediante instituciones tales como asilos, casas de trabajo y hospitales en donde, además, se le trata de crear hábitos de disciplina y orden necesarios para el trabajo industrial. Aunque estas instituciones no podrían ser consideradas en la época como estrictamente médicas, ya que no eran utilizadas por los grupos dominantes

del campo médico, posibilitan, sin embargo, a los escalones más bajos de la medicina adquirir una experiencia y desarrollar un conocimiento que ha de llevar al surgimiento de una nueva medicina clínica y a una renovación de la cirugía.

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

La revolución que se opera en las condiciones generales del proceso social de producción, esto es, de los medios de comunicación y de transporte como consecuencia del pasaje de la manufactura a la gran industria, da origen al segundo vínculo de la medicina en el capitalismo.³ La cuarentena se convierte en una traba al comercio internacional y su abolición crea un campo de intervención para la medicina. La lucha contra las enfermedades que justificaban la cuarentena y que constituían, por otra parte, un peligro real para las poblaciones y el comercio ha de ser para la medicina en América Latina el punto de partida de su transformación y desarrollo.

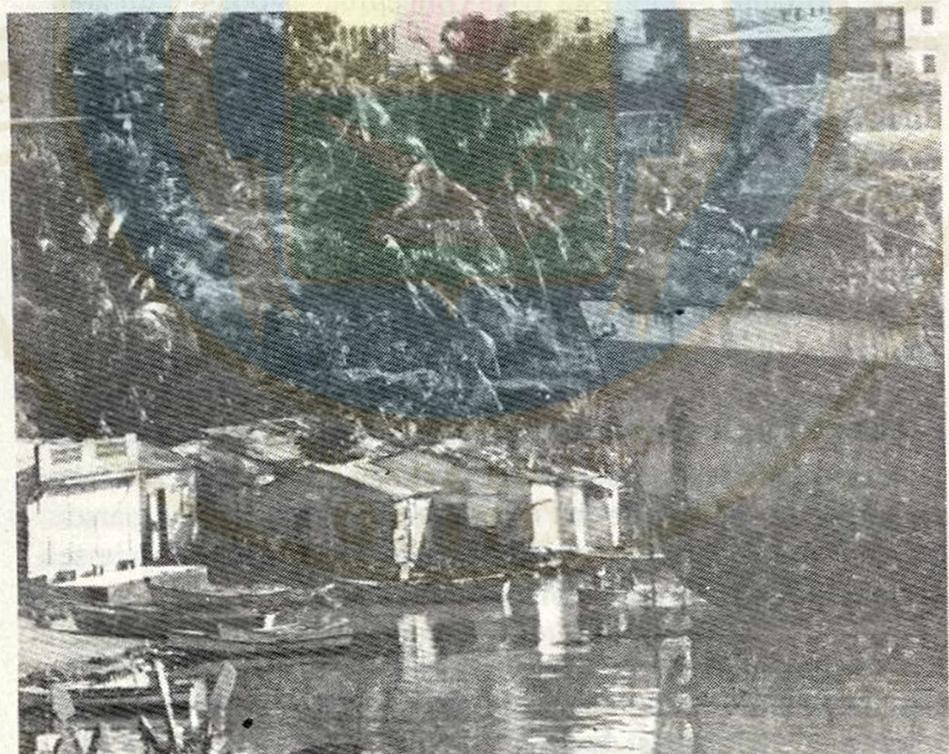
El tercer tipo de nexo de la medicina con la estructura económica se establece a raíz del interés por aumentar la cantidad de trabajo suministrado por el mismo número de obreros sin que se modifique la jornada de trabajo y en América Latina se logra mediante la lucha contra las enfermedades llamadas "debilitantes" como la anquilostomiasis y la malaria en el sector primario—exportador. Este tipo de intervención basada en los hallazgos de la microbiología y de la parasitología no requiere de un cambio radical de la concepción pre-

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

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

La medicina estatal no toma a su cargo, salvo muy raras excepciones todas las actividades que se derivan de las vinculaciones mencionadas de la medicina con la estructura las

que, por otra parte, no se presentan simultáneamente. Se observa que la intervención del Estado pasa por diferentes períodos según la importancia que le asigna a cada una de las actividades médicas. Así, la sanidad marítima, fundamental para la medicina estatal a principios de siglo es suplantada en importancia por la sanidad terrestre y, posteriormente, por la Asistencia Social. Así mismo el Estado en ciertos períodos y como parte de su función general utiliza la medicina como herramienta política para disminuir las tensiones sociales en ciertos sectores de la población, por ejemplo, o como instrumento para la acumulación de capital como suele ocurrir con los seguros sociales. La medicina estatal y las formas institucionales que asume no pueden considerarse ni explicarse, por consiguiente, sin tomar en cuenta el desarrollo mismo de la medicina y la totalidad social donde se implanta, crece y se transforma.



SURGIMIENTO DE LA MEDICINA ESTATAL EN AMERICA LATINA

En los países de América Latina, en el período de 1880 a 1930, se crean órganos burocráticos, que con el nombre de Direcciones, Departamento o Servicios Nacionales se encargan de llevar a cabo actividades en el campo de la Salud. Esta intervención del Estado difiere notablemente en la forma y el contenido de la que venía realizando hasta ese momento. Así, durante la Colonia, el Estado monárquico absolutista sólo contaba con una institución que se ocupaba de asuntos médicos, el Tribunal del Protomedicato, que estaba destinada a administrar justicia en relación con las profesiones médicas. El protomedicato examinaba a quienes iban a ejercer la profesión médica, ponía multas, controlaba las boticas, trataba sobre los delitos en el ejercicio de los diversos gremios médicos y tomaba conocimiento de las plantas medicinales de la región. En casos de epidemias el Tribunal del Protomedicato proveía dictamen al Ayuntamiento quien tomaba las medidas del caso. El ayuntamiento colonial y el Virrey se encargaban de dictar algunas medidas higiénicas tales como las referentes a la limpieza de las ciudades, cuyo cumplimiento dejaba mucho que desear.

La fundación de hospitales durante la Colonia era resultado de la acción real del Cabildo y de la Audiencia, pero la mayoría eran de origen religioso y se establecieron —como lo expresa Venegas Ramíres con relación a los hospitales para indios— no solamente con fines terapéuticos, sino por intereses de tipo económico, político y religioso.³

El Estado precapitalista en América Latina nacido con

la independencia no interviene centralmente en el campo de la salud salvo en forma normativa, dejando la ejecución a nivel municipal. La debilidad e inestabilidad de este tipo de Estado, que corresponde a la atomización del poder político característico del precapitalismo, no permitía superar los rasgos fundamentales de la civilización española y portuguesa de la contrarreforma y el militarismo. Así, los órganos estatales territoriales que se habían desarrollado durante la monarquía absolutista —tales como el municipio— incrementado su autonomía del poder central mientras las acciones del Estado Nacional, por asuntos de gobierno, permanecían poco desarrolladas, y cuando este Estado Nacional incorporaba en sus actividades asuntos especializados, tales como salud lo hacía en la forma característica de las monarquías absolutistas mediante consejos consultivos. Los Consejos o Juntas Nacionales de Sanidad, por ejemplo, que se establecieron en la mayoría de los países de América Latina en el siglo XIX se caracterizaban por ser cuerpos colegiados, consultivos de los Ministerios de Gobernación o Interior, sobre las acciones que se deberían tomar en asuntos relativos a la “salud del común de los habitantes” de la nación y especialmente en situaciones de emergencia como en el caso de epidemias. Estos Consejos tenían, además, funciones normativas y de vigilancia similares, aunque de mayor amplitud, a las que realizaban en la Colonia el Tribunal del Protomedicato y, en los primeros años de independencia los Tribunales Médicos.

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

La creación de Direcciones o Departamentos Nacionales sobre asuntos específicos en el campo de la salud en el período de 1880 a 1930 representa un cambio sustancial

con respecto al papel jugado anteriormente por el Estado Nacional. Esta diferencia se establece en los siguientes aspectos: a) se crean unidades burocráticas en lugar de cuerpos colegiados, b) se les asigna a dichas unidades responsabilidad ejecutiva en lugar de solamente consultivas o normativas, c) se les adjudica atribuciones que anteriormente estaban bajo el ámbito del poder local y, d) el objeto de la intervención y la misma intervención es transformada para articularse con la estructura económica, abandonando —por el momento— las vinculaciones con la instancia ideológica y política característica del Estado precapitalista en el campo de la salud.

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

El Estado “oligárquico—liberal” representando a la burguesía capitalista incorpora entre sus funciones las actividades médicas que tienen relación con sus intereses económicos

y lo hace con el rasgo autoritario que lo caracteriza. La forma como se comporta el Estado frente a los dos sectores de posible intervención, la beneficencia pública y la sanidad, ejemplifica lo expresado anteriormente.

La Beneficencia Pública consistía en el cuidado y socorro de los indigentes, pobres o desvalidos y comprendía una multitud de establecimientos tales como casas de huérfanos y desamparados, asilos de párvulos y ancianos, casas cunas, institutos de ciegos y sordomudos, manicomios y hospitales. Estas instituciones y en especial los hospitales eran durante la Colonia lugares de refugio donde se ejercía la caridad cristiana como parte del aparato de hegemonía del Estado Monárquico Absolutista. El Estado precapitalista de las primeras décadas de independencia y aún el Estado capitalista "liberal—oligárquico" no intentan alterar en su esencia la concepción de la beneficencia que permanece siendo caritativa y respondiendo a una visión religiosa del mundo. Sin embargo, se entabla una larga y tortuosa lucha por parte de la burguesía urbana para quitar el control de las instituciones de beneficencia del poder religioso. Así, en varios países las sociedades secretas impulsaron la Beneficencia junto con la Educación como un arma de lucha ideológica.

El Estado "Liberal—Oligárquico" financiaba en la mayoría de los países gran parte de la Beneficencia Pública pero dejaba la administración a particulares y bajo la influencia de instituciones religiosas católicas, demostrando de esta forma la escasa preocupación de esos Estados por imponer la concepción del mundo de los grupos que representaba. En las primeras décadas de la independencia en algunos países como Argentina se intenta bajo la influencia de corrientes enciclopedistas iluministas poner bajo la Administración del Estado las instituciones de beneficencia pero se recurre finalmente para su administración a corporaciones integradas por mujeres de la oligarquía. En el período de 1880 a 1930 algunos países donde el Estado supera la fase económica—corporativa se observa acciones para incorporar la

administración de la Beneficencia al Estado y desafiar la influencia religiosa. En Uruguay, por ejemplo, la ley de diciembre de 1905 determinó que la Comisión de Damas que había promovido la construcción del Hospital de Niños quedaría subordinada a la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia e indicaba que el régimen interno del Hospital "será exclusivamente laico y ajeno a toda corporación o secta religiosa". La Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia del Uruguay en 1908 elimina las Hermanas del Huerto de la atención en el Asilo de Expósitos y en los Asilos Maternales y la enseñanza en el primero fue puesta en manos de personal laico.⁴

Los Hospitales de la Beneficencia, aún en los países donde el Estado participaba en su administración, eran fundamentalmente custodiales y dirigidos a enfermos "pobres" y similares en sus acciones a las instituciones coloniales y de principios de la independencia y, por consiguiente, no parecen corresponder exactamente a lo que hoy denominamos Atención Médica o Medicina Curativa. Este sector de la actividad médica permanecerá inalterado en la mayoría de los países de América Latina hasta los años 30 cuando el Estado ha de tomar un papel activo en su transformación.

La Sanidad ha de constituirse para el Estado Oligárquico—Liberal, a diferencia de la Beneficencia Pública, en el sector de mayor preocupación y donde ha de realizar acciones directas con un nuevo carácter. Se entendía por Sanidad, en el período considerado al conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes. La idea de un enfermar común ejemplificado en las epidemias estaba presente en la clasificación de las enfermedades desde Hipócrates siendo su causa asignada al medio externo. Durante la Edad Media estas enfermedades no eran objeto de atención ya que se las suponía determinadas por Dios y es en el Renacimiento cuando se las considera producto de condiciones telúricas o a la transmisión de una persona a otra y, por consiguiente, se presenta la posibilidad de intervenir para prevenirlas o eliminarlas.

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

La creación de Direcciones, Departamentos o Servicios Nacionales de Sanidad fue la respuesta necesaria del Estado Liberal Oligárquico para resolver los problemas de salud que afectaban los intereses económicos de la burguesía local y el capital monopólico. Los Departamentos de Sanidad son también, como los Consejos, dependientes de los Ministerios de Gobernación o del Interior y en los países donde existían Consejos Nacionales estas nuevas unidades los reemplazan o los incorporan en su organización.

La importancia asignada por el Estado liberal—oligárquico a la Sanidad sobre otros sectores de la medicina tales como la beneficencia, en la que se incluye la atención hospitalaria, determina que la *medicina estatal* en el período de 1880 a 1930 pueda ser considerada casi exclusivamente como *sanidad estatal*. Las razones para este desarrollo desigual de la medicina estatal debe buscarse en la vía seguida por la implantación del capitalismo en los países de América Latina que, a diferencia de los países europeos, no pasa por una fase de revolución burguesa. El Estado nacido de esta situación, donde impera la extracción de plusvalía absoluta mediante la coacción extraeconómica, no busca la transformación de la atención médica para orientarla a la mantención y recuperación de la fuerza de trabajo, como sucede donde

predomina la plusvalía relativa, y tampoco trata de utilizar las instituciones asistenciales como vehículos de implantación de la hegemonía. La transformación de la atención médica tendrá que esperar, en la mayoría de los países, hasta después de los años 30 cuando se establecen Ministerios que incorporen este sector como parte fundamental de la medicina estatal. Los escasos Ministerios o Secretarías que se crean en América Latina antes de 1930 llevan generalmente el nombre de Sanidad y Beneficencia, mientras los que surgen en la década de los 30 y 40, que constituye la gran mayoría, se los denomina de Salud Pública y Asistencia Social. El cambio de nombre de Beneficencia a Asistencia Social y Previsión Social refleja una transformación radical de la atención médica estatal.

El estudio del surgimiento de la medicina estatal centralizada se reducirá, por lo expresado anteriormente, a la sanidad estatal y será tratado en tres partes: a) la creación de los servicios, direcciones o departamentos nacionales de sanidad de 1880 a 1930 señalando los determinantes fundamentales de las decisiones políticas que llevan a la creación de estas unidades en términos de la correlación de fuerzas internas, b) el surgimiento de la sanidad estatal en Panamá y países de Centro América será considerado en capítulo independiente, no sólo porque en la mayoría de ellos se produce después de la primera guerra mundial sino por la importancia que en este proceso pareciera tener la influencia externa, c) los países que crean órganos estatales de sanidad bajo la ocupación de los Estados Unidos serán también objeto de un análisis independiente, con el fin de poner de relieve el papel del imperialismo en el surgimiento de la medicina estatal frente al juego de las fuerzas internas.



LA CREACION DE UNIDADES NACIONALES DE SANIDAD DE 1880 A 1930

La creación de Direcciones de Sanidad y posteriormente de Ministerios encargados de los servicios de salud dibujan, cuando se las distribuye en el tiempo, una curva en forma de "S", es decir, un período lento de creación seguido por un período rápido y terminando con otro período final. La curva de creación de Direcciones Nacionales se realiza en un período mucho más breve que el de los Ministerios (ver Cuadro 1) y estos comienzan a crearse en la etapa final de creación de las Direcciones de Sanidad. Una curva similar se encuentra a partir de la década de los 20 para la creación de seguros estatales de maternidad, accidentes y enfermedades. La creación de Ministerios y de seguros estatales de enfermedad corresponde a la transformación de la medicina estatal que se produce en América Latina en las décadas de los 30 y 40.

La curva en forma de "S" ha sido descrita por autores positivistas en relación a diversos fenómenos sociales que van desde la adopción de nuevas tecnologías agrícolas hasta la creación de unidades en la Administración Pública y con ella se pretende explicar cambios sociales en términos de la difusión de innovaciones. La curva en "S" de la creación de Departamentos, Ministerios y seguros de enfermedad podría hacer caer en la tentación de explicar este fenómeno en términos de adopción de innovaciones que provienen desde el exterior y donde la variación en el tiempo puede ser explicada por la mayor o menor apertura al ejemplo o la influencia externa. Desde una posición "izquierdista" este fenómeno

podría verse como resultado de la sola influencia del imperia-
lismo y desde la "derecha" como la imitación de modelos
más avanzados. En ambos casos el denominador común
será el papel predominante que juegan las determinaciones
externas a la formación social considerada.

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

El Estado en la fase inicial del capitalismo, en los as-
pectos de sanidad, toma a su cargo acciones que están rela-
cionadas con la aceleración de la acumulación originaria y la
expansión del modo de producción capitalista y aquellas
prácticas que interesaban a los grupos dominantes se hacen
nacionales despojándose al poder municipal y regional de
sus atribuciones. Sin embargo la vía por la que se desarrolla
el capitalismo en América Latina hace que el Estado presen-
te ciertas características que lo diferencian del que surge
en los países que han seguido la alternativa de la revolución
burguesa. La burguesía capitalista en los países de la Amé-
rica Latina surge sobre la base del latifundio tradicional, su-
bordinado al imperialismo y se entrelaza con la aristocracia
terratiente dando lugar a una forma de gobierno cerrado
que se ha dado en llamar oligárquico. Por otra parte, no siem-
pre se da la correspondencia entre la estructura económica y
los niveles políticos e ideológicos observándose, en estos ca-
sos, que a pesar de la existencia de un modo de producción
capitalista, el Estado no se modifica por encontrarse bajo
el control de sectores cuya base sigue siendo la producción
pre-capitalista.

Se ha optado por analizar los países según van creando las
unidades de sanidad, en lugar de agruparlos por otras carac-
terísticas, porque esta variación en el tiempo refleja las disi-

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

Argentina, Uruguay y Brasil son los países que primero crean unidades estatales de sanidad y lo hacen a fines del siglo XIX. La ausencia en los dos primeros países de modos de producción pre—capitalistas previos permite que la implantación del capitalismo se realice en forma temprana y se desarrolle aceleradamente dentro de los límites señalados por la vía de los grandes latifundios⁶, y que la burguesía en control del Estado inicie, sin tropiezos importantes, un desarrollo de la sanidad estatal. Brasil representa un caso excepcional por la heterogeneidad que presenta en cuanto a la existencia de diferentes modos de producción y donde se destaca un espacio equiparable a la de la zona rioplatense: el área cafetalera paulista. Es precisamente en el Estado de San Pablo controlado por la burguesía cafetalera donde se ha de desarrollar la sanidad estatal y es este mismo grupo el que ha de impulsar la sanidad en el Estado Nacional.

Argentina es el primer país de América Latina que organiza burocráticamente una unidad a nivel del Estado nacional para tratar sobre asuntos de salud al crear el Departamento

mento Nacional de Higiene en diciembre de 1880, siendo presidente Julio Argentino Roca⁶. Roca y los gobernantes que le siguieron representaban a una clase de terratenientes liberales que se dedicaron al crecimiento de las oportunidades de mercado para sus productos agroganaderos y para quienes las medidas sanitarias implicaban un instrumento que les facilitaría los trabajadores "libres", a través de la inmigración europea, que requería la producción capitalista en el agro.⁷ En cuanto a la exportación de mercancías sus intereses eran coincidentes con el de los países capitalistas europeos, especialmente Inglaterra, con quienes la burguesía argentina mantenía relaciones estrechas de carácter comercial y financieras. No es extraño, por lo tanto, que las medidas iniciales se concentraran en regular las cuarentenas y sanear el puerto de la Capital y que el Departamento de Higiene fuera creado con presupuesto de la marina.

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

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

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

La existencia de modos de producción pre-capitalistas arraigados hacen que la implantación del capitalismo en el *Brasil* siga un camino accidentado que también se refleja en el Estado y, por consiguiente, en la sanidad estatal. Así, la guerra cuarentenaria que se había desatado entre Brasil, Argentina y Uruguay en 1893 correspondía en gran medida a las luchas internas entre diferentes sectores de la burguesía del Brasil.

La modificación del reglamento del Servicio de Puertos de 1895 con el fin de que la carne de "xarque" proveniente del Río de la Plata que afectaba los intereses regionales de los productores de charqui de Río Grande, es el triunfo del capitalismo agro-exportador surgido de la producción cafetalera que necesitaba para su fuerza de trabajo de la carne más barata y de mejor calidad proporcionada por los países rioplatenses.¹¹

La creación en 1897 de la Dirección General de Saúde Pública, dependiente del Ministerio de Justicia e Negocios Interiores, es un logro parcial en la centralización de los servicios de sanidad que la burguesía cafetalera requería para sanear los puertos por donde salía su producto.¹² La creación de la Dirección significaba la reunión de dos instituciones de carácter federal ya existentes: el Instituto Sanitario y la Inspección General de Saude dos Portos. Sin embargo, no implicaba un progreso significativo sobre el antiguo Instituto

Sanitario ya que la Sanidad de la Capital de Brasil continuaba a cargo de su Prefeitura Municipal. La reorganización de la Directoría en 1904 con el Gobierno de Rodríguez Alvez, amplía sus atribuciones posibilitando la limpieza del puerto de Río de Janeiro.¹³

La primera década del siglo XX es el escenario de una intensa lucha entre los Estados Unidos, que tratan de implantar su hegemonía en el campo sanitario, y los países del sur que se resisten. En 1902 Estados Unidos logra la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana con la ayuda de los países del Caribe, México y Centro América. La OSP organiza cuatro conferencias en la primera década del siglo: 1902 en Washington; 1905 en Washington; 1907 en México y 1910 en Costa Rica. Los países del Sur, a su vez, organizan cuatro Congresos médicos latinoamericanos: en 1910 en Chile, 1904 en Buenos Aires, 1907 en Montevideo y 1909 en Río de Janeiro.

La construcción del canal de Panamá hace que Estados Unidos intensifiquen su presión a fines de la década, sobre los países cuyas condiciones sanitarias podrían afectar el comercio interoceánico.

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

Paraguay, crea en 1899 el Consejo Nacional de Higiene, bajo la dependencia del Ministerio del Interior, que tendría a su cargo la administración sanitaria fluvial y terrestre de la República y en noviembre de 1902 establece el Departamento Nacional de Higiene.¹⁴ Estas medidas tomadas bajo la influencia de Argentina y Uruguay de las que dependía para la exportación de sus productos y con quienes tenía firmados tratados sobre sanidad marítima, tienen un magro desarrollo. A partir de 1904, con la llegada al poder del Par-

tido Liberal que representaba a una pequeña burguesía progresista constituida en gran parte por inmigrantes, el Estado toma algunas medidas sanitarias de mayor envergadura. En 1905 se reglamenta el Departamento Nacional de Higiene y se crea una Comisión Nacional de Asistencia Pública y en 1917 se suprime la comisión y se incorpora la Asistencia Pública al Departamento Nacional de Higiene.¹⁵

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

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

Sin embargo, las dificultades con que se estrella la Dirección de Salubridad peruana reflejan las profundas contradicciones estructurales resultantes de la coexistencia de dos modos de producción en el país.¹⁶ La ineficacia de la Dirección en dirigir las acciones sanitarias al nivel local y la falta de un presupuesto adecuado son indicadores de esta situación a la que se agrega en el período de 1908 a 1912 la llegada al poder de Leguía que utiliza el Estado para favorecer a los grupos financieros, nacionales e internacionales con los cua-

les tenía relaciones, promulgando leyes sobre prestación de servicios médicos a mineros y obreros del ferrocarril que permiten la expansión de los seguros privados.¹⁷

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

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

En el *Ecuador* los cambios de localización y de funciones de los órganos estatales de sanidad revela el mismo fenómeno que se señalara para Perú y Bolivia. Así, en 1908 se crea el Servicio de Sanidad Pública bajo el Ministerio de lo Interior durante el gobierno liberal de Eloy Alfaro, representante de los grupos agroexportadores ubicados en Guayaquil. El Dr. Bolívar Lloyd, un médico norteamericano que trabajaba para el Servicio de Salud de los Estados Unidos y que había redactado la Ley es designado director interino y se instala en Guayaquil, cuyo puerto era el centro de interés de los capitales norteamericanos y costeños.¹⁹

La revolución de julio de 1915 que lleva al poder a los

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

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

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

Venezuela crea en 1911 la Oficina de Sanidad Nacional bajo el Gobierno de Juan Vicente Gómez, quien también promulga la Ley de Sanidad Nacional en 1912. El General Gómez llega al poder con la ayuda de los monopolios petroleros que habían derrocado a Cipriano Castro y recibe la colaboración de la burguesía comercial caraqueña con la que había adquirido vínculos siendo Gobernador del Distrito. En

1900 se crea la Dirección de Higiene y Demografía del Distrito Federal siendo gobernador Gómez y en mayo de 1909 crea la Comisión de Higiene Pública que sería el embrión de la Dirección de Sanidad Pública.²¹

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

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

En 1918 se promulga en Chile un Código Sanitario me-

dante el cual se crea la Dirección General de Sanidad durante el Gobierno de Sanfuentes y bajo la presión de los grupos sociales emergentes.²⁴ La creación de una Dirección General de Sanidad habría sido una aspiración de la burguesía progresista desde comienzos de siglo pero que no se había podido plasmar por la resistencia de los latifundistas y comerciantes de la zona central que impiden la centralización de la sanidad. Este fenómeno se puede explicar en buena parte por el contexto en que se desarrolla el capitalismo chileno que toma como base los fundos de la zona central donde no existían formas precapitalistas arraigadas adquiriendo un cierto dinamismo que posibilita el proyecto nacionalista de Balmaceda, interrumpido por el ejército. Los capitales monopólicos del salitre en alianza con los latifundistas y comerciantes de la zona central imponen un gobierno parlamentarista que impide la centralización y que apoya la autonomía municipal, base del poder de estos grupos. Es así como la sanidad queda a nivel municipal a pesar de las numerosas tentativas para centralizarla y son los municipios de las ciudades más importantes como Valparaíso y Santiago quienes han de realizar las obras de saneamiento requeridas para ampliar el comercio interno e internacional. Es cierto que el Estado Nacional debe aportar los fondos para algunas de estas obras y especialmente para la sanidad de Valparaíso, pero el control de los mismos queda a nivel del poder local. La sanidad marítima no aparece, por consiguiente, como el núcleo inicial de la sanidad estatal nacional ya que ésta había sido encarada al nivel municipal y no requería, por lo tanto, de un esfuerzo nacional de cierta envergadura como había sucedido en otros países de América Latina.

En Colombia donde el desarrollo capitalista está constituido por la economía cafetalera, surge de la pequeña propiedad campesina en un contexto donde predomina la producción precapitalista. La necesidad de tener una unidad estatal encargada de la sanidad se presenta con la posibilidad de la exportación cafetalera cuya comercialización crea una burguesía que hace alianza con el capital monopólico.²⁵ Es



así como se observa la creación de la Dirección Nacional de Higiene en 1918 bajo un gobierno conservador en el cual participaban los sectores ligados a la producción y comercialización del café.²⁶



LA SANIDAD ESTATAL EN PANAMA Y LOS PAISES DE CENTROAMERICA

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

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

El hecho de que la sanidad marítima con la excepción

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

La participación de la Fundación Rockefeller, de la Oficina Sanitaria Panamericana y de organismos estatales norteamericanos en el desarrollo de los Departamentos Nacionales de Sanidad en los países de la región pareciera proporcionar nuevas evidencias para la teoría de la dependencia en este campo. Sin embargo, un análisis más cuidadoso revela que la sanidad estatal, a pesar de las presiones e influencias, surge sólo cuando la burguesía interesada en los aspectos de sanidad controla el aparato Estatal. Estas burguesías capitalistas agrarias entran en alianza con el capital monopólico y colaboran con él no sólo a nivel nacional sino también en el internacional, como sucede con el apoyo que le prestan estos países a Estados Unidos para lograr la hegemonía en la sanidad interamericana.

La Organización Sanitaria Panamericana y el Servicio de Salud de los Estados Unidos, junto con el Departamento Médico de la United Fruit Company, mantienen relaciones entre sí en varios aspectos tales como la utilización de los mismos expertos y el intercambio de experiencia y concepciones. Funcionalmente, existe a principios de siglo una división de trabajo y de acuerdo con esa la Fundación Rockefeller se ocupa de la sanidad terrestre en relación con la anquilostomiasis, malaria, fiebre amarilla y de la organización de la sanidad local, mientras que la (OPS) se preocupa,

fundamentalmente, de lograr un consenso sobre sanidad marítima y, especialmente sobre la regulación de las cuarentenas.

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

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

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

La Oficina Sanitaria Panamericana se crea en 1902

como un mecanismo para que Estados Unidos pueda lograr implantar ciertas medidas relativas a la sanidad marítima.

Los directivos del Servicio de Salud Pública y Hospitales de Marina de los Estados Unidos tomaron parte activa en la planeación, creación y dirección de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. Desde su creación en 1902 hasta 1936 los directores de la Oficina fueron los Cirujanos Generales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y a través de estos ejecutivos los Estados Unidos tratan de impulsar la creación en los países de América Latina de unidades administrativas sanitarias con una relativa independencia del poder político nacional, pero ligados a los dictados de la Oficina Sanitaria Panamericana.

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

Honduras, es el primer país centroamericano en crear una unidad estatal de sanidad al establecer en 1917 la Dirección General de Sanidad, siendo presidente de la República el Dr. Francisco Bertrand. El Dr. Bertrand era un médico interesado en los asuntos de sanidad que llega al poder con el auspicio de los Estados Unidos y que ya había demostrado algún interés en la medicina estatal en su primera pre-

sidencia. Sin embargo, la creación de la sanidad estatal aparece como un resultado de un interés personal o, a lo sumo, de un reducido grupo que estaba aliado con el capital monopolístico. La existencia de modos de producción precapitalistas poco desarrolladas y la falta de la producción capitalista de un producto de importancia para la exportación lleva a un Estado débil y abierto a la influencia externa. Esta situación se refleja en la inconsistencia que se observa entre las propuestas ambiciosas y las magras realizaciones del Estado las que obviamente también se dan en la sanidad estatal. Así, el Código de Sanidad que se había promulgado en 1910 sólo comienza a aplicarse en 1914 y de las 20 secciones en que se había organizado la Dirección sólo once llegaron a funcionar aunque precariamente. Por otra parte la permanencia del Consejo de Salubridad hasta 1920 constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de la Dirección General puesto que toda resolución debía pasar por este cuerpo que se reunía unas pocas horas tres veces por semanas.²⁸

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

El aporte económico y técnico de la Junta Internacional de Sanidad representa una revitalización de la Dirección General, pero su influencia dará sus frutos en 1924 cuando se reorganiza en nueve secciones. La mayor parte de los fondos con que se contaba para la sanidad se dirigen a partir de 1924 y en la década de los 30 a promover acciones en las zonas bananeras. Los problemas que enfrenta el Estado hondureño, débil para llevar adelante sus intentos de "nacionalización de la sanidad", se expresan claramente en el informe de 1929 de la Dirección General: "La sanidad pública debe efectuarse en Honduras por tres entidades: El Estado, el Municipio y las grandes compañías extranjeras. Es manifiesta la defi-

ciencias de la contribución económica que aporta el Estado, la que es administrada directamente por esta oficina; sin embargo se ha creado ya esa contribución, se ha logrado sostenerla en lucha tenaz y constante contra la incomprensión y la maldad. . . "El año recién pasado quise que se consignara en la Ley Municipal la obligación de que el Municipio contribuyera con un tanto por ciento proporcional de sus rentas a los trabajos sanitarios de su respectiva jurisdicción, no habiendo obtenido más que una avalancha de protestas e injurias. La compañía agrícola extranjera tiene obligaciones que no cumple hasta ahora figurando en primera línea el saneamiento de sus campos agrícolas".²⁹

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

En julio de 1920 se crea en *El Salvador* la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de Gobernación y en 1923 se crea la cartera de Sanidad y Beneficencia. Sin embargo, El Salvador ya contaba desde principio de siglo con instituciones estatales desarrolladas de modo que al crearse en 1920 la Dirección de Sanidad existe personal idóneo y una infraestructura que permitiría una rápida expansión de las actividades sanitarias. El Consejo Superior de Salubridad se había creado a fines del siglo XIX y se consolida en 1900 con la promulgación del Código Sanitario. En 1901 aparece el primer número del Boletín Sanitario que revela la existencia de un grupo de intelectuales de la medicina estatal y en 1914 se reformula el Código Sanitario con el fin de incluir las recomendaciones aprobadas por las Conferencias Sanitarias Internacionales de los Estados Americanos. A partir de 1914 las Instituciones de sanidad estatales tienen un rápido desarrollo y presentan ciertas características, como el interés por la sanidad marítima, que las diferencian del resto de los países centroamericanos.³⁰

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

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

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

La influencia de la Junta de Sanidad Internacional en la creación de la sanidad estatal es tangencial y así la reconoce la misma Junta en su informe anual de 1921: "El Salvador ha tenido por muchos años una organización nacional de salud. Durante el presente año el Gobierno la ha reorganizado para lograr una acción más agresiva en el campo. El nuevo esquema coordina bajo un control central los varios servicios médicos gubernamentales; proporciona locales nuevos y más adecuados; crea un laboratorio de salud pública; toma a su cargo el control de la uncinariasis y fija un presupuesto anual de 170.000 colones además de dar 26.000

colones para el control de la uncinariasis y la mitad de los fondos para la lucha contra la fiebre amarilla".³¹

La creación en *Costa Rica* de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública en 1922 se hace con la activa participación de la Fundación Rockefeller que había iniciado la lucha contra la anquilostomiasis en 1914.³² Sin embargo, cuando la Fundación Rockefeller ofrece sus servicios ya existe en Costa Rica un núcleo de políticos y médicos que tienen la conciencia del significado económico de tal lucha. Este núcleo se había desarrollado sobre la base de la producción cafetalera que en Costa Rica presenta características diferentes de las de El Salvador y Guatemala. En efecto tal producción cafetalera se inicia en la pequeña propiedad y sólo posteriormente pasa a depender de los grandes cafetaleros que tienen a su cargo, además, el beneficio del café. Es así como se crea una burguesía cafetalera que, si bien no adquiere el desarrollo de la de El Salvador, logra un cierto control del Estado que utiliza para el beneficio de su clase y del capital monopólico con el que se articula. Así, durante el gobierno de José Joaquín Rodríguez (1889—1896) se decide sanear el puerto Limón presentándose como una tarea nacional y cuyo contrato es adjudicado a Mr. Keith en 1892. En esta época era Secretario de Policía, cartera encargada de los problemas de sanidad, el Dr. Juan J. Ulloa, un médico formado en los Estados Unidos que ha de representar a Costa Rica en las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales de los Estados Americanos constituyéndose junto con el mejicano Liceaga en el apoyo más importante para que se acepte la posición norteamericana en dicho organismo. Ulloa que tenía vínculos con el capital monopólico había impulsado en 1895 la creación del Instituto Nacional de Higiene que contaba de un Departamento de Bacteriología y uno de Química.³³

La existencia de un Estado todavía débil a comienzos de siglo permite la influencia abierta de las grandes compañías y retrasa un desarrollo pleno de la sanidad estatal. A partir de la creación del Instituto Nacional de Higiene se ini-

cia un proceso para que los agricultores tomen conciencia de la importancia de la sanidad en la producción cafetalera. El símbolo de esta vinculación de la medicina con la economía es la lucha contra la anquilostomiasis que se había iniciado en Puerto Rico a fines del siglo XIX y que los sanitaristas costarricenses conocían a través de sus relaciones con los Estados Unidos. El discurso pronunciado en 1907 a la Sociedad Nacional de Agricultura por el Dr. Mauro Fernández es un buen ejemplo de esta labor concientizadora de la pequeña burguesía ligada a la producción cafetalera: "Ya que la agricultura toma tanto incremento, bueno es que se sepa que un número inmenso de los brazos de la República son brazos sin fuerza, agotados por una enfermedad que es la peor demora para la prosperidad de nuestro país y para la conservación de nuestra raza. Yo considero el "cansancio" (Ankylostomiasis) como el peor enemigo de la agricultura y creo que es de inminente necesidad poner todas nuestras fuerzas para ayudar a agotar ese mal".³⁴ Los resultados de esta prédica se hacen ver en la campaña que se inicia en 1911 contra la uncinariasis en la Secretaría de Policía y que tiene a los médicos de pueblo, como base ejecutiva.

Al iniciarse las actividades de la Fundación Rockefeller en 1914 ya existía un ambiente favorable que permite la rápida creación del Departamento de Anquilostomiasis bajo la Secretaría de Policía en 1915 y del Departamento Sanitario Escolar en la Secretaría de Instrucción Pública en 1914 que han de ser los núcleos sobre los cuales se ha de crear la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, durante el gobierno de Julio Acosta García. El papel de la Fundación Rockefeller parece haber sido importante en la creación de la Subsecretaría y no estaba desvinculada de los intereses económicos del grupo Rockefeller. Acosta García contaba con el apoyo de Estados Unidos al cual había dado muestras de colaboración al propiciar la anulación de las concesiones petroleras que el Gobierno de Tinoco le había dado a los ingleses y que beneficiaba especialmente a la Standard Oil Company perteneciente al grupo Rockefeller. Este grupo económico también tenía íntimas relaciones con la United

Fruit Company como se demuestra por la presión que en conjunto realizaban para inducir a que 45 municipalidades solicitaran al gobierno de Acosta García para que presentara una ley de propiedad privada del subsuelo.³⁵ La comunidad de intereses entre el capital monopólico y la burguesía cafetalera se manifiesta claramente cuando el representante de Costa Rica a la conferencia sobre problemas de salud en América Latina organizada por la United Fruit Company, dice: (the United Fruit Company) is our principal ally in this work of national progress, which, at the same time also favors its own interests, thus demonstrating that cooperation is the foundation for the mutual success of natives and foreigners".³⁶

Nicaragua crea en marzo de 1925 el Departamento Nacional de Salubridad Pública como un organismo dependiente del Ministerio de Policía y el 8 de julio del mismo año se organiza nombrándose al Dr. Luis Manuel Debayle como Director General de Sanidad.³⁷ La creación del Departamento de Salubridad se produce en la coyuntura política denominada "gobierno de transición" que consistía en un gobierno de coalición entre conservadores y liberales destinado a reestablecer el "orden" en Nicaragua, posibilitando de esa forma el retiro de la marinería norteamericana que se encontraba en territorio nicaragüense desde agosto de 1912.

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

Las presiones de Estados Unidos logran que se acepte el ofrecimiento de la Fundación Rockefeller y que por decre-

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

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

El 8 de septiembre de 1925 *Guatemala* crea la Dirección General de Salubridad Pública y se suprime el Consejo Su-



perior de Salubridad que se había creado en 1906. La incorporación de la sanidad a las actividades estatales constituye un largo proceso que se inicia durante la dictadura de Estrada Cabrera con el Código Orgánico del Servicio de Salubridad Pública promulgado en 1906. Estrada Cabrera, liberal y representante de los grupos cafetaleros, llega al poder en 1898 y lo mantiene a través de sucesivas reelecciones hasta 1920.

La promulgación del Código de 1906 fue el resultado de la presión ejercida por los Estados Unidos a través de la Oficina Sanitaria Panamericana que intentaba eliminar los focos epidémicos de los puertos del Caribe. Los grupos cafetaleros no tenían un interés especial en la limpieza de los puertos que estaban en territorio de enclaves bananeros e hicieron muy poco para que se cumplieran las disposiciones del Código que incluía las prescripciones de la Convención Sanitaria de Washington de 1905. Esta falta de cumplimiento motiva "regaños" de Estados Unidos como los que hace en la cuarta Conferencia Sanitaria Internacional que se celebra en San José en 1910.⁴⁰

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

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

Panamá es el caso extremo de dependencia en lo que a la

sanidad estatal se refiere. Como un reflejo de la situación general del país, pero aún en estas circunstancias la centralización de los servicios de sanidad sólo se plasma cuando la burguesía capitalista controla el Estado.

La producción de azúcar, la ganadería y el negocio de las importaciones constituirían algunas de las bases sobre la que surge la burguesía panameña, aunque dividida por conflicto de intereses.⁴² La existencia de varios grupos en que ninguno adquiere un papel dominante debilita el desarrollo del Estado que es escenario de frecuentes rencillas durante la primera década de vida independiente. La Sanidad, instrumento fundamental para la construcción del Canal, queda bajo la jurisdicción de los Estados Unidos no sólo para la zona del canal sino también para las ciudades—puertos adyacentes.

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

La creación de la sanidad estatal en Panamá se retrasa por la amputación que sufre de la soberanía sobre la sanidad de sus principales puertos y ciudades hecho reconocido por la Fundación Rockefeller, la que expresa en 1921: "En Panamá, donde el desarrollo de la iniciativa local ha sido paralizada por la política paternalista de la Zona del Canal, se tie-

ne bajo consideración la constitución de un departamento de Sanidad que responda al propósito".⁴⁴

El Gobierno de Belisario Porras (1912—1916 y 1920—1924) constituye un período de acuerdo entre los diferentes sectores de la burguesía y de negociación entre este frente unido y los Estados Unidos. Es así como llega abundante capital norteamericano y se consolida el control extranjero de varias importantes empresas de servicio público y también se acepta la invitación de la Fundación Rockefeller para la cual se crea en 1915 un Departamento de Uncinariasis en el Departamento de Obras Públicas. El grupo Rockefeller a través del National City Bank se convierte en este período en una de las fuerzas financieras más importantes en Panamá.⁴⁵

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

LA SANIDAD ESTATAL EN LOS PAISES OCUPADOS POR ESTADOS UNIDOS

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

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

Los Estados Unidos alcanzan durante las primeras décadas de este siglo un alto grado de desarrollo, llevando a que la producción se organice "nacionalmente" bajo la hegemonía del capital financiero. Esta fase del capitalismo lleva en sí el germen de la contradicción entre el desarrollo de las fuerzas productivas y la limitación nacional de la organización productiva. La exportación de capital es la resolución temporal de la crisis producida por una sobre-acumulación relativa de capital. Junto con la exportación de capital se observa una expansión territorial e intervención militar destinada a asegurar la inversión económica y establecer

el control de zonas estratégicas desde el punto de vista militar. Es así como los países del Caribe se convierten en objetivos económicos y militares para los Estados Unidos durante el primer tercio del siglo XX. El saneamiento y la lucha contra las enfermedades transmisibles se han de entrelazar con las actividades económicas para facilitar la circulación de las mercancías y la productividad en los enclaves y con las acciones militares para permitir el control de zonas estratégicas.

La acción del imperialismo en el campo de la salud se canaliza a través de varias instituciones que aparecen como independientes y obedeciendo a diferentes intereses, pero un análisis más profundo revela conexiones que evidencian una unidad en la práctica y en lo ideológico. El imperialismo norteamericano actuó en el campo de sanidad en el período considerado a través de las siguientes instituciones: a) Gobierno Federal a través de los Departamentos de Estado, de Guerra, Armada y Tesoro, b) Organización de Estados Americanos a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, e c) Empresas privadas tales como la United Fruit Company y el grupo industrial financiero Rockefeller a través de la Fundación Rockefeller. La Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller han sido analizados en el capítulo anterior y sólo anotaremos aquí que sus acciones se coordinaban con la de las agencias que dependían directamente del Gobierno Federal y que su enfoque organizacional y conceptual derivaba en gran medida de la experiencia adquirida por el Ejército y la Marina norteamericana desde fines del siglo XIX. Así, Ashford que había dirigido para el Ejército la campaña contra la uncinariasis en Puerto Rico es el asesor de la Fundación Rockefeller en los programas iniciales y Gorgas que había logrado la erradicación de la Fiebre Amarilla en La Habana y en la Zona del Canal dirige la Comisión de la Fiebre Amarilla de la Fundación Rockefeller. Desde 1902 hasta 1947 los Directores de la Oficina Sanitaria Panamericana fueron los Cirujanos Generales del Servicio de Hospitales de la Marina y Salud Pública del Departamento del Tesoro del Gobierno de los Estados Unidos

y en 1947 es elegido Director de la Oficina Sanitaria el Dr. Soper que había trabajado con Fundación Rockefeller en la lucha contra la Fiebre Amarilla.

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

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

El Servicio de Salud Pública además de su influencia indirecta a través de la Oficina Sanitaria Panamericana promueve en algunos países la creación de unidades estatales de

sanidad. Así, en 1904 un oficial del Servicio, el Dr. Bolívar J. Lloyd, es asignado al consulado de los Estados Unidos en Callao, Perú, a fin de prevenir la plaga y otras enfermedades que podrían transmitirse a la Zona del Canal que comenzaba a construirse y a los puertos del pacífico de Estados Unidos. En 1906 el Dr. Lloyd es transferido a Guayaquil, Ecuador, para ayudar a prevenir la transmisión de la Fiebre Amarilla de la Zona del Canal y para lo cual organiza la Dirección Nacional de Sanidad en el Ecuador.

El *Departamento Médico del Ejército* que dependía del Departamento de Guerra y la *Oficina de Medicina y Cirugía del Departamento de la Armada* son dos organismos del Gobierno Federal que tendrán influencia en la creación de la medicina estatal en Cuba, Haití y República Dominicana. El Ejército de los Estados Unidos como un resultado de la guerra contra España, se constituye en una de las agencias responsables de la administración de Cuba, Puerto Rico y las Filipinas. El Departamento Médico del Ejército nombra en 1900 dos comisiones para estudiar las enfermedades tropicales, la primera en Filipinas y la segunda en Cuba. En 1901 el Jefe de la Sanidad de La Habana y miembro del cuerpo médico del Ejército de los Estados Unidos acepta la evidencia provista por la Comisión de que el mosquito es el transmisor de la Fiebre Amarilla y con el apoyo del Gobernador de Cuba, General Wood, logra la erradicación de la Fiebre Amarilla. El Departamento Médico del Ejército también se encarga de la erradicación de la Fiebre Amarilla y el control de la Malaria en la Zona del Canal cuya construcción se completa en 10 años (1904-1914).⁴⁸

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

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

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

1. La urgencia de establecer el tráfico y los viajes y una comunicación constante entre los Estados Unidos y La Habana es una necesidad.
2. La Habana es uno de los lugares más conocidos en cuanto a criaderos de mosquitos transmisores de la Fiebre Amarilla y la ciudad nunca está libre de su presencia.
3. Los únicos medios por los cuales se podrían erradicar los gérmenes de esta enfermedad sería con sistemas apropiados de alcantarillado y desagüe, que permitan la disposición de los desperdicios de la ciudad en el océano y en un lugar distante, así, como la eliminación de toda la tierra feculenta.
4. Ni siquiera hay esperanza de que el gobierno Es-

pañol emprenda una labor de esta magnitud para una colonia.

5. La introducción de la Fiebre Amarilla en los Estados Unidos, a través de canales comerciales legítimos o ilegales, debe ser una ocurrencia frecuente, mientras continúe esta situación.
6. Una epidemia de fiebre amarilla le costaría más dinero a los Estados Unidos —sin contar con la aflicción que esto ocasionaría— que lo que representa el poder adquisitivo de Cuba.⁴⁹

La ocupación militar norteamericana de Cuba en 1898 satisface las aspiraciones de los capitalistas del Este de los Estados Unidos al reordenar la estructura económica y política de la "nueva" república reproduciendo las instituciones existentes en la metrópolis. El saneamiento del puerto de La Habana fue uno de los primeros objetivos que trata de alcanzar el ejército de ocupación a través del Departamento de Sanidad de La Habana que dirigía el Dr. Gorgas, médico del ejército. Entre 1898 y 1901 Gorgas había intentado erradicar la fiebre amarilla sin éxito sobre la base de la limpieza del puerto, de acuerdo al pensamiento de la época que tan claramente había expresado el Dr. Lee. En marzo de 1901 Gorgas cambia de estrategia al tomar en cuenta las recomendaciones de la cuarta comisión norteamericana que había confirmado la teoría sostenida por Finlay de la transmisión por el mosquito de la Fiebre Amarilla logrando en seis meses la erradicación de la enfermedad.⁵⁰

La importancia que Estados Unidos le asignaba a la sanidad del puerto de La Habana se refleja en la incorporación de un artículo especial sobre el mismo en la enmienda Platt. La enmienda presentada por el Senador Platt el 25 de febrero de 1901 y aprobada por la Asamblea Constituyente el 12 de junio del mismo año autorizaba al presidente de Estados Unidos para poner fin a la ocupación militar una vez fuera instaurado un gobierno legítimo y siempre que de

una constitución definiera las relaciones futuras con los Estados Unidos según las cláusulas que se especificaban en la enmienda que reconocía el derecho de los Estados Unidos a intervenir en la isla en defensa de su independencia. El artículo V de la enmienda establecía que "El Gobierno de Cuba efectuará y hasta donde fuere necesario ampliará los planes ya proyectados u otros que mutuamente se convengan para el saneamiento de las poblaciones de la Isla, con el fin de evitar la renuencia de enfermedades epidémicas e infecciosas, protegiendo así al pueblo y al comercio de Cuba, lo mismo que al comercio y al pueblo de los puertos del Sur de los Estados Unidos".⁵¹

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

Los Estados Unidos interpretaron el Artículo V de la enmienda Platt en el sentido de que Cuba podría ser intervenida por cuestiones sanitarias y la utilizaron como arma de presión para imponer reglamentos y cambiar autoridades en la sanidad estatal durante el período aquí considerado.

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

Asimismo se establecieron las Juntas Locales cuyos gas-

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

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

Las acciones de sanidad se convierten en un tema de constante fricción entre estos dos grupos de la burguesía donde el conservador se oponía a implementar medidas que beneficiaban al Oriente del país y aquellas que quitaban atribuciones al poder local asiento de su fuerza política. Así, el proyecto presentado por el Dr. José A. Malberty, representante del liberalismo para la creación de una Secretaría

de Sanidad y Beneficencia no es aprobada por el Senado debido a la oposición del sector conservador.⁵⁴

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

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

La sanidad estatal se crea y desarrolla en *Haití* durante la ocupación militar de los Estados Unidos que se inicia en 1915 y se prolonga hasta 1934. La decisión de los Estados Unidos de intervenir fue fundamentalmente estratégica, específicamente militar, aunque no faltaron motivos económicos. Haití había sido considerado desde el siglo XIX como un territorio estratégico en el Caribe para la Armada norteamericana y esta posición se acentúa frente a la posibilidad de un aumento de la influencia alemana en el Caribe al comenzar la guerra en Europa. Aunque los militares deseaban un gobierno militar la administración de Wilson decidió manejar el país a través de la estructura política existente con un presidente confiable. Así, en agosto de 1915 la legislatura haitiana elige como presidente a Dartiguenave con quien Estados Unidos firma un tratado que le permite control absoluto de las acciones estatales. El tratado, entre

otras cosas, proveía el nombramiento de oficiales norteamericanos en puestos claves de la administración estatal y entre ellos el nombramiento de un ingeniero sanitario que debería dirigir las actividades sanitarias.⁵⁷ En diciembre de 1916 se nombra a un oficial médico naval de los Estados Unidos para desempeñar el cargo de ingeniero sanitario de Haití, de acuerdo con el tratado de septiembre de 1915,

En febrero de 1919 se crea el Servicio de Sanidad Pública que estaría a cargo del ingeniero sanitario, en abril de 1919 se publica el Reglamento Sanitario y en diciembre del mismo año el reglamento de Cuarentena. Por virtud de la ley que crea el Servicio de Salud Pública todos los asuntos pertenecientes a la salubridad pública, saneamiento, cuarentena, hospitales públicos y otras instituciones de beneficencia del Gobierno cesaron de estar bajo el poder de las juntas locales de sanidad. La organización sigue el modelo de ocupación territorial militar dividiéndose el país en Zonas de Sanidad Pública, actuando como cabeceras los puertos más importantes. Esta concepción militar de la sanidad estatal es expresada claramente por P. W. Wilson, comodoro de las fuerzas de ocupación en Haití, "La organización, administración y estrategia de cualquier servicio de salud pública es análogo al de un ejército en guerra. Disciplina, devoción al deber y espíritu de cuerpo son tan esenciales en una como en otra y una buena estrategia es también necesaria".⁵⁸

La medicina estatal diseñada por la ocupación militar con el fin de crear las condiciones que permitieran el desarrollo económico y aceptación por parte de la población de una concepción "moderna" de la medicina se encontró con una resistencia pasiva por parte de la población este campo que se articulaba con un informe del ingeniero Butler: "el peón desconfía de los extranjeros y no quiere tener que hacer nada con el Gobierno. Nuestro problema ha sido y continúa siendo ponernos en contacto con este pueblo por medio de nuestra organización. He aquí dos millones de habitantes cuyo concepto de la curación está íntimamente ligado con el "Papa Loi", y la "Mama Loi", como los sacer-

dotes y sacerdotisas del Budismo suelen denominarse. Por supuesto que es absurdo obligar a este pueblo a aceptar de repente el organismo moderno de un departamento de sanidad".⁵⁹

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

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

La reforma de la medicina estatal es abordada por el Gobierno Militar en 1920 cuando, mediante la Ley de Sanidad, crea la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Antes de la ocupación sólo existían las juntas locales de sanidad que

realizaban acciones y de carácter consultivo. La Oficina de Medicina y de Cirugía del Departamento de la Armada se hace cargo, al igual que en Haití, de la sanidad y de la beneficencia organizando el territorio nacional en Distritos sanitarios. La ley Sanitaria de 1920 hace depender estos Distritos de la contribución de sus respectivos municipios llevando a que ciertas zonas presenten serias dificultades de financiamiento.⁶⁰

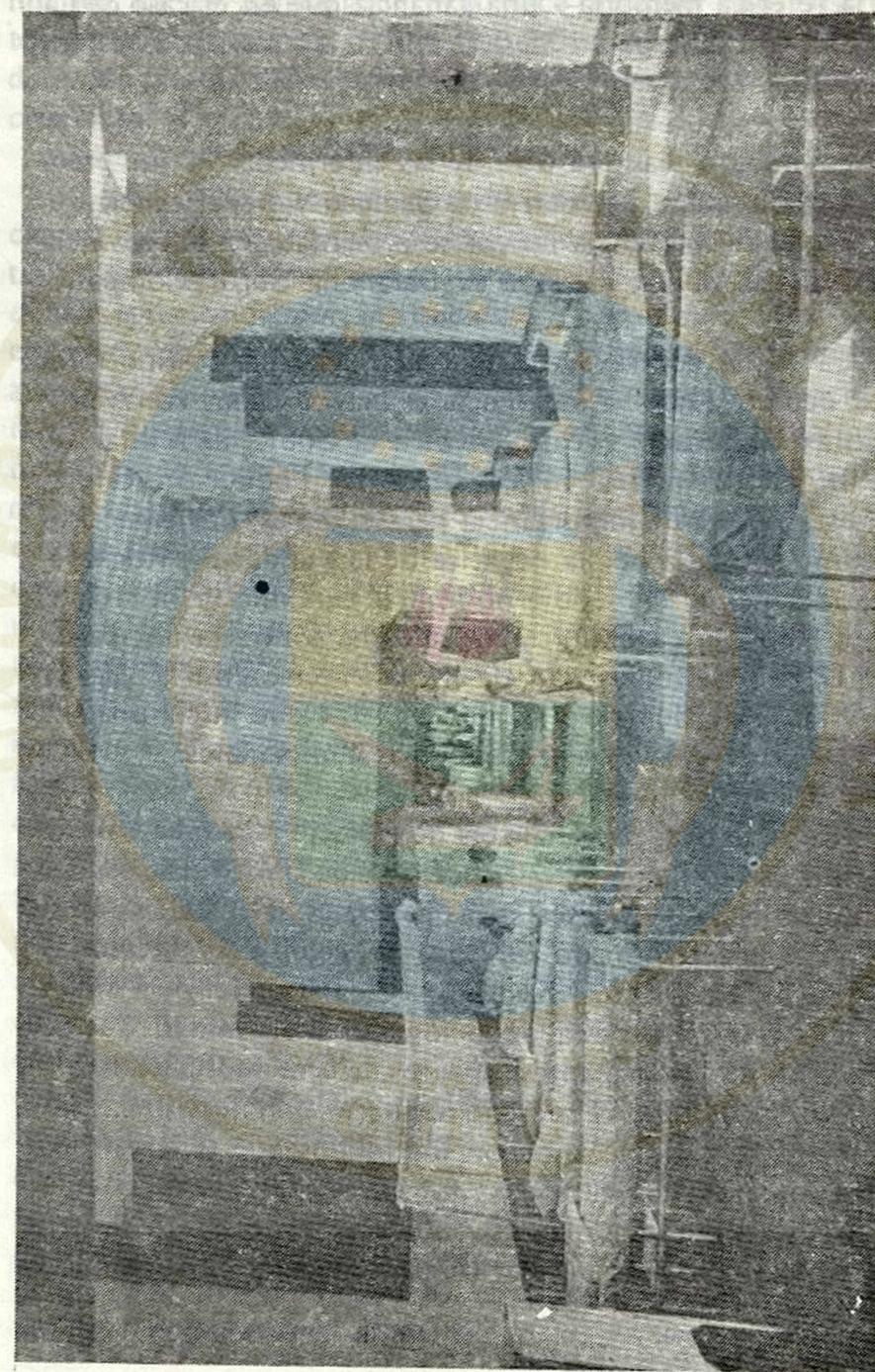
La Secretaría de Sanidad y Beneficencia orientó sus acciones, durante el período de ocupación, a las acciones sanitarias sin transformar sustancialmente la beneficencia que estaba constituida por instituciones de confinamiento. Sin embargo, en los últimos años de la ocupación se intentó aumentar el número de camas y de instituciones de atención médica. La Sanidad estaba dirigida al establecimiento de medidas cuarentenarias y la lucha contra ciertas enfermedades que tenían un impacto en la producción azucarera. Entre estas se destaca la lucha antipalúdica, contra el pian o buba y contra la uncinariasis siendo la primera la que concentró los mayores esfuerzos. Así, en la memoria de 1920 de la Secretaría se expresa: "La labor antipalúdica más importante de todas las que se han practicado en la república es de interés mencionar la de la Central Romana. El que suscribe fue informado por el Administrador de la Central Romana que el costo del trabajo en cuestión ha sido totalmente justificado por la disminución notable de los enfermos por esta causa. Este departamento repite que es de sentirse que el ejemplo no haya sido seguido por las demás centrales azucareras, en donde se sabe que existe una gran incidencia palúdica y que como resultado de ella se labran grandes pérdidas evitables entre sus empleados".⁶¹ La central azucarera La Romana perteneciente a capitales norteamericanos se había convertido en la más importante del país con el apoyo del Gobierno de Ocupación Militar que se extendía también a los aspectos sanitarios. Esta preocupación de la sanidad estatal por la productividad en el sector azucarero es el resultado de la crisis de los años 20 que obliga a los capitalistas azucareros al uso intensivo de la tierra, aumento de los niveles tecnológicos

y aumento de la capacidad productiva del obrero mediante la lucha contra las enfermedades "debilitantes". Es lógico que estas acciones fueran tomadas primero por aquellas empresas capitalistas más avanzadas, hecho que les producía —según la referida memoria— una ganancia que en el caso de La Romana se calculaba en 35,000 por los días evitados de enfermedad.

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

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

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



CRECIMIENTO Y TRANSFORMACION DE LA MEDICINA ESTATAL

La medicina estatal nace en la mayoría de los países de la América Latina, como se ha dicho anteriormente, debido a la preocupación que las burguesías capitalistas tienen por evitar la introducción de enfermedades del exterior y por la regulación de la cuarentena marítima. Este interés en la sanidad marítima es compartido por el capital de los países centrales, especialmente de los Estados Unidos, que utiliza una serie de mecanismos para lograr eliminar las barreras que dificultaban el comercio internacional. Algunos países hacen excepción a este tipo de inicio debido a que geográfica o económicamente por la organización costera de los enclaves son mediterráneos y sus actividades, por lo tanto, se categorizan desde sus comienzos como de sanidad interna. Por otra parte en estos países la sanidad estatal se crea en una época en que los problemas de la sanidad internacional han sido relativamente superados y el "clima intelectual" se vuelca al impacto de la enfermedad en la productividad. Asimismo, la inversión pasiva de capitales norteamericanos América Latina, que se produce después de la primera guerra mundial, cambia el sentido de las presiones provenientes de los países centrales que ahora se dirigen a la sanidad interna y, especialmente, a los enclaves productores de materias primas y alimentos. Las instituciones que canalizan estas presiones actúan con cierta especialización que se mantiene más allá del primer tercio de este siglo y es así como mientras la Oficina Sanitaria Panamericana se preocupa fundamentalmente de la sanidad marítima, la Fundación Rockefeller y las empresas como la United Fruit Company desarrollan la lucha contra enfermedades que afectan la producción. El

conjunto uncinariasis—producción de café es un ejemplo de esta nueva visión de la sanidad interna sostenida por el imperialismo: mientras el café es utilizado masivamente en los países centrales como un estímulo a la producción hasta el punto de institucionalizarlo en el lugar de trabajo con el nombre de “coffee Break”, en los países periféricos que lo producen se lucha contra la enfermedad que disminuye la productividad del obrero agrícola y la cual, irónicamente, se denomina “enfermedad de la pereza o el cansancio”.

Sin embargo, no debe interpretarse este cambio de sentido en las presiones externas como el factor fundamental o único de la transformación de la medicina estatal en los países de América Latina pues, sin desconocer el impacto que este tiene, el desarrollo de la sanidad interna debe buscarse en el desarrollo de las relaciones de producción en cada país.



DE LA SANIDAD EXTERNA A LA SANIDAD INTERNA

El destino de la medicina estatal se percibe íntimamente relacionado con el desarrollo de las relaciones de producción capitalista ya sea para seguirlas o acompañarlas. No todas las unidades encargadas de la sanidad estatal se desarrollan y transforman de manera similar y en algunos casos permanecen estacionarias por varias décadas durante las que se dan crecimientos espasmódicos o retrocesos. Así, en algunos países la sanidad estatal vegeta por varios años una vez solucionados los problemas de sanidad marítima que la promovieron. En algunos países la sanidad local en municipios, provincias, departamentos o regiones se desarrolla en un grado mayor que la sanidad nacional como es el caso de San Pablo en Brasil, la provincia de Buenos Aires en Argentina, y el Departamento de Antioquía en Colombia y esto sucede porque estas unidades político-administrativas constituyen espacios territoriales donde se concentra la producción capitalista.

Argentina y Chile, que se analizarán a continuación, representan dos tipos diferentes de crecimiento y transformación de la sanidad estatal. Así, mientras en Argentina la sanidad marítima constituye el sector sobre el cual se desarrolla la medicina estatal nacional, en Chile ésta queda fundamentalmente a nivel municipal. En la sanidad interna también se presentan desarrollos divergentes ya que ha diferencia de Argentina, donde es relativamente fácil reconocer proyectos nacionales vinculados a una actividad productiva, en Chile el sentido de la sanidad estatal pareciera tener un carácter político al igual que la incorporación de la Asis-

tencia Social y, especialmente, la Previsión Social entre las actividades del Estado Nacional.

Argentina constituye el ejemplo clásico donde la medicina estatal se inicia con la sanidad marítima creciendo y transformándose en sanidad interna y esto se debe al desarrollo capitalista que se produce en el país en el primer tercio de este siglo. La sanidad interna se desarrolló en dos campos; uno ligado a la producción industrial y otro a la producción agrícola, además de las obras de ingeniería sanitaria en las ciudades y puertos y, posteriormente, en las ciudades del interior.

El Departamento Nacional de Higiene inicia a principios de siglo una serie de acciones ligadas a la producción agrícola azucarera, uno de los sectores donde primero ha de intervenir debido a la participación en el Estado Nacional de la burguesía que surge de esta producción. La industria azucarera se ubica en el noroeste del país y se concentra fundamentalmente en la provincia de Tucumán donde la llegada del primer tren en 1876 ayuda a expandir y modernizar la producción con el abaratamiento de los fletes para el transporte de la maquinaria que usa la industria y los del transporte de la producción de la zona a los grandes centros consumidores del mercado nacional.

La industria azucarera generó una burguesía que tenía representación en el Gobierno Nacional y el poder de sus cargos para proteger la industria azucarera. Así, en 1897, siendo Marco Avellaneda, representante de la industria azucarera, presidente de la Cámara de Diputados, se sanciona la ley que acuerda una prima de 12 centavos por kilogramo a quien exporte azúcar debido a que el mercado interno se había saturado y se producía un 50% más de lo que Argentina podía consumir. La sanidad estatal interviene en este proceso elaborando proyectos de resolución destinados a prohibir el empleo de edulcorantes artificiales en "la preparación industrial de vinos, cervezas y productos similares, jugos de fruta, conserva de las mismas, licores y así como en los con-

fites, dulces y jarabes a base de azúcar y glucosa, refrescos, limonadas u otros productos análogos” utilizados por los industriales para abaratar los costos debido al alto precio del azúcar en el mercado interno implantado para permitir colocar el producto en Europa a un precio menor. El proyecto elaborado por el Departamento Nacional de Higiene que se presenta en 1902 a la Cámara de Diputados de la Nación relativo a la prohibición del empleo de la sacarina, sus isómeros y derivados se fundamenta en “las calidades dañinas y peligrosas para la salud que les atribuye y principalmente en los perjuicios que ocasionan al tesoro y a la industria azucarera nacional” y a pesar del informe del Director de la Oficina Química Municipal que califica la sacarina como sustancia inofensiva, la mayoría de la comisión de la cámara contradice la opinión del Dr. Arata en base a la importancia económica de la prohibición y despacha la Ley.⁶³

En abril de 1902 el Departamento Nacional de Higiene también interviene desde el ángulo sanitario en la producción azucarera llamando la atención al Ministerio del Interior sobre el “extraordinario” desarrollo adquirido por el paludismo en las provincias del Norte y aún en las del centro de la República, y convoca a una reunión sobre el paludismo ese mismo año con la justificación de que “la extensión abarcada por el paludismo, constituye un serio peligro para la salud y el bienestar de las poblaciones que sufren la influencia de su acción enervadora y mortífera, cuyos efectos, abatiendo las energías individuales y la vitalidad colectiva, pueden causar grave perturbación y daño en la fuente de la vida social y económica de una vasta zona de la República”.⁶⁴ En el informe epidemiológico presentado en dicha conferencia el argumento económico es central para justificar la acción sanitaria dado que además de los costos de la mortalidad y los días dejados de trabajar se añaden los gastos de curación y “las pérdidas de fuerza y menor aptitud para hacerlo con eficacia en lo sucesivo, y mil otros motivos de neutralización o pérdida de riqueza privada y pública”.⁶⁵

En 1903 el Departamento Nacional eleva al Ministerio

del Interior un proyecto de Ley de Defensa contra el Paludismo que experimenta retardos hasta que finalmente se promulga en 1907 y en julio de 1908, siendo Ministro del Interior Marco Avellaneda, se proveen los fondos necesarios para iniciar la campaña. En sus inicios la campaña estaba a cargo de los Consejos de Higiene de Provincia pero en 1911 esta se reorganiza y el Departamento Nacional de Higiene toma a su cargo todos los servicios. Para auxiliar a la campaña antipalúdica se instalaron laboratorios en las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca y Tucumán que "además dedican también su labor a estudios de índole puramente científica, en el sentido de determinar la etiología de algunas enfermedades tropicales, como la filariasis, el bocio o cretinismo, etc. y el estudio de las anofelinas de la región" abriéndose un espacio para el desarrollo científico que será analizado más adelante.⁶⁶

El crecimiento de la sanidad interna estatal centrada en las enfermedades que, como el paludismo y la uncinariasis, tienen incidencia en la producción agrícola destinada a la exportación es común en casi la totalidad de los países de América Latina, pero sólo en Argentina se observa un desarrollo temprano de la Sanidad Industrial como consecuencia no sólo del crecimiento industrial sino también de la lucha obrera organizada que hace que se incorpore en el saber y la práctica una conceptualización que permite la intervención médica en la mantención y recuperación de la fuerza de trabajo.

En relación de la medicina con la productividad industrial se institucionaliza mediante la promulgación del Código del Trabajo en 1904 al que contribuyen médicos socialistas que habían realizado una serie de estudios sobre Higiene Industrial por encargo del Departamento Nacional de Higiene. El Partido Socialista había ganado a principios de siglo una fuerza política importante en la Capital que le permite elegir su primer diputado e introducir una serie de leyes destinadas a mejorar las condiciones de los trabajadores. Sus dirigentes con importante influencia positivista utilizan

en salud la conceptualización surgida en Europa en el siglo XIX que hacía pertinente la intervención médica para recuperar y mantener la fuerza de trabajo. El concepto de "fatiga" central en este saber es utilizado para justificar una serie de acciones sanitarias que van desde la lucha contra el alcoholismo que "minaba las energías del obrero" hasta el mejoramiento de las condiciones materiales en el trabajo como el ruido y el polvo que debilitan las energías de los obreros.⁶⁷ Es sin embargo el gobierno oligárquico de Julio A. Roca quien utiliza la producción de estos intelectuales con el fin de apaciguar el organizado descontento de la clase obrera.

Las acciones de higiene industrial se inician en la sección de profilaxis interna del Departamento Nacional de Higiene en 1905 con un médico socialista a su cargo y en 1912 se separa como una sección junto con la higiene escolar, social e infantil.

De 1910 a 1940 se realizan varios intentos para elevar la medicina estatal a la categoría de Ministerio y entre estos merece citarse el proyecto enviado al Congreso por el presidente Marcelot T. de Alvear en 1923 para crear un "ministerio de Higiene, Trabajo e Inmigración" revelador de los vínculos que mantenía la sanidad estatal con la acumulación de la fuerza de trabajo. El golpe militar de 1930 que derrota a Irigoyen impide la consideración de otro proyecto que pretendía crear una Dirección General de Salud Pública, Asistencia Social y Policía Sanitaria y cuya designación indica el intento de cambiar las categorías de Sanidad y Beneficencia por las de Salud Pública y Asistencia Social comunes ya en el ámbito internacional.

La medicina estatal en *Chile* sigue un desarrollo diferente al de otros países de América Latina caracterizándose por su crecimiento burocrático y la unidad que adquieren sus servicios. Este proceso de burocratización no se cumple sin oposición, ya presentes en la creación de la Dirección General de Sanidad, y que provienen de la burguesía agraria que se sustentaba en el poder municipal y la representación parla-

mentaria. Las dificultades de la sanidad estatal nacional fueron claramente señaladas por Alejandro del Río, en una conferencia en que estaba presente el Presidente Alessandri, en la siguiente forma: "La ley de Régimen Interno asigna a los municipios un campo de acción muy amplio que podría haber sido de utilidad efectiva si una larga, dolorosa y al parecer definitiva experiencia no hubiera demostrado la completa y absoluta bancarrota de la acción comunal y las falacias de este estatuto fundamental de la higiene cubana" y proponía "una ampliación de las funciones del Estado a expensas de las que la ley de Régimen Interno asigna al Municipio".⁶⁸

El pensamiento de Alejandro del Río representaba el de un grupo de intelectuales que intentaban vigorizar el Estado teniendo como modelo los Estados Unidos. El gobierno de Alessandri de los años 20 representa la posibilidad de participación en el Estado de las clases medias urbanas, que se habían desarrollado con el auge salitrero, y la coyuntura política del año 24 permite plasmar las aspiraciones sobre ciertas leyes de carácter social que beneficiaban a estos grupos y en cierta medida a los sectores populares cuya intranquilidad se proponían disminuir. El incremento de la lucha obrera organizada era el factor que justificaba una serie de proyectos y leyes que se venían discutiendo en las cámaras desde comienzos de la década de los 10. En la campaña presidencial de 1915 los candidatos y especialmente Sanfuentes planteaban las necesidades de contar con una legislación social que incluyera la seguridad social y el retiro por causa de enfermedad y accidentes. Sin embargo, estas medidas se proponían dentro de un marco difuso de beneficencia pública y como respuestas al peligro que significaba para el orden burgués las reclamaciones de las organizaciones obreras.

A partir de 1920 el discurso político en lo referente a la legislación social ha de cambiar para dar importancia a la idea de justicia social y a la incorporación en el Estado de prestaciones de servicios de salud. Así el 8 de septiembre de 1924 el Senado y la Cámara de diputados aprueban ciertos proyectos pendientes, entre los que se encontraba el seguro social,

ante la presión del ejército que habían hecho suyas las aspiraciones de los grupos medios urbanos. La formación de una Junta Militar y la disolución del Congreso, luego de la salida de Alessandri del país con una licencia de seis meses, permite la aprobación del 14 de octubre de un Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. El 17 de octubre se nombra Ministro al Dr. Alejandro del Río, quien inmediatamente solicita ayuda a la Oficina Sanitaria Panamericana para que le envíen un asesor con el objeto de elaborar un Código Sanitario adecuado a la nueva situación. Asimismo envía becarios a los Estados Unidos para especializarse en Salud Pública de acuerdo al programa que había esbozado algunos años antes.⁶⁹

El asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana solicitado por Alejandro del Río, el norteamericano John Long, llega a Chile en julio de 1925, estando ya de regreso Alessandri que le ayuda a salvar algunas de las dificultades que se le presentaron en su misión y que le permitieron incluir en la nueva Constitución "artículos que imponen al gobierno el deber de velar por la Salud Pública". Sin embargo, Long debe de esperar la renuncia de Alessandri para salvar la resistencia que le presentaba a su proyecto de Código de Salud el Ministro José Santos Salas y que logra que se apruebe durante el gobierno interino de Barros Borgoños el 13 de octubre. Lucas Sierra, Director de Sanidad, caracterizado por el embajador de Estados Unidos como "un médico eminente que ha viajado y estudiado en los Estados Unidos y tiene a nuestro país como modelo", ayudó a que se aprobara el proyecto de Código.⁷⁰ Las dificultades que se observan en la aprobación del Código Long y en su aplicación posterior se debe a que en éste las Municipalidades son eliminadas de la administración local de la sanidad.

El gobierno de Ibañes, que modifica el Código Long y reorganiza el Ministerio que pasa a llamarse de Bienestar Social, lleva a cabo un cambio del aparato estatal para convertirlo en un participante activo del desarrollo económico. El modelo de Estado que adopta Ibañes es el que Musolini

había implantado en Italia e implica acciones destinadas a disminuir el conflicto social mientras se impulsa el capitalismo desde el Estado. Así, en el mensaje al Congreso Nacional el 21 de mayo de 1930 Ibañez expresaba lo siguiente con referencia al Ministerio de Bienestar Social, que explicita las funciones de la medicina estatal: "La armonía entre el capital y los problemas relacionados con la previsión social y la salubridad pública han preocupado vivamente la atención del Gobierno. La tranquilidad social de la República, puede caracterizarse por la carencia absoluta de huelgas que tanto afectan a la economía nacional".⁷¹

La relación que se establece entre la Seguridad Social, la Beneficencia y la Sanidad al concentrarlas en un sólo Ministerio adquiere connotaciones políticas que superan las de orden económico. La Caja de Seguro Obligatorio, por ejemplo utiliza desde los comienzos los hospitales de la beneficencia para dar atención a sus asegurados en detrimento de la efectividad de la medicina para recuperar y mantener la fuerza de trabajo. La separación entre la atención a los obreros y a los desocupados se produce con el breve gobierno socialista de 1932 que divide el Ministerio en dos: del Trabajo y de Higiene. En ese mismo año el Seguro Obrero crea su propio departamento médico y comienza a fundar consultorios para la atención de sus asegurados.

La administración de Alessandri vuelve a crear el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social en 1936 y reformula la seguridad social con la aprobación de la Ley de Medicina Preventiva que obliga a que los trabajadores asegurados se examinen anualmente con el fin de prevenir, especialmente, la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades del corazón. La teoría que informa esta reforma se sustenta en una intervención del Estado para tratar de promover el consumo, con el objeto de ampliar el mercado interno, sobre la base de inculcar a la población aspiraciones mediante la educación por adquirir cosas e "impedir que el individuo reaccione con reposo cada vez que pueda" a través de una medicina preventiva oportuna.⁷¹

En el proceso de desarrollo de la medicina estatal chilena llama la atención la temprana incorporación de la atención médica sin que se presente una clara diferenciación, en sus comienzos, entre la Beneficencia y la Seguridad Obrera. La transformación también temprana de la Sanidad en medicina preventiva y la aplicación de esta a la seguridad social inaugura la intervención de la medicina en el consumo.

La primacía de la instancia política en el crecimiento y transformación de la medicina estatal, que posibilita la posterior integración de la Beneficencia, el Seguro Obrero y el Ministerio de Salud Pública al establecerse en 1952 el Servicio Nacional de Salud, podría explicarse por la participación en el Estado de los grupos medios urbanos en alianza con la burguesía intermedia del capital monopólico.



LA PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS

La Sanidad y las Instituciones estatales constituyen el área donde se concentra, en el primer tercio de este siglo, la producción de conocimientos médicos. Las Universidades y las entidades privadas no realizan, salvo algunas excepciones, contribuciones significativas durante este período. Entre las excepciones en el sector privado debe mencionarse el Instituto Médico "Sucre" fundado en 1895 en Bolivia, el Laboratorio de Higiene de Samper—Martinez creado en 1917 en Colombia y algunos pensadores e investigadores aislados.

La investigación en el campo de la salud en América Latina, durante el período que va de fines del Siglo XIX hasta 1930 y en algunos países hasta mediados de este siglo, ha de ser fundamentalmente: a) en el área de la microbiología y la parasitología, b) estatal, y c) producida en instituciones modeladas según el Instituto Pasteur.

Llama la atención el gran desarrollo cuantitativo y cualitativo que tiene la investigación bacteriológica y parasitaria en los países de América Latina en comparación con otros campos como la fisiología. Algunos autores tratan de explicar este fenómeno argumentando que las disciplinas en las cuales la distancia entre los aspectos básicos y aplicados son menores, como en el caso de la bacteriología, tienen mayores posibilidades de institucionalización en los países subdesarrollados y así el campo de la microbiología, en lugar de la fisiología o la física, fue el primero en recibir apoyo en Brasil. Este razonamiento no parece, sin embargo, apoyarse en evidencias empíricas ya que en ese mismo período la fisiología y la física se desarrollaban en Europa y los Esta-

dos Unidos orientadas a la solución de los problemas derivados de la producción basados en la plusvalía relativa tales como la recuperación de la fibra muscular, los problemas de la atención, etc. Por otra parte, el apoyo recibido del Estado para este tipo de investigación microbiológica en casi todos los países de la región parece estar relacionado con la orientación que tenía la medicina hacia los aspectos sanitarios, especialmente la estatal. La hegemonía de la sanidad marítima y posteriormente la terrestre determinadas, como se ha visto anteriormente, por la estructura social concentran también la casi totalidad de la productividad científica. Las investigaciones de Finlay en Cuba, Sanarelli en Uruguay, Penna en Argentina y otros varios científicos surgen porque la Fiebre Amarilla constituía la enfermedad que afectaba el comercio internacional y en cuya solución estaban interesados tanto los capitalistas de los países centrales como los de los países exportadores de materias primas y alimentos. Cuando la sanidad interna se vuelve importante, la bacteriología y la parasitología han de volcarse al estudio de la malaria, chagas, etc. Asimismo la disminución de la actividad científica en microbiología y parasitología a partir de la década de los 40 y el surgimiento de otros campos como la biofísica, bioquímica y fisiología corresponden a un cambio sustancial de la práctica médica en que la atención médica comienza a perfilarse como hegemónica siendo este cambio, a su vez, el resultado de profundas transformaciones en la estructura económica y política de los países latinoamericanos. Por otra parte el renacimiento, que se observa en estos últimos años, de la medicina tropical y el despertar de algunos de los institutos fundados en el primer tercio de este siglo pareciera deberse a razones políticas y económicas más que a un desarrollo interno de estas disciplinas. Así, la revitalización de la Medicina Tropical, un nombre que parecía obsoleto hace unos años, tenía teóricamente dos opciones de desarrollo: la búsqueda de los determinantes sociales de su distribución y el estudio de los aspectos inmunológicos que llevara el desarrollo de vacunas. La última pareciera ser la alternativa escogida por quienes apoyan este resurgimiento como consecuencia del dominio en el campo médico del consumo

individual. Cuando intervienen las ciencias sociales en el análisis de las Enfermedades Tropicales son las escuelas conductualistas las que son llamadas a contribuir en la explicación de la conducta individual frente a la enfermedad. Por consiguiente, las formas productivas y las formas de vida por ellas determinadas son excluidas en la explicación de estas patologías.

El modelo o paradigma que emplea la medicina estatal en la mayoría de los países de la América Latina para el desarrollo de la ciencia es el etiopatológico tal como fuera enunciado por Edwin Klebs y que se resume en los siguientes puntos: i) la enfermedad es siempre infección, ii) la enfermedad sería la expresión de una lucha entre la célula y el microbio, y iii) la índole nosográfica del proceso morboso dependería de la peculiaridad biológica del germen infectante. Las escuelas fisiopatológicas y anátomo clínicas que en la época competirían en la explicación de la enfermedad parecen no haber florecido sino en contados países y en ciertos períodos como en caso de Argentina. El paradigma etiopatológico excluye de la explicación de la enfermedad la disposición individual y, especialmente, el componente social que evitaba "ver" los problemas estructurales y, por otra parte, no entraba en conflicto con una concepción ontológica de la enfermedad que dominaba el saber médico en las formaciones económicas pre-capitalistas. Esta situación plantea el problema teórico en la ciencia sobre la lucha entre escuelas y el triunfo de una de ellas. Lo sucedido en América Latina parecería contradecir la creencia de que el triunfo de una escuela sobre otras se debe a los méritos científicos de esa pues en el caso estudiado el triunfo es aparente y se debe a la adecuación de esa escuela con el saber dominante y con los determinantes estructurales que la condicionan.

Dentro del modelo etiológico analizado pareciera que la contribución más destacada de la producción científica latinoamericana ha estado relacionada con el papel de los insectos como vectores como se comprueba con los hallazgos de Finlay, Chagas y otros.

El segundo rasgo de la investigación, durante el período considerado en su carácter estatal, especialmente con la creación de los Departamentos Nacionales de Sanidad, que constituyen, a principios de siglo, centros de concentración de intelectuales cuya producción se difunde mediante las revistas que la mayoría de ellos editan y en los congresos nacionales e interamericanos que se realizan en este período. Forman parte importante de los Departamentos o Direcciones Nacionales, en la mayoría de los países, laboratorios de bacteriología y de química donde además de realizarse las actividades de diagnóstico y análisis rutinario y de producción de vacunas y sueros se hacían investigaciones fundamentalmente en el campo de la microbiología y parasitología y cuyos resultados constituyen la contribución cualitativa y cuantitativamente más importante en el campo médico durante este período.

La Sanidad marítima y, especialmente, la terrestre basaba su acción en la detección de sustancias químicas y fundamentalmente de microorganismos productores de enfermedades, según el modelo causal puesto en boga por la teoría pausteriana a fines del siglo XIX, y gran parte de su actividad preventiva y curativa se apoyaba en las vacunas y sueros. Nacen así una serie de instituciones de carácter productivo y de diagnóstico que forman parte de los Departamentos Nacionales de Sanidad y que dedican parte de su esfuerzo a la investigación. En los enunciados de los propósitos de muchas de estas instituciones se incluye la investigación, que a veces es difícil de separar de las actividades rutinarias de diagnóstico. El Estado se convierte de esa forma en el espacio social donde se desarrolla la investigación.

No todos los laboratorios o Institutos Nacionales de Higiene que se fundan en este período lograron prosperar y convertirse en centros de producción de conocimientos como el Instituto Oswaldo Cruz de Brasil o el Instituto Bacteriológico Carlos G. Malbran de Argentina. Las razones del éxito o fracaso de estos intentos por parte del Estado pareciera tener variadas determinaciones sobre las cuales no exis-

ten mayores estudios. Sin embargo, los mismos determinantes que se analizaron para explicar la creación y desarrollo de la sanidad estatal parecieran crear las posibilidades o condiciones para un desarrollo científico dentro del área establecida por la totalidad social y son: el grado de desarrollo de una producción capitalista y el control del poder estatal por el grupo que genera este tipo de producción. Las vicisitudes de las instituciones de Investigación ecuatorianas son un buen ejemplo. Los estudios sobre la peste realizados en 1908 por Lloyd y Tamayo fueron hechos en el Laboratorio Químico del Colegio Vicente Rocafuerte de Guayaquil, fundado en 1905 y recién en 1911 se instala un Laboratorio anexo al Lazareto de Peste aunque con pocos recursos que lleva a frecuentes solicitudes de la dirección como la hecha en 1912 no sólo para mejorar sus servicios "sino también para el estudio etiológico de las enfermedades tropicales, que tanto ocupan hoy día la atención de los especialistas en este ramo.⁷²

Es en este Laboratorio donde Noguchi en 1918 realizará sus estudios sobre Fiebre Amarilla como parte de la Comisión enviada por la Fundación Rockefeller y que dejara material y técnicas de investigación.

Sin embargo, no se logra crear un cuerpo de investigadores y el laboratorio ha de permanecer sin mayores actividades hasta que en 1937 se crea el Instituto Nacional de Higiene coincidente con un auge de la producción costera y un nuevo giro de la política que vuelve a estar en manos del grupo de capitalistas de Guayaquil. El Instituto se había creado para el control, análisis y estudio de productos farmacéuticos y anexo al Instituto Nacional de Previsión Social de acuerdo a la hegemonía que estaba logrando la atención médica pero el poder de los grupos capitalistas costeros logran cambiar el sentido al reorientarlo hacia la investigación relacionada con las enfermedades que incidían en la producción para la exportación. La década de los 60 y la mitad de los 70 son de gran disminución de la actividad científica del Instituto y es sólo en los últimos años con el renacer de la

Medicina Tropical que se observa una reactivación de las investigaciones.

El desarrollo de la investigación en el Brasil representa otro ejemplo de la vinculación de la producción científica con la práctica médica dominante y con la totalidad social que la determina. En 1892 se crea en San Pablo el Instituto de Bacteriología con el fin de estudiar los problemas de la microbiología y bacteriología y especialmente aquellos relacionados con la etiología de las enfermedades epidémicas, endémicas y epizooticas más frecuentes en el Estado. Para 1889 con la formación de la República Vieja, San Pablo se había constituido en un centro importante de producción capitalista que repercute sobre la administración estatal que se moderniza para adecuarse a la nueva estructura económica. Así, en 1891 se promulga la primera ley sobre sanidad que organiza la actividad sanitaria del Estado y que se consolida en 1892 con la creación de distritos sanitarios y un Consejo de Sanidad localizado en la capital. La organización de la sanidad estatal junto con la creación de varios Institutos como el de Bacteriología, Vacunación, de Análisis Químicos respondían a los intereses económicos de la burguesía cafetalera. La Fiebre Amarilla frecuente en el Puerto de Santos y ciudades importantes en la producción cafetalera como Campiñas y Riberao Preto presentaban un peligro para la corriente emigratoria europea que constituía la fuerza de trabajo fundamental de la producción cafetalera. El Laboratorio tiene una corta vida productiva y en 1925 se cierra para volver a ser abierto en 1931 con el nombre de su primer director el Dr. Adolfo Lutz.⁷³

En 1889 se funda en San Pablo otro Instituto que bajo el nombre de Butantan se ha de constituir en un importante centro de investigación. Este Instituto que se reorganiza en 1918 nace como respuesta a la amenaza de la plaga en el puerto de Santos.

El surgimiento del Instituto Oswaldo Cruz sobre la base del Instituto de Suero—Terapia es el resultado del impulso

dato por el Gobierno de Rodríguez Alves, representante de los grupos cafetaleros paulistas. La decadencia del Instituto Oswaldo Cruz en la década de los 30 sigue el patrón de otros Institutos similares en América Latina frente al cambio de orientación de la medicina.

La tercera característica de la investigación en el período considerado es su aspecto organizacional que sigue el modelo dominante de la época constituido por el Instituto Pasteur y que consiste en un centro espacial que combina la producción, el servicio de diagnóstico y la investigación y de donde se envían "misiones" al exterior para obtener material o realizar estudios de campo y regresar al centro.

Son bien conocidas las misiones del Instituto Pasteur y de otros institutos europeos a las colonias donde generalmente dejan funcionando una reproducción del Instituto de la metrópolis. En América Latina este modelo también se aplica como en el caso de la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA) que se instala en Jujuy en 1926 pero que depende de la Universidad de Buenos Aires. El Instituto Ezequiel Dias de Belo Horizonte afiliado al Instituto Oswaldo Cruz es otro ejemplo de este proceso que no sólo se presenta en este campo de la investigación sino en otras actividades como por ejemplo el de la llamada "extensión universitaria". Estamos en presencia de un fenómeno que ha sido explicado como simple copia de modelos prestigiados como el caso del Instituto Pasteur. Sin embargo, cuando observamos que esa forma organizacional se repite en otros campos como el militar, el educacional y, especialmente, el económico debe considerarse que existen formas o categorías generales para una época que son generadas por las formas dominantes de la materialidad: la producción económica. El imperialismo en el primer tercio de este siglo se caracteriza por la exportación de capitales para la producción de ciertas materias primas y alimentos que requieren los países centrales. Los enclaves productivos y los puertos por donde sale la riqueza dibujan en el espacio social un centro valorizado y un espacio externo al cual se recurre para tomar mues-

tras para las necesidades del centro valorizado. Esta que se repite en diferentes campos es la que uniforma los rasgos más sobresalientes de la organización de las Investigaciones de Enfermedades Tropicales.



DE LA BENEFICENCIA A LA ASISTENCIA SOCIAL Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

Seis países crean Ministerios específicos para el campo de la salud y cuatro de ellos llevan el nombre de Sanidad o Higiene y Beneficencia. Las dos excepciones son Chile, que crea en 1924 un Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, y Costa Rica que crea en 1927 una Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. Varios fenómenos pueden ser reconocidos en estos simples datos: a) la elevación de categoría de la medicina estatal del nivel Departamento o Dirección al de Ministerio o Secretaría que implica no sólo un reconocimiento mayor sino también mayores fondos para esta función del Estado; b) la unión de la sanidad con la beneficencia o asistencia social, y c) el cambio de nombre de la beneficencia que pasa a denominarse Asistencia Social y el surgimiento de nuevos términos tales como el de Previsión, Protección y Seguridad Social para designar una nueva función estatal diferente del de la Asistencia Social.

La creación de Ministerios que se encargarán exclusivamente o fundamentalmente de actividades médicas constituía una aspiración de numerosos sanitaristas latinoamericanos desde principios de siglo pero que son continuamente postpuestos por los grupos en el poder que no desean realizar un cambio sustancial de las funciones estatales que implicaría la creación de estos Ministerios. La creación de Ministerios exclusivos para el campo de la salud ocurre en la mayoría de los países de América Latina en la década de los 30 y 40 y acompañan los cambios políticos y económicos que suceden en este período.

El Estado en los países de América Latina en el período considerado lleva a cabo las dos funciones señaladas por O' Connor para el Estado capitalista, el capital social y los gastos sociales, pero sin que se tenga en cuenta en ambos rubros la incorporación de los grupos subordinados. Así, la categoría de los gastos sociales destinados a mantener la armonía social está fundamentalmente integrada por medidas coercitivas donde los gastos militares y policiales constituyen el gran porcentaje del presupuesto. En el campo de la salud los gastos sociales están representados por las instituciones de beneficencia sobre las cuales el Estado sólo cumple funciones de vigilancia. Con la elevación de la Beneficencia a nivel ministerial el Estado comienza a participar en la mantención de la paz social entre los desempleados mediante la prestación de servicios personales y no sólo mediante la represión policial.

La elevación de la sanidad estatal a la categoría de Ministerio implica el aumento de los gastos sociales al tomar a su cargo la Beneficencia y en algunos países como en los casos de Chile y Costa Rica el aumento de los gastos para el consumo social al incorporar la seguridad social entre sus actividades. El caso de Costa Rica y especialmente el de Chile constituyen excepciones ya que generalmente la seguridad social que incluye el seguro de enfermedad se separa en instituciones autónomas de los Ministerios considerados como encargados del campo de la salud. En resumen, se puede decir que la creación de los Ministerios indica la incorporación de la medicina en los gastos sociales que hasta ese momento se encontraban fuera del dominio del Estado.

La unión de la Sanidad con la Beneficencia o Asistencia Social formaba parte del mismo proceso de transformación de la medicina estatal ante el aumento del ejército de reserva producto de la expansión del modo de producción capitalista. Así, en la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad se recomendó con variados argumentos la centralización en los Ministerios o Departamentos de Sanidad de todos los servicios sanitarios y de asis-

tencia social y se recomendó el establecimiento de los Ministerios de sanidad, asistencia social y trabajo.

El cambio de nombre de Beneficencia al de Asistencia Social indicaba que la misma categoría social a la que se dirigían estos servicios había cambiado, ya que de "pobres" o "menesterosos" se reconocía ahora un grupo de desempleados. La beneficencia incluía instituciones de tipo custodial como asilos, hospitales, leprosarios, etc. que no cambian sustancialmente con la nueva terminología de Asistencia Social ya que en un principio sólo implica que la caridad pasa a ser una obligación del Estado.

La Asistencia Social incluye no solamente diferentes tipos de "asilo destinados al lumpemproletariado" sino también y cada vez en mayor grado la atención médica aunque esta es esporádica y de baja calidad en sus comienzos. En este tipo de actividad no interesa la recuperación y mantenimiento de la fuerza de trabajo sino la disminución de las tensiones sociales. González Garza expresa este significado en la siguiente forma: "El concepto actual de la Asistencia Pública basada en el principio de la seguridad colectiva constituye una obligación pública, puesto que los seres económicamente débiles son acreedores al cuidado de aquellos que tienen a su cargo procurar el bienestar de las mayorías desvalidas. A la luz de estas ideas es una obligación cívica proteger en forma eficaz a la población menesterosa para *garantizar la integridad de la nación y la paz social*"⁵.

En la década de los 70 la Asistencia Social que para esta época es esencialmente Atención Médica ha de cumplir con otra función, además de control del excedente de población, que es la expansión de la demanda y del mercado interno para ciertos productos como el medicamento, bajo la política de la expansión de la cobertura y la atención primaria.

En la década de los 30 y 40 también se observa el desarrollo de la Atención Médica bajo otra denominación diferente a la de la Asistencia Social y dirigida a otro grupo so-

cial. La previsión protección o seguridad social se dirige a los trabajadores con el fin de aumentar su capacidad productiva y reducir los costos de la reproducción de la fuerza de trabajo. Las instituciones que la toman a su cargo dentro del Estado son diferentes a la de los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social. Las diferencias que presentan la Asistencia Social y la Seguridad Social en México han sido expresadas por el Dr. González Garza en la siguiente forma:

1. "El Seguro Social, de acuerdo con la ley que lo rige, es un servicio público descentralizado, autónomo, con administración tripartita. La Asistencia Social es una dependencia directa del poder público.
2. Los recursos económicos para financiar el Seguro Social procede directamente de las cuotas que pagan los patrones, los trabajadores y la contribución del estado.

La Asistencia se sostiene con los recursos de la Hacienda Pública y con ingresos que provienen de utilidades o de donativos. Es un régimen no contributivo, que cumple la obligación que tiene el Estado de suministrar ayuda a los menesterosos sólo en la medida de sus posibilidades económicas.

3. El Seguro Social se circunscribe a la población asalariada y a sus económicamente dependientes.

La Asistencia Pública se circunscribe a la población menesterosa, la ayuda que concede es eventual y de naturaleza diversa.

4. El Seguro obligatorio es un sistema eficaz de previsión para la población asalariada y sus derechohabientes, que ciega las fuentes que alimentan el desempleo y tiende a establecer una distribución más equitativa de la riqueza nacional.

La Asistencia, no prevé, sólo ayuda a los menesterosos y a pesar de la bondad de su acción, se conserva el desnivel económico de las clases sociales.

5. El Seguro Social incrementa sus recursos económicos en función directa del número de trabajadores asegurados.

La Asistencia, con una población inmensa de menesterosos, sólo puede cubrir parcialmente sus necesidades en función de la generosidad del Poder Público".⁷⁶

Las diferencias señaladas por el Dr. Garza entre el Seguro y la Asistencia son de tipo organizacional y de financiamiento pero no indica la esencia del fenómeno que hace que aparezca en el Estado diferenciado en dos instituciones con rasgos diferentes. La diferencia estriba, como ha sido señalado anteriormente, en que la seguridad social tiene una función indirectamente productiva y la asistencia una de carácter político y que esto se revela por el tipo de población a la que se dirigen estas acciones estatales: a los trabajadores en el caso del Seguro y al ejército de reserva en el de la Asistencia Social. Sin embargo, este análisis quedaría incompleto si no se incluyera el papel de la lucha de las clases subalternas en la transformación de la medicina estatal. La lucha obrera aparece como la gran ausente en el análisis que se ha realizado del surgimiento de la sanidad estatal y sólo comienza a surgir cuando se estudia la transformación de la medicina estatal en Argentina y, especialmente, en Chile.

La ausencia, por un largo período en la mayoría de los países, de impacto de la lucha obrera en el desarrollo de la medicina estatal debe buscarse no sólo en los rasgos del Estado liberal—oligárquico sino también en las características del movimiento obrero en el período considerado, que tampoco escapa a las determinaciones generales prove-

rientes de la vía de implantación del capitalismo en América Latina. Así, como lo expresan Guerra y Prieto "las concentraciones obreras —y las primeras luchas proletarias contra la explotación capitalista— surgieron precisamente en las empresas que de una u otra forma se dedicaban a la producción de materias primas o alimentos —también de actividades de servicio relacionadas con la exportación—, destinados a mercados extranjeros y que generalmente estaban dominados por el capital foráneo".⁷⁷ Así mismo, los sindicatos más poderosos surgen en aquellos países como Argentina, Chile, Uruguay y México, donde las relaciones capitalistas de producción alcanzaban mayor profundidad.

Muchas de las organizaciones obreras incluían, entre las reivindicaciones por las que luchaban, aspectos de salud y especialmente los relacionados con las condiciones de trabajo. Sin embargo, salvo excepciones estas organizaciones no planteaban una participación directa del Estado en la prestación de servicios de sanidad y de atención médica y esto se debía, en buena parte, a la concepción anarco—sindicalista que predominaba en estos movimientos en el período de 1880 a 1930. El anarco—sindicalismo consideraba a los sindicatos como un arma para la toma del poder y la destrucción definitiva del Estado y por este motivo Gramsci los calificaría como manifestaciones extremas del liberalismo.⁷⁸ Ellos consideraban que la huelga general era la táctica más efectiva para lograr sus propósitos y que los trabajadores no deberían negociar con sus enemigos o aceptar medidas reformistas.⁷⁹ Así, las reformas sociales introducidas por el Gobierno argentino en el período de 1910 a 1915 y, en la que colaboraron los socialistas, y las reformas del Gobierno chileno de 1924 fueron duramente criticadas por las organizaciones obreras dominadas por los anarco—sindicalistas.

La legislación social que se promulga en los países del sur en las primeras décadas de este siglo fue adoptada por la burguesía en el poder, como resultado de la presión obrera y, en buena parte, para quitarle al movimiento popular algunas de las banderas de luchas y con ello disminuir las tensiones sociales. El imperialismo también mostraba interés

en que los estados de los países de América Latina introdujeran alguna legislación social que permitiera frenar el avance del movimiento obrero. Un buen ejemplo es la proposición de legislación social que incluía un seguro de enfermedad presentada por el delegado de Nicaragua en la Conferencia sobre Asuntos Centroamericanos convocada por Estados Unidos y que defiende en los siguientes términos: "Cada uno de nuestros países tiene un interés real y verdadero en que se trate con justicia al pobre y que no aparezca la lucha de clases en el país vecino, porque se transmitiría necesariamente a su propio país. La paz entre las clases trabajadoras y las clases directoras de nuestros países es algo que nos afecta a todos. Aquí mismo se ha celebrado en Washington una conferencia internacional en la cual se suscribieron convenciones que en gran parte (he) tomado como base para formular mi proyecto. Los países del mundo, y entre ellos los nuestros, creyeron que no bastaba la legislación interna para asegurar la paz social y que sería conveniente establecer también convenios internacionales".⁸⁰ Sin embargo, e independientemente del movimiento sindical, como Marx lo señala para el caso del agotamiento de la tierra, el Estado al promulgar leyes sociales toma una serie de medidas de defensa del capitalismo aún ante el antagonismo de los capitalistas. Esto se observa especialmente ante la situación de agotamiento y destrucción de la fuerza de trabajo a la que lleva la producción de plusvalía absoluta. Otro factor responsable por la ausencia ya señalada, de un impacto directo del movimiento obrero en la medicina estatal, se debe a que los obreros habían desarrollado todo un sistema de solidaridad que incluía la atención a la enfermedad y que tenía expresión organizacional en las llamadas mutuales. En *Chile, Uruguay y, especialmente, en Argentina* las mutuales habían logrado en el período de 1880 a 1930 un notable crecimiento y sin participación estatal⁸¹

En América Latina, en los últimos años, se plantea una extensión de la cobertura proporcionada por la Asistencia social y también por la seguridad social que ha sido interpretada en diversos sentidos, uno de los cuales la relaciona con la

expansión del mercado interno para ciertas mercancías tales como medicamentos. Además, en algunos países como el Brasil la seguridad social se constituye en la década de los 60 en un sector de producción de plusvalía al financiar el Estado empresas privadas para la prestación de servicios médicos.

La implantación de un nuevo modelo de acumulación capitalista en los países de América Latina a partir de fines de la década de los 60 pareciera influir en la medicina estatal, especialmente, en países como el Brasil donde el modelo se encuentra más avanzado. Este fenómeno no hace más que confirmar nuevamente la tesis central del presente trabajo sobre el papel de la estructura social en el desarrollo de la medicina estatal.



NOTAS

1. Carlos Marx: El Capital, Tomo I, Vol. 2, Sección V, Capítulo XIV, pág. 617, Siglo XXI, México, 1975.
2. Carlos Marx: El Capital, Tomo I, Vol. 2, Sección V, Cap. XIII, Pág. 508, Siglo XXI, México, 1975.
3. Carmen Venegas Ramírez; "Régimen Hospitalario para indios en la Nueva España", Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1973.
4. CIESU: Notas sobre la evolución de los Servicios de Salud en el Uruguay (mimeografiado), Montevideo, 1978.
5. En el análisis de la implantación del capitalismo en América latina se utilizará el enfoque propuesto por Agustín Cueva en su libro "El Desarrollo del capitalismo en América Latina", Siglo XXI, México, 1979.
6. Por decreto del 17 de febrero de 1880 el Congreso había creado en el inciso 13 del presupuesto de marina un Departamento de Higiene, cuya organización y atribuciones son establecidas por Roca el 31 de diciembre de 1880. En 1882 el Poder Ejecutivo dicta un Decreto organizando el Departamento. En 1884 se crea la Junta Central de Lazaretos como entidad autónoma del Departamento Nacional y estaba destinada a organizar los lugares de cuarentena. En 1888 la Junta Central de Lazaretos es incorporada al Departamento de Higiene en un intento de unificar las acciones en el campo de la sanidad marítima.
7. La importancia que el Departamento Nacional de Higiene le asigna a la presencia de un médico oficial en los barcos de pasajeros revela que la preocupación por la sanidad marítima no estaba dada exclusivamente por el retraso de las mercancías. La intranquilidad por los focos de fiebre amarilla en Río y Santos se debía porque eran los puertos que tocaban los barcos con inmigrantes antes de llegar a Buenos Aires. El Gobierno de Italia, por otra parte, se había opuesto en varias ocasiones al envío de inmigrantes a Brasil en vista de las condiciones en los dos puertos de entrada. En una contribución presentada por el Dr. Luis Agote a la primera reunión del Congreso Científico Latinoamericano celebrado en Buenos Aires en 1898 expresaba lo siguiente: "El hecho de ser nuestro país una nación de inmigración, constituye, bajo el punto de vista sanitario, uno de los problemas más di-

fáciles de vencer. Es necesario conocer lo que es un transporte de inmigrantes, y las malas condiciones higiénicas en que viajan los infelices, para poder darse cuenta del peligro que encierran para la salud pública" Luis Agote: "Defensa sanitaria marítima contra las enfermedades exóticas viajeras", en Primera reunión del Congreso Científico Latino Americano, Organización y Resultados Generales del Congreso, Buenos Aires, 1898.

8. Argentina contaba con una gran variedad de productos que interesaban al mercado europeo. Para 1890 la exportación de trigo sobrepasaba los productos que habían predominado inicialmente como el cuero y la lana y esto lleva a un cambio en las zonas productivas y en consecuencia en los puertos y ciudades. Ricardo Ortiz en su libro "Historia Económica de la Argentina, 1850-1930", Buenos Aires, 1955 presenta el siguiente cuadro que indica los cambios comentados:

Argentina: Exportación Según Puerto de Salida (porcentajes)

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

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

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

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

La Junta de Sanidad fue creada por la ley del año 1838 y sus atribuciones

eran las de vigilancia e inspección de la navegación que arribaba a los puertos del Uruguay y tenía bajo su dirección el local del Lazareto.

El Consejo era una corporación deliberante y consultiva; la Junta era deliberante y ejecutiva a la vez.

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

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

11. El decreto 1558 del 7 de octubre de 1893, firmado por Floriano Peixoto, que establecía que la carne de xarque, entre otros artículos, eran "sospechosos o susceptibles de retener o transmitir contagio", provocó una serie de reclamaciones por los inconvenientes que provocaba al comercio internacional. El Ministro del Exterior de Brasil convocó una conferencia en 1895 con representantes diplomáticos de Francia, Argentina, Alemania, Inglaterra, Uruguay, Italia y los representantes de las principales compañías de vapores trasatlánticos. Las presiones internacionales unidas a los intereses de la burguesía cafetalera logran en ese mismo año levantar las restricciones impuestas por el decreto de 1893.

Directoria Geral de Saude Publica: Os Servicos de Saude Publica no Brasil de 1808 a 1907, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1909.

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

"A practica da administração tem-me convencido da grande conveniencia que resultaria de unificação e centralização dos serviços de hygiene publica o regimen unitario impoe-se; quasi todos os países civilizados tem comprehendido essa verdade e prodrã unificar e centralisar seus servicos sanitarios".

Directoria Geral de Saude Publica: "Os Servicos de Saude Publica no Brasil" Rio de Janeiro, 1909.

13. Directoria Geral de Saude Publica: Relatório apresentado pelo Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1906,

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

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

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

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

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

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

18. Las dificultades de la Dirección General de Sanidad comenzaron desde el momento mismo de su creación. El Director General debía nombrarse de una lista de ocho profesionales, propuestos por cada cuerpo médico departamental. Ante la disparidad de criterios el gobierno contrató un especialista en el extranjero, el Dr. Adolfo Treutlein, que fracasó en su misión y tuvo que renunciar. Para reemplazar a Treutlein se nombró a Manuel Cuellar quien también renunció a los pocos meses dejando vacante el cargo hasta que en 1910 se derogó la Ley de 1906. Juan Manuel Balcazar: Historia de la Medicina de Bolivia, Ediciones "Juventud", La Paz, 1956.

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

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

20. Juan José Samaniego: "Cronología Médica Ecuatoriana. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1957; Leonidas Plaza Gutiérrez: "Ley de

Sanidad Pública con sus reformas", Librería e Imprenta Garay, Guayaquil, 1920.

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

Francisco Boloña: Informe del Ministro de Agricultura y Previsión Social año 1929-30, Talleres Tipográficos Nacionales, Quito, 1930.

21. Personaje importante en la creación de la Dirección fue el Dr. Luis Razzetti, relacionado con la burguesía comercial caraqueña. Razzetti Junto con Risquez se entrevistaron con el General Juan Vicente Gómez antes de tomar posesión como Gobernador del Distrito. Gómez nombró director de la Dirección de Higiene del Distrito Federal a Risquez e Inspector General de los hospitales a Razzetti.

Razzetti actuó de Secretario de la Comisión de Higiene Pública durante la presidencia de Gómez.

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

22. José Alvarez Amezcuita y otros: Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Tomo I y II, México, 1960.

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

24. Antes de la promulgación del Código en 1918, el Consejo Superior de Higiene solicitó en 1905 del Gobierno el envío de una Comisión a Europa y Estados Unidos para estudiar los servicios y propusiera a su regreso un proyecto de legislación. El Ministerio de lo Interior no dió curso a la solicitud pero el Dr. Puga Borne, Senador de la República, incluyó los gastos del viaje en el presupuesto. El abogado Mariano Guerrero Bascuñan y el Dr. Lucio Córdova integraron la Comisión que presentó un informe y propusieron un proyecto de ley en 1908. En 1909 se nombró otra Comisión para estudiar el proyecto y presentó en 1910 un nuevo proyecto. En ese mismo año se presentó en la cámara de Diputados un tercer proyecto que fue el que obtuvo la aprobación del Poder Legislativo en 1918, dando con esto cumplimiento a un acuerdo de la Conferencia Sanitaria de México de 1907, que había ratificado Chile.

Hermán Muñoz Segura: Organización Sanitaria, de las atribuciones Sanitarias de las municipalidades, Imprenta "El Esfuerzo", Santiago de Chile, 1934.

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

25. Las relaciones de la burguesía con el capital monopólico en el campo de la sanidad se evidencia por los contactos del grupo cafetalero con la Fundación Rockefeller. Según la memoria de 1924 del Ministerio de Instrucción

y Salubridad Pública, un grupo de médicos "llevaron al Gobierno el convencimiento de la necesidad nacional de tomar medidas contra la pérdida de vidas humanas y de riqueza ocasionadas por la anemia tropical. Años después el Gobierno Nacional con intervención del Ministerio de Agricultura y Comercio, a cargo entonces de don Jesús del Comal, entró en relaciones con la Oficina Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller y arregló con ella en 1920 un convenio".

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

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

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

Pablo García Medina: La Organización Sanitaria en Colombia, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 6, No. 1, enero 1927.
27. The Rockefeller Foundation, International Health Board, Annual Report (1913 to 1930), New York.
28. Antonio Vidal M: Informe General sobre Sanidad Pública en la República de Honduras. Boletín Sanitario, Año III, Nos. 11 y 12, 15 junio 1929, Tegucigalpa.
29. Antonio Vidal M. Informe General sobre Sanidad en la República de Honduras, Boletín Sanitario, Año IV; Nos. 13 y 14, 15 de enero de 1930, Tegucigalpa.
30. Boletín Sanitario, Números del año 1901 al 1922, El Salvador.
31. The Rockefeller Foundation, International Health Board, Eighth Annual Report, January 1921. December 1921, New York, January 1922.
32. The Rockefeller Foundation, International Health Board, First Annual Report, June 1913, December 1914, New York, January 1915.
33. Carlos María Campos Jiménez: Notas sobre el desarrollo de la Asistencia Médica en Costa Rica, Tiempo Actual, Año II, No. 5, San José, agosto 1977.

Minam Andría Paniagua: La realidad médico-sanitaria costarricense a la luz de su legislación. Tesis de grado, Universidad de Costa Rica, 1972.
34. Mauro Fernández: La Anquilostomiasis y la Agricultura, Imprenta de Avellino Alsina, San José, Costa Rica, 1907.
35. "The Standar Oil Company of California, in conjunction with the United Fruit Company has succeeded in inducing 45 municipalities out of a total of 55 to petition the Government to present the subsoil bill (private ownership of subsoil deposits) to Congress at once."

- Informe del encargado en Costa Rica (Martin) al Secretario de Estado. The Department of State: Papers relating to the Foreign Relations of United States, 1920, Vol. I, Government Printing Office, Washington, C. C., 1935.
36. Luciano Beeche: "Tropical Disease of Costa Rica" en Proceedings of the International Conference on Health Problems in Tropical America, United Fruit Company, Boston, 1924.
 37. El Dr. Luis Manuel Bayle de origen francés se había relacionado por matrimonio a una familia aristocrática nicaragüense. Anastasio Somoza García se casó con la hija del Dr. Bayle quien lo apoya en sus negocios y le consigue un trabajo como Inspector de las letrinas en el programa de lucha contra la Uncinariasis de la Fundación Rockefeller. Cuando Anastasio Somoza se hace cargo de la presidencia en 1937, una de sus primeras acciones es suprimir la cartera de Higiene y crea la Dirección General de Sanidad dependiendo directamente de la presidencia de la República y bajo la dirección de Luis Manuel Bayle.
 38. Jaime Wheelck: Imperialismo y Dictadura, Siglo XXI, 1975.
 39. Informe anual del Departamento de Uncinariasis, Tip. Nacional, Managua, 1924.
 40. Actas de la IV Conferencia Sanitaria Internacional, de las Repúblicas Americanas San José, Costa Rica, 1910. Publicadas bajo los auspicios de la Unión Panamericana, Washington, D. C., 1910.
 41. La Fundación Rockefeller, Junta de Sanidad Internacional, Décimo segundo Informe Anual, enero 1925 - diciembre 1925, New York, 1926.
 42. Los intereses económicos de la burguesía panameña eran grandes en términos individuales o familiares pero carecían de un impacto nacional. La fortuna de la familia Chiari se basa en la producción de azúcar y los de la familia Boyd en la ganadería.
 43. En el tratado de 1926, proclamado en diciembre de 1931, el control sanitario por parte de Estados Unidos sobre las ciudades de Panamá y Colón fueron consolidados y se extendió para cubrir cualquier parte de la República amenazada por una epidemia.
- "Informe bienal del Director del Departamento de Salud Pública al Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, 1946-1948, Rca. de Panamá.
44. The Rockefeller Foundation, International Health Board, Eighth Annual Report, January 1921-December 1921, New York, January 1922.
 45. William D. McCain: The United States and the Republic of Panamá. Duke University Press, 1937.
 46. "La Ley pasada en Panamá que autoriza al establecimiento de un departamento de sanidad y la adopción de un presupuesto de 50,000 para este propósito se puso en efecto en enero de 1925. La primera división que se creó fue la de Puericultura e Inspección Médica de Escuelas que empezó a funcionar el día 3 de septiembre. Durante el año se aprobó un presupuesto para la División de ingeniería Sanitaria que se organizará más tarde. En

todos los planes del Departamento el representante de la Junta ha cooperado liberalmente en carácter de consultor." La Fundación Rockefeller, junta de Sanidad Internacional, Décimosegundo Informe Anual, enero 1925—diciembre 1925, New York, 1927. En el décimo tercer informe anual de 1926 son más explícitos en señalar su influencia: "El Departamento Nacional de Salubridad de Panamá, creado en el año 1925, se convirtió en un departamento gubernamental en 1926 nombrándose como director de sanidad un oficial que anteriormente perteneció al cuerpo de consocios (fellows) de la Junta de Sanidad Internacional. La creación de este departamento ha sido el resultado lógico de las campañas contra la uncinariasis verificadas en Panamá, con la asistencia de la Junta".

47. Ralph Chester Williams: The United States Public Health Service, 1798-1950, Commissioned Officers Association of the United States Public Health Service, Washington, D. C. 1951.
48. Stanphope Bayne-Jones: The evolution of Preventive Medicine in the United States Army, 1607-1939, Department of the Army, Washington,, D. C. 1968.
49. Benjamin Lee: Do the Sanitary interest of the United States demand the annexation of Cuba? Public Health, Papers and Reports, Vol. XV American Public Health Association, Republic Press Association, Concord, NH, 1890.
50. W. C. Gorgas: Report of Vital Statistics of the City of Havana made to Brigadier General Leonard Wood, USA Military Governor, year 1901. Havana 1902; Carlos J. Finlay: Informe Sanitario y Demográfico del término municipal de La Havana correspondiente al año 1902. Departamento de Sanidad de la Havana, República de Cuba, Havana, 1903.
51. Raymond Leslie Buell: "Cuba y la enmienda Platt", Imprenta Molina y Cía., Habana, 1934.
52. Luis Machado y Ortega: "La Enmienda Platt", Imprenta Siglo XX, La Habana, 1922.
53. Juan Pérez de la Riva, Oscar Zanetti, Francisco López Segrera, Federico Chang y Carlos Toro: "La República neocolonial", Tomo I, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1975.
54. Emilio Teuma: "Dr. José A. Malberty, 1854-1927" Publicación del Consejo Científico, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1967.
55. José Antonio López del Valle: "La Nacionalización de los Servicios de Sanidad, Junta Nacional de Sanidad, Cuba, 1907.
56. César Rodríguez Expósito: "La primera Secretaría de Sanidad del Mundo se creó en Cuba", Publicación del Ministerio de Salud Pública La Habana, 1964.
57. El artículo 13 de la Convención dice:

"The Republic of Haiti, being desirous to further the development of its natural resources, agrees to undertake and execute such measure as, in the opinion of the high contracting parties, maybe necessary for the sanitation and public improvement of the Republic, under the supervision and direction of an engineer or engineers, to be appointed by the Presi-

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

64. J. Penna y A. Barbieri: "El Paludismo", El Ateneo, Buenos Aires, 1925.
65. Departamento Nacional de Higiene. "Contra el Paludismo", Talleres gráficos de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires, 1908.
66. Guía Oficial, Departamento Nacional de Higiene, Ministerio del Interior, Buenos Aires, 1913.
67. Augusto Bunge, un médico socialista, publica en los Anales del Departamento Nacional de Higiene (agosto 1904, año XI, No. 8) el informe que le encomendará el Ministerio del Interior, Joaquín V. González, con el título de "El Trabajo Industrial en Buenos Aires". La relación que tenía con el proyecto de la Ley del Trabajo se hace evidente en la introducción a la publicación del proyecto que se hace en el No. 11, Año XI de noviembre de 1904 y que se continúa en los números 12 de diciembre de 1904 y No. 3 año XII de marzo de 1905.

En 1909 Augusto Bunge en un artículo publicado en el Boletín del Departamento Nacional de Higiene (Año XVI, mayo de 1909, No. 5) utiliza el concepto de fatiga desarrollado por Mosso y expresa lo siguiente: El interés social del problema deriva, no solamente de su aspecto higiénico, sino también de su aspecto económico pues, como ha dicho Adam Smith con intuición admirable "en cualquier clase de ocupación, aquel que trabaja con moderación suficiente para poder proseguir constantemente su obra, no sólo conserva su salud más largo tiempo, sino que en el transcurso del año lleva a cabo el máximo de trabajo". En la introducción de ese mismo artículo Bunge dice que "los inconvenientes de la situación del obrero son agravados por su mala salud: contribuye a ello principalmente la tuberculosis, enormemente difundida en el mundo obrero, y más funesto aun que la tuberculosis, el alcoholismo, en el que cultiva el peor enemigo de su bienestar.

68. Alejandro del Río: "El Problema Sanitario" Conferencia dada en la Universidad de Chile el 28 de julio de 1923. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 3, No. 3, Marzo de 1924.
69. National Archives of the United States: Records of the Department of State relating to Internal Affairs of Chile, 1910-29. M487, Informe de Miller Collier al Secretario de Estado fechado Octubre 1924. 825.124 10
70. National Archives of the United States: Records of the Department of State relating to Internal Affairs of Chile, 1910-29. M487, Informe Miller Collier al Secretario de Estado del 11 febrero de 1926. 825.124 19.
71. Sergio Villalobos, Osvaldo Silva, Fernando Silva y Patricio Estelle: Historia de Chile, Editorial Universitario, Santiago, 1976.
- 71b Eduardo Cruz-Colze: "Medicina Preventiva y Medicina Dirigida" Editorial Nascimento, Santiago, 1938.

72. "Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad Pública, año 1912." Imprenta y papelería "Sucre, Guayaquil, 1913.
73. Nancy Stefan: "Beginings of Brazilian Science; Oswaldo Cruz Medical Research and Policy, Science History Publications, New York, 1976.
74. James O'Connor: "The Fiscal Crisis of the States", St. Martins, New York, 1973.
75. Roberto González Garza: "Higiene y Medicina del trabajo" Tesis, Monterrey, N. L., 1945.
76. Roberto González Garza: "Higiene y Medicina del trabajo", Tesis, Monterrey, N. L., 1945.
77. Sergio Guerra y Alberto Prieto: "Cronología del Movimiento Obrero y de las luchas por la revolución socialista en América Latina, 1850-1916", Editorial Casa de las Américas, La Habana, 1979.
78. Antonio Gramsci: "Cuaderni del Carcere", Einaudi, Editori, Torino, 1975.
79. Hobart A. Spalding, Jr.: "Organized Labor in Latin America", Harper Torchbooks, New York, 1977.
80. "Conference on Central American Affairs", Government Printing Office, Washington, D. C. 1923.
81. Augusto Bunge: "Las mutualidades y pseudo mutualidades en Buenos Aires", Anales del Departamento Nacional de Higiene de la República Argentina, Septiembre-October 1914, Vol XXI, No. 5 y noviembre-diciembre 1914, Vol. XXI, No. 6.

INDICE

La Medicina Estatal en América Latina	
1880—1930	3
Presentación	5
La Medicina en el Capitalismo	11
Surgimiento de la Medicina Estatal en América Latina	15
La Creación de Unidades Nacionales de Sanidad de 1880 a 1930	23
La Sanidad Estatal en Panamá Y los países de Centroamérica	35
La Sanidad Estatal en Países Ocupados por Estados Unidos	49
Crecimiento y Transformación de la Medicina Estatal	63
De la Sanidad Externa a la Sanidad Interna	65
La Producción de Conocimientos	75
De la Beneficencia a la Asistencia Social y a la Seguridad Social	83
Notas	91

72	"The Role of the Doctor in the Development of the Nation", <i>Journal of the American Medical Association</i> , 1912.
73	Henry Darger, "The Role of the Doctor in the Development of the Nation", <i>Journal of the American Medical Association</i> , 1912.
74	James G. Thompson, "The Role of the Doctor in the Development of the Nation", <i>Journal of the American Medical Association</i> , 1912.
75	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
76	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
77	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
78	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
79	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
80	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
81	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
82	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
83	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
84	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
85	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
86	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
87	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
88	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
89	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
90	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.
91	Roberto González, "El rol del médico en el desarrollo de la nación", <i>Revista Médica</i> , 1912.

PUBLICACIONES DE LA COLECCION SESPAS

SERIE: SALUD Y COMUNIDAD

- 1.- *"Extensión de Cobertura y Atención Primaria"*.
Autores: Rafael Borroto y María del Carmen Troncoso.
- 2.- *"Salud Comunitaria y Participación de la Comunidad"*.
Autores: Domingo Dos Gandra, Sebastián Laureiro, Jaimilson Paim Silua, Patricio Rivas Hevias y Catalina Eibenschutz.
- 3.- *"Medicina Comunitaria"*.
Autores: Aureliano Mierr, Carlos Vidal, Pierre Thomas Claudet, Catalina Eibenschutz Flory Saborio, Laura Guzmán, Miguel Martínez y Jaime Sepúlveda.
- 4.- *"Salud, Hospital y Comunidad"*.
Autores: Rodnez Coe M., Michel Foucault, Luis Weistein, Manuel Boberieth, Carlos Dávila, Alfredo Bravo, Patricio Hevias Rivas y José Roberto Ferreiras.
- 5.- *"Psicología Comunitaria en Dominicana"*.
Autores: Luisa Osorio López, Cristina Acosta Sosa y Dagoberto Tejada Ortiz.

SERIE:
SALUD Y SOCIEDAD

1. - "*Tendencias Actuales de la Salud Pública en América Latina*". Tomo I.
Autores: Asa Cristina Laurell, Eduardo Menéndez y José Carlos Escudero.
2. - "*Tendencias Actuales de la Salud Pública en América Latina*". Tomo II.
Autores: Asa Cristina Laurell, María del Carmen Troncoso, Roberto Capote Mir y José Carlos Escudero.
3. - "*La Práctica Médica en América Latina*".
Autores: Hugo Mercer y Hesio Cordeiro.
4. - "*Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud*".
Autores: Juan César García, María Isabel Rodríguez, Hugo Mercer, Luis Alberto Tercero y Jorge Cordón.
5. - "*Odontología y Ciencias Sociales*".
Autores: Miguel Rodríguez R., Jorge Izquierdo, Eugenio Vilaca Mendes y Jorge Cordón.
6. - "*Salud Mental y Desarrollo*".
Autor: Antonio de Moya.
7. - "*Epidemiología y Sociedad*".
Autor: Jaime Breilth.
8. - "*Salud, Planificación y Desarrollo*".
Autor: Clara Fassler.
9. - "*Salud y Sociedad*".
Autor: Juan César García.

**SERIE:
EDUCACION PARA LA SALUD**

- 1.- "*Educación para la Salud*". Tomo I.
Autora: Dora Cardaci.
- 2.- "*Educación para la Salud*". Tomo II.
Autores: Dora Cardaci, Hebert M. Bosch, F. Villaseñor, F. Gómez González, C. Turner y Enrique Grande.
- 3.- "*Educación para la Salud*". Tomo III.
Autores: Dora Cardaci, Samuel García Salgado y Lic. Boltanski.
- 4.- "*Educación para la Salud*". Tomo IV.
Autor: George Foster.
- 5.- "*Introducción a la Puericultura*".
Autor: Mariano Lebrón Saviñón.

**SERIE:
SALUD Y MEDICINA POPULAR**

- 1.- "*Medicina Folklórica y Atención Primaria*".
Autores: Rafael Cantizano, Daniel Guzmán, Fernando Sánchez Martínez, Luciano Castillo, Antonio Zaglul y Dagoberto Tejada Ortiz.
- 2.- "*Medicina Popular*".
Autores: Renato Castro de la Mata, Sussara Bresarni, Alejandro Crespo, Barbara Ehrenreinch, Eduardo Estrella, Fernando Semper-tegui y Alberto Vasco.
- 3.- "*Mana: Monografía de un Movimiento Mágico—Religioso*"
Autor: Dagoberto Tejada Ortiz.

SERIE:
TALLERES, SEMINARIOS, CONFERENCIAS

- 1.- *"1er. Taller Farmacéutico de Profesionales de la SESPAS"*
(División de Drogas y Farmacias de la SESPAS)
- 2.- *"1er. Taller Nacional sobre la Formación de Técnicos Medios en Salud"*
(División de Recursos Humanos en Salud de la SESPAS)
- 3.- *"Formación de Personal Auxiliar de Odontología de la SESPAS"*
(División de Salud Oral de la SESPAS)
- 4.- *"La Salud Pública en Dominicana: Un Año de Actividades (78-79)"*
(División de Recursos Humanos en Salud de la SESPAS)

SERIE:
MANUALES TECNICOS

- 1.- *"Normas y Procedimientos Técnicos de Atención en Salud para Clínicas Rurales"*.
- 2.- *"Normas Administrativas para el Funcionamiento de las Clínicas Rurales"*.
- 3.- *"Normas Generales para los Servicios de Odontología"*.

SERIE:
TALLERES, SEMINARIOS, CONFERENCIAS

1.- "1er. Taller Formación de Profesores de la SESPAS"
(División de Drogas y Farmacias de la SESPAS)

ESTE LIBRO ES PROPIEDAD DEL SIB-UCE

SU VENTA ES PENADA POR LA LEY

2.- "1er. Taller Nacional sobre la Formación de Técnicos Medios en Salud".

(División de Recursos Humanos en Salud de la SESPAS)

3.- "Formación de Personal Auxiliar de Odontología de la SESPAS"
(División de Salud Oral de la SESPAS)

4.- "La Salud Pública en Dominicana: Un Año de Actividades (78-79)"
(División de Recursos Humanos en Salud de la SESPAS)

SERIE:
MANUALES TÉCNICOS

1.- "Normas y Procedimientos Técnicos de Atención en Salud para Clínicas Rurales".

2.- "Normas Administrativas para el Funcionamiento de las Clínicas Rurales".

3.- "Normas Generales para los Servicios de Odontología".

FUNDADA EN 1620
QUITO



SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA
SESPAS



SECRETARIA DE ESTADO
DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIVISION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

COLECCION SESPAS