



EL COLEGIO DE MÉXICO A.C.

CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

**SANIDAD, MODERNIDAD Y DESARROLLO
EN LOS PUERTOS DEL ALTO CARIBE,
1870-1915.**

**TESIS PRESENTADA POR:
JOSE AGUSTIN RONZÓN LEÓN
EN CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS
ESTABLECIDOS PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR EN HISTORIA**



MÉXICO, D.F. MARZO DEL 2000

Para:

María Luisa.

**Por demostrarnos su
valor y ganas de
vivir.**

AGRADECIMIENTOS

Son varias las personas y las instituciones a quienes les adeudo el concluir este trabajo. Debo comenzar por casa, con El Colegio de México, que me otorgó el financiamiento para cursar el Doctorado, cuidar que tuviese las condiciones para dedicarme de tiempo completo a mi trabajo y respaldarme en los viajes de investigación. La Universidad de Texas me distinguió con la beca C.B. Smith Sr. y realicé una estancia fructífera en su fabulosa biblioteca "Nettie Lee Benson". La Universidad de Tulane me abrió sus puertas para consultar parte de los acervos como la Luisiana Collection, la Special Collection y la Latin America Library. La Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, me ha permitido sacar tiempo de mis labores docentes para concluir este trabajo.

Estoy en eterna gratitud con Romana Falcón, Directora de Tesis, por orientar, leer y discutir mis ideas e incursión en la Historia Latinoamericana. Su buen ánimo y calidez me brindaron la confianza para desarrollar mis planteamientos en un ambiente de respeto y rigor académico. La lectura puntual e inteligente y su apoyo incondicional fueron decisivos en la realización final.

La Tesis contiene muchas de las enseñanzas de mis profesores en el Centro de Estudios Históricos. Debo mencionar a Carlos Marichal, Andrés Lira, Javier Garciadiego, Elías Trabulse, Moisés González Navarro y Josefina Vázquez. Quiero expresar mi agradecimiento a Anne Staples por la buena disposición que la caracteriza hacia los estudiantes y por dejar abierta la puerta de su oficina para recibirnos cuantas veces lo necesitemos. A Pilar Gonzalbo Aizpuru le agradezco su diligencia y buena administración para allanar el camino, así como el constante respaldo académico, institucional y personal con el que siempre me ha distinguido en momentos decisivos de mi trayectoria dentro de El Colegio de México. A Virginia González Claverán le agradezco los múltiples consejos y comentarios tanto a mi proyecto como a mis primeros avances.

Una mención especial merece Carmen Blázquez Domínguez, de quien he recibido innumerables enseñanzas, pero sobre todo por su confianza en mi trabajo.

En mi recorrido he tenido la suerte de contar con lectores y comentaristas acuciosos y bien informados que han enriquecido mis ideas. De ellos quisiera mencionar a mis compañeros del Seminario Permanente de la AMEC que realiza su sesión mes a mes en el Instituto Mora. Juan Manuel de la Serna y Laura Muñoz han compartido conmigo sus conocimientos como experimentados caribeñistas que son.

A Johanna Von Grafestein le agradezco su acertiva lectura y las múltiples sugerencias. Carlos Contreras Cruz fue desprendido en ideas y consejos para mi tema de trabajo.

Para mi fortuna cuento con mis amigos y colegas invaluablees como Silvia Loggia, Ramona Isabel Pérez Bertruy, María Aparecida de Souza López, Mabel Rodríguez, Laura Nater, Jorge Lizardi, Irma Guadalupe Cruz Soto, Alicia Salmerón y Ma. del Socorro Herrera. Juntos logramos hacer agradables las largas jornadas de trabajo. Con María Aparecida he tenido la oportunidad de discutir muchos de mis planteamientos y gran parte de esas discusiones están presentes en esta tesis. A Silvia Loggia le debo su generosidad para auxiliarme en la elaboración de cuadros, gráficas y estadísticas. A Lina Cruz su amistad, cariño y las largas conversaciones que con frecuencia tenemos.

En tierra veracruzana mantengo mis amigos a toda prueba. Ellos sin tener vela en este entierro, alumbraron mi camino en distintos momentos. Paula Montesinos escuchó pacientemente mis avances y retrasos en el andar de esta Tesis. María del Carmen Rebolledo siempre dispuesta a colaborar atendió a mis solicitudes de ayuda. A María del Carmen Nava Pardo una vez más le debo su gentileza, buena disposición, confianza y cariño.

Durante mi estancia en Austin, recuerdo con gratitud a Raúl Guadalupe y Alma Fuentes, con quienes compartí esa fase de la investigación. Con su amabilidad hicieron fácil lo que se veía difícil en mis horas de trabajo en la biblioteca Benson. En otras latitudes norteamericanas, Nueva Orleans, Guillermo Nuñez Falcón confió en mi y se encargó de que mi permanencia fuera productiva y agradable.

Dentro de la UAM-Azcapotzalco, he encontrado muestras de solidaridad y ánimo para alcanzar la meta. Quisiera agradecer a mis compañeros del grupo de investigación de historia e historiografía: Saúl Jerónimo, María Luna, Alvaro Vázquez, Martha Ortega, Silvia Pappé, Julieta Espinoza, Begoña Arteta, Carmen Valdés y Javier Rico, por el buen ambiente laboral que hemos logrado.

Finalmente, mi familia significa respaldo, cariño y solidaridad. Mis padres, por sus enseñanzas, mis hermanos porque siempre están y mis sobrinos por los momentos de amor que nos brindan. Esta Tesis está dedicada a mi hermana María Luisa, por la lección de vida que nos ha dado.

INDICE

	Página
Introducción	I
La región caribeña como espacio de estudio.	III
La temporalidad.	XV
Los presupuestos de trabajo.	XIX
Nuevas formas de estudiar el tema.	XXIV
Las fuentes	XXVII.

PRIMERA PARTE

Capítulo I	El escenario económico caribeño en la segunda mitad del siglo XIX.	1
	I) Capitales e inversiones.	2
	II) La composición de la producción regional.	20
	III) Las rutas mercantiles.	28
	IV) Mercados y plazas mercantiles.	37
Capítulo II	Las epidemias en los puertos de Alto Caribe.	52
	I) Los peligros veraniegos: el clima y las Temperaturas.	52
	II) El panorama epidémico: Las enfermedades y su desarrollo en la región caribeña.	58
	III) El cólera: siempre presente en los puertos del Caribe.	59
	IV) El paludismo (malaria) y el tifo: habitantes "distinguidos" del Caribe.	66
	V) La viruela: una amenaza constantes.	68
	VI) De ratas, pulgas y piojos: La peste bubónica complemento del cuadro epidémico.	73
	VII) La fiebre amarilla: el principal enemigo.	75
	VIII) Mortalidad en el Alto Caribe.	94
Capítulo III	La reacción social ante el panorama epidémico.	113
	I) Inconformidad social ante el problema de insalubridad.	115
	II) Medicamentos, remedios y "pocimas mágicas": La publicidad como expresión del problema sanitario.	127

III) Las representaciones de la cultura popular.	133
--	-----

SEGUNDA PARTE

Capítulo IV	La revolución científica del siglo XIX.	138
	I) La ciencia médica en el siglo XIX: la experiencia caribeña.	138
	II) De la ciencia a la política diplomática.	154
	III) Salubridad marítima y las cuarentenas.	186
	IV) Sanidad y legislación.	196
	V) Los puertos y fronteras como puntos prioritarios de la legislación.	205
Capítulo V	De miedos y paranoias.	214
Capítulo VI		
	I) La recepción del proyecto sanitario.	250
	II) De las protestas a la resistencia.	259
	III) Las respuestas sociales.	280
Conclusiones.		288
Siglas y Referencias.		296

INTRODUCCIÓN

La región formada por los puertos de Veracruz, la Habana y Nueva Orleáns constituyó el escenario al cual llegaron, desarrollaron y difundieron diferentes enfermedades infecto-contagiosas que fueron denominadas tropicales por la facilidad de propagación que el hábitat proporcionaba.¹ Enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la malaria, el paludismo, el sarampión, la peste bubónica y la viruela permanecieron en esta región de manera epidémica y endémica a lo largo de la época colonial y el siglo XIX. La aparición de estas enfermedades se debía en buena medida a las condiciones naturales (como el clima y la geografía) que subsistían en estos puertos, pero también a la falta de higiene, saneamiento y control marítimo.

A lo largo del virreinato y durante la primera mitad del siglo XIX la condición epidémica constituyó una preocupación constante tanto para los sectores políticos como para los comerciantes que allí realizaban sus transacciones. La segunda mitad del siglo XIX marcó un momento de cambio en este problema determinado principalmente por la consolidación

¹Cabe señalar que durante el siglo XIX, con el concepto de "enfermedad tropical" se le designaba a los padecimientos cuya característica fundamental fuera el contagio y no importaba si su desarrollo se daba en otros climas como el templado, frío o subtropical. Laín, 1997, pp.

de nuevas centros mercantiles, rutas de navegación, circulación de capitales y producción y abasto de efectos que encontraban demanda en el desarrollo del capitalismo mundial. El cambio se manifestó en el hecho que se intentó conformar un proyecto sanitario que buscara el saneamiento regional y que permitiera el libre desarrollo del capital.

El propósito de esta investigación consiste en estudiar el proyecto sanitario estructurado e impulsado en los puertos de la región del Alto Caribe como política de carácter internacional.² Lo anterior enmarcado en el proceso de auge mercantil y la redefinición de redes de mercado e inversiones de capital que tuvo lugar en el periodo que va de 1870 a 1915, que involucró la acción diplomática y política exterior de tres países: México, Cuba y los Estados Unidos.

Un estudio como éste plantea varios aspectos que se sitúan en distintos niveles de análisis, como el contexto sanitario que prevalecía: la insalubridad, la presencia de la enfermedad y las manifestaciones de la cultura ante la misma; los proyectos de saneamiento tanto de carácter popular como científico; la instrumentación legislativa dictada en torno a la salubridad; así como la administración de estos proyectos que en conjunto revelan el carácter urbanista de la propuesta

643 y ss. Información proporcionada por el Dr. José Genina, México, D.F. julio de 1999.

²Entiendo como la región del Alto Caribe, la zona integrada por la costa de El Golfo de México, el poniente de Cuba y el sureste de los Estados Unidos. En el apartado "La región caribeña como espacio de estudio" se explicará el porqué de la nominación.

sanitaria en cuestión. También se verá cuáles fueron las percepciones de las iniciativas de saneamiento y cómo se manifestó la aceptación o rechazo del modelo sanitario por parte de algunos sectores de la sociedad.

La región caribeña como espacio de estudio.

El espacio geográfico del que se ocupa esta investigación se localiza en la región del Alto Caribe, la cual resulta una zona compleja por la serie de elementos que intervienen en su conformación. Sin embargo, para efecto de esta tesis se optó por definirla como un espacio en donde confluyen diversos factores que la hacen un espacio de acción más o menos homogéneo en el que se comparten características interrelacionadas de diverso tipo -ya sean culturales, económicas o políticas-.³ El desarrollo histórico de la región permite señalar un proceso interno que la ha definido de manera diferente al resto de las regiones de la América Latina, en donde si bien existen puntos de contacto, también es factible observar particularidades. [Ver mapa número 1]

La discusión de la región caribeña es un tema recurrente para quien se aproxima al análisis de los procesos que en ella tienen lugar, debido fundamentalmente al hecho que si bien existen elementos culturales similares que van y vienen

³ Sobre el concepto de región existe un amplio debate historiográfico. En este caso se optó por la postura de Eric Van Young expuesta en su trabajo "Haciendo historia regional: consideraciones metodológicas y teóricas". Van Young, 1991, p. 107.

MAPA NUMERO 1



FUENTE: Ashdown, 1979, p.1

de un punto a otro dentro de este espacio, al momento de abordarla como región invariablemente resaltan las particularidades de los puertos que la conforman. Sin embargo, son precisamente los vínculos regionales los que la definen como una región que debe ser analizada en conjunto.

En relación a la formación de la cultura latinoamericana Charles Wagley señala que son diferentes elementos que van desde el lenguaje, los modismos y los usos y costumbres los que la definen como tal y en todo caso tiene que tomarse en cuenta la tradición indígena americana, la africana y la europea, las cuales dan lugar a valores, actitudes y patrones de conducta propios de una región.⁴

Como señala Pedro Pérez Herrero en su introducción al trabajo *Región e historia en México (1700-1850)*, el estudio y la necesidad de definir espacios o regiones es un problema metodológico que rebasa los límites de las modas o preocupaciones temporales. Intentar definir una región conduce a la reflexión en torno a los espacios en la que surgen, se desarrollan y trascienden procesos histórico-sociales definidos por su propia acción y no por fronteras geográficas o políticas.

Intentar definir una región conlleva a una serie de planteamientos y consideraciones de orden teórico-

⁴Wagley, 1968, pp. 35-39.

metodológico hasta la delimitación de marcos conceptuales.⁵ No es objetivo de esta tesis profundizar en estos aspectos, sin embargo, es necesario atender a algunas cuestiones que ayudarán a entender la elección y delimitación de la región de estudio de este trabajo. En principio se considera región al espacio o ámbito en el que se desarrollan actividades cotidianas de orden político, económico y social. Los espacios son definidos por la actividad, apropiación y transformación que la sociedad realiza en ellos.

En el caso específico del Caribe se ha constituido una tradición historiográfica cuyo cometido es desentrañar, analizar, entender y explicar los diversos procesos que a lo largo de su historia han definido al Caribe como una región singular con dinámicas propias. La historiografía caribeña ha llevado a establecer que:

El Caribe, en sus diversas acepciones como región y sus diferentes etapas de desarrollo ha sido estudiado por las disciplinas variadas y desde perspectivas divergentes: con la visión de las antiguas metrópolis, pero también desde el punto de vista de las naciones creadas en la zona. Una de las facetas de mayor relevancia de este espacio marítimo fue su enorme potencial como faja de defensa estratégica de los imperios coloniales, pero también como área comercial vinculada al mundo Atlántico, donde ocupó durante centurias un papel importante.⁶

⁵Bastaría señalar que la discusión en torno a "la región" como categoría de análisis ha conducido a debates que van desde definirla como espacio en donde se definen paisajes culturales hasta determinarla a partir de su geografía (económica, política y social). Una revisión completa en torno al problema es posible localizar en Hoffmann y Salmeron, 1997, p. 13 y ss.

⁶Grafenstein, 1997, p. 13.

Los límites espaciales sobre los que se circunscribe esta investigación están determinados por el proceso salud-enfermedad, es decir, es la enfermedad, así como sus recorridos y repercusiones, los que determinan el espacio sobre el que se reflexiona. Aunque es necesario precisar que también las acciones políticas, médicas y sociales generadas en estos procesos constituyen puntos determinantes en los límites espaciales. Dentro de este planteamiento el ámbito, de trabajo que se privilegiará es el aspecto de la negociación cotidiana. Esta última entendida como políticas, discursos, mitos, representaciones, imaginarios, recepciones, resistencias, protestas, etc.

Partiendo de lo anterior es pertinente detenerse y hacer varias precisiones. Si bien estas consideraciones fácilmente podrían aplicarse al Caribe en general, ámbito conocido o denominado por algunos caribeños como "el Gran Caribe", "Caribe ampliado", "Golfo-Caribe" o "Circuncaribe"⁷, conforme fue transcurriendo la investigación se hizo necesario determinar ciertas diferencias o particularidades en esta gran región hasta llegar al punto que fue oportuno establecer una división conceptual (entendida ésta como herramienta de análisis que posibilita la aprehensión del objeto de estudio) entre un Caribe bajo (que comprende el Caribe geográficamente

⁷Grafenstein, 1997, pp. 14 y ss. Pérez Herrero, 1992. Souto Mantecón, 1996.

aceptado: el área antillana, las costas venezolanas y colombianas, así como las centroamericanas) y un Caribe alto (que contiene las costas del Golfo de México, el poniente de Cuba y el sureste de los Estados Unidos).

La complejidad del proceso llevó a circunscribirse al segundo espacio que se denominó Alto Caribe y a tomar tres puntos de trabajo: los puertos de La Habana, Nueva Orleáns y Veracruz. Aún cuando se atendieron algunos aspectos de otros puertos como Tampico, Campeche, Progreso e incluso Galveston y Santiago de Cuba, la investigación se centró en los tres antes señalados. El criterio fue el amplio contacto y movimiento marítimo que se dio entre estos puertos y el interés geopolítico que esta región tuvo en la segunda mitad del siglo XIX. Valdría la pena señalar que no es que los puertos se consideren homogéneos, sino que justamente por sus diferencias resultaban ser adecuados para entender y explicar las contradicciones, tensiones, similitudes, vinculaciones, continuidades y discontinuidades de una región.⁸

Desde los primeros años de la época colonial en la región del Alto Caribe se entablaron contactos comerciales, políticos, sociales y culturales que crearon en la zona una práctica singular. La cuenca del Golfo de México y la península de Yucatán establecieron intercambios con el resto del Caribe, sobre todo con Cuba y la costa este de los

⁸Veracruz y la Habana como puertos de mar y Nueva Orleáns como puerto ribereño.

Estados Unidos, con quienes, quizá por su cercanía, mantuvieron una relación muy estrecha.⁹

El elemento cultural es probablemente el que mejor ilustre la composición de la región, pues en este espacio se originó un intercambio permanente de elementos socio-culturales que transitaban libremente sin importar fronteras políticas o geográficas. Los movimientos de población se convirtieron en medios difusores de vínculos entre los distintos puntos de la gran región que al paso del tiempo se entremezclaban, dando origen a nuevos elementos o variantes de los ya existentes. En conjunto, estas vinculaciones dieron cuenta de un proceso histórico regional que permite hablar de la historia del Caribe como una entidad definida por su propio acontecer.

La segunda mitad del siglo XIX constituye un parteaguas en la historia de la región caribeña. La convivencia entre México, Cuba y los Estados Unidos experimentó un cambio determinado principalmente por la consolidación de los Estados Unidos como potencia política y económica, pero además por los propios procesos internos tanto de México como de la isla de Cuba. Con ello se crearon una serie de intereses en la zona que se manifestaron, entre otras cosas,

⁹Dentro del debate por definir la región del Caribe como un espacio geográfico y económico, mucho se ha escrito y avanzado. Quizá entre los pasos más firmes estén los dados por Antonio García de León quien ha apuntado elementos -relacionados principalmente con la cultura- que ayudan a entender el proceso histórico por el que esta macroregión ha transitado. García de León, 1990.

en la redefinición de las nuevas líneas comerciales y la creación de centros mercantiles y de consumo que imprimieron un desarrollo diferente al experimentado hasta esos momentos. Igualmente importantes fueron los grandes cambios como la guerra de los diez años en Cuba (1868-1878), la independencia de Cuba y Puerto Rico (1898) y la construcción del canal de Panamá (1904), el cual fue el corolario de la política expansionista norteamericana y el punto que cerró el círculo de control estratégico de los Estados Unidos.

México, que antes de la llegada al poder del caudillo de Tuxtepec, Porfirio Díaz, encontró sus mercados principalmente en Inglaterra, Alemania, España y Francia, a partir de 1877 se incorporó a los mercados norteamericanos.¹⁰ El desarrollo industrial de la unión americana en la segunda mitad del siglo XIX la convirtió en el eje principal de varias redes mercantiles del continente americano y a México y Cuba en dos de sus principales abastecedores.¹¹

El comercio cubano también cambió sus rutas, que principalmente se dirigían a Europa, por nuevas vías enfiladas hacia el norte, hecho que convirtió a la isla en el surtidor número uno de azúcar y tabaco de los Estados Unidos.¹² En tanto, en el mercado mexicano-norteamericano, los

¹⁰Miño Grijalva, 1981, pp. 27-28.

¹¹González Ortiz y Zermeño Padilla, t. II, p. 29.

¹²De acuerdo con un informe de la legación mexicana en Cuba en 1902, el principal consumidor de la producción azucarera cubana era Estados Unidos con casi el 80 % del consumo de la producción, seguido por Inglaterra,

estadounidenses se constituyeron en los surtidores de bienes de consumo con sus envíos de productos minerales y vegetales, papel, productos químicos, telas, etc., mientras que recibieron la mayoría de las exportaciones mexicanas de metales preciosos, henequén, café, cuero, pieles y ganado.¹³

Pese al auge económico, la zona caribeña enfrentó los mismos problemas que antes la asolaban. Las enfermedades y las epidemias como la viruela, el cólera, el sarampión, la peste bubónica, pero sobre todo la fiebre amarilla y la malaria¹⁴ continuaron representando un serio problema. En el transcurso del siglo XIX, la fiebre amarilla se había constituido en un verdadero azote para los principales puertos del Caribe y causante de elevados índices de mortalidad. Nueva Orleáns, La Habana, Progreso, Campeche, Veracruz y Tampico fueron los más afectados. A lo largo de la centuria decimonónica la mortalidad en Cuba a causa de enfermedades de carácter tropical se colocó como uno de los más altos a nivel mundial. En el caso de las costas del sureste de los Estados Unidos y el Golfo de México el índice no fue tan alto como el cubano, sin embargo, las epidemias registradas se caracterizaron por su elevado margen de letalidad y morbilidad. Todo esto llevó a la región caribeña

Alemania y Francia. AHSRE, exp. 42-2-41. Informe de relaciones comerciales de Cuba.

¹³Miño Grijalva, 1981, p. 29.

¹⁴Cabe señalar que durante el siglo XIX se establecía diferencias entre paludismo y malaria. De allí que en algunos informes médicos se nombren como enfermedades distintas.

a ser considerada como de suma peligrosidad, lo cual resultaba un obstáculo para el desarrollo comercial de la zona.

Los nuevos intereses y el afán mostrado por los grupos mercantiles regionales favorecieron el inicio de una lucha conjunta para combatir las enfermedades que asolaban a la región, cuyos países fomentaron una serie de investigaciones que ayudaron a crear métodos para su erradicación definitiva.

En este contexto surgió una nueva concepción de salud, influenciada por la consolidación de ideas científicas, importadas principalmente de Europa. El positivismo fue adoptado como método en la estructuración de un esquema sanitario que respondiera a las exigencias de la "modernidad" y "progreso". En la segunda mitad del siglo XIX, la ciencia médica experimentó una ruptura de viejos paradigmas, para dar lugar a otras investigaciones y experimentaciones, que a su vez dieron origen a otros paradigmas. El paso fundamental estuvo en el hecho de buscar no sólo métodos curativos, sino preventivos. A partir de este momento la medicina se abrió a la investigación de sistemas diferentes que ayudaran en la lucha contra las enfermedades. La medicina tropical surgió como una especialización abocada al estudio de las enfermedades que se desarrollaban en estos climas. La región caribeña se convirtió en el laboratorio de las investigaciones de esta rama de la medicina, con la cual se

inició una serie de avances que años más tarde tendrían amplia repercusión en la ciencia médica.

Para efectos de esta investigación uno de los ejes principales, que define a la región del Alto Caribe es su carácter de zona pandémica. Históricamente ha sido un espacio geográfico en donde se registraron enfermedades y epidemias comunes, que se presentaban de manera endémica, como la viruela, la tifo, el cólera y la fiebre amarilla. Esta última constituye el mejor ejemplo de la articulación de la región a través de la enfermedad, pues la fiebre amarilla se presentó como una epidemia de alto riesgo en las últimas décadas del siglo XIX, y los esfuerzos de la zona se dirigieron principalmente a su erradicación.¹⁵ Un hecho que lleva a considerar a la fiebre amarilla como tópico en esta tesis es que los congresos y convenciones sanitarias que se celebraron durante este período -tanto en Europa como en América- tuvieron como punto central de discusión la manera de erradicar y prevenir esta enfermedad de las costas caribeñas.

Las exigencias del momento y los planteamientos médicos ofrecidos por la ciencia dieron lugar a una legislación sanitaria que se manifestó a través de bandos, decretos, códigos y tratados de sanidad tanto terrestres como marítimas. Es decir, en el proyecto de saneamiento se sumó al

¹⁵Esto no quiere decir que fuera la única enfermedad, ni que esta investigación sólo tomó a la fiebre amarilla como eje determinante, sino como el punto principal, sin descuidar a otras enfermedades que igualmente asolaron la zona.

grupo de médicos una nueva figura que se encargó de instrumentar las propuestas de la ciencia médica: la de los políticos. Este grupo tomó entre sus manos la tarea de elaborar una legislación que contemplara los planteamientos científicos que se encontraban en el terreno de discusión. Dichas propuestas, plasmadas en la legislación, debieron ser puestas en marcha. Para ello, un grupo más apareció en escena: los ingenieros, quienes se encargaron del empleo de las propuestas de saneamiento. Ellos tuvieron en sus manos la planeación no sólo del espacio material sino la materialización del proyecto sanitario en conjunto. A través de las obras emprendidas trataron de normar la vida diaria de la sociedad, pues, además de plasmar en ellas los ideales de "modernidad" y "progreso", intentaron que éstas imprimieran un nuevo dinamismo a la vida cotidiana.

Los profesores participaban en el proyecto sanitario a través de la difusión de los métodos higienistas. En la segunda mitad del siglo XIX, se discutió con insistencia la manera en que los preceptos higiénicos y sanitarios fueran incorporados en los métodos educativos.

En conjunto los médicos, abogados e ingenieros constituyeron el grupo de urbanistas del siglo XIX. Ellos fueron los creadores y ejecutantes de un proyecto que buscaba un nuevo estilo de vida normado por los preceptos higiénicos del momento, cuyo fin era la modernidad vinculada y en

concordancia con el desarrollo del capitalismo.¹⁶ Los urbanistas articularon un discurso médico-político que buscaba el saneamiento regional cobijado en la necesidad de impulsar "la modernidad" decimonónica.

La situación epidémica y el proyecto sanitario generaron diversas reacciones sociales que se tradujeron en imaginarios, representaciones, mitologías, tensiones, resistencias y protestas.¹⁷ Ello habla de una participación social amplia y activa, ya fuera a través de la recepción, asimilación y aceptación del discurso y del proyecto o mediante manifestaciones de inconformidad y resistencia.

Los imaginarios generados a partir del proceso salud-enfermedad se expresaron de diferentes maneras que fueron desde el humor (como la caricatura) hasta las protestas e inconformidades por la falta de sanidad. El objeto de esta investigación es tratar de abordar estas cotidianidades que conformaron una identidad regional frente a la enfermedad, toda vez que iluminan algunas facetas de las complejas redes sociales establecidas a partir de esta problemática.¹⁸

La política y discursos que dieron forma al proyecto sanitario encontraron una contraparte en el ámbito social, de

¹⁶Cabe señalar que las zonas rurales significaron un problema distinto al de las urbanas. Si bien el proyecto sanitario comprendía acciones para ellas, la problemática de las mismas resultaba diferente a la de los puertos-ciudades a las que se refiere esta investigación.

¹⁷En conjunto, estas categorías conforman el cuerpo conceptual que permitió el análisis de esta investigación. En el transcurso de trabajo se intentan definir y establecer la utilización de los mismos.

aquí que esta tesis también se proponga analizar las tensiones, desacuerdos, contrapropuestas y resistencias generadas a partir de la recepción (diferenciada) del proyecto sanitario.

La temporalidad.

El arco histórico que comprende esta investigación va de 1870 a 1915 debido a que es un período de consolidación de ideas y proyectos en torno al saneamiento que se plasmaron en acciones concretas; mismas que son posibles de observar en las políticas sanitarias que se impulsaron en la región del Alto Caribe.

La razón de iniciar en la década de los setenta está en función del hecho de que la primera mitad del siglo XIX es un período de debate y experimentación de nuevas propuestas higiénicas, que si bien tienen su origen en la segunda mitad del siglo XVIII, no es sino hasta la séptima década de la centuria decimonónica en que inician su articulación y aplicación. En este contexto, la ciencia en general experimentó importantes avances y la medicina en particular culminó una nueva concepción que se concretizó en la medicina preventiva y dentro de ésta las investigaciones de Luis Pasteur sobre la higiene comenzaron a ser empleadas en las terapias médicas.

¹⁸Como identidad se entienden las concepciones, comportamientos y

Por otra parte, durante el mismo período los países involucrados en este proceso experimentaron cambios internos importantes que marcaron las rutas que seguirían en años posteriores. En los Estados Unidos acababa de terminar la guerra de secesión, la cual en el terreno económico marcó un camino a seguir, caracterizado fundamentalmente por el triunfo de los estados norteros sobre los sureños. Valdría la pena señalar que la guerra tuvo varias facetas y, si bien fue determinante para consolidar la nación norteamericana, también estableció el control por parte del gobierno federal radicado en la región norte. De allí que los estados del sur, además de pagar los costos propios de la guerra (que se manifestaron en la destrucción de sus vías de comunicación y sus campos de cultivos) sufrieron el desmantelamiento de su oligarquía que los condujo a un proceso de subordinación a los grupos de poder del norte.

México ingresaba a una etapa de su historia determinada por el ascenso al poder del grupo encabezado por Porfirio Díaz que buscaba el desarrollo económico del país en buena medida a través del comercio exterior. Cuba también dio cuenta de movimientos y procesos internos que favorecían la política sanitaria internacional de la región.

Dentro del proceso conjunto, un hecho que resulta relevante es la consolidación económica regional y

concretamente la de Estados Unidos que se colocó como una de las potencias más importantes del orbe. En la región caribeña, el país del norte se constituyó en el principal mercado del área y elemento regulador de la mayoría de las acciones mercantiles que allí se desarrollaron. Algunos de los empresarios-comerciantes, cuyos intereses se encontraban fincados en la zona, se establecieron en las costas del este de los Estados Unidos y sus rutas comerciales cruzaban las aguas caribeñas.¹⁹

Este proceso en el que se articula tanto lo económico y político con lo científico, se prolonga por cuatro décadas en las que, por un lado, la economía regional se consolidó y, por el otro, la ciencia médica modificó y amplió sus conceptos sanitarios. Sin embargo, la primera guerra mundial se presentó como un obstáculo que imprimió un cambio a la ciencia médica y las relaciones caribeñas. El año de 1915 se tomó como el límite de esta investigación, pues a partir de entonces, aunque las epidemias continuaron afectando el área, las políticas internacionales tomaron otra dinámica, determinada por las nuevas condiciones mundiales de guerra y posguerra.²⁰

¹⁹Conforme a un informe periódístico, las exportaciones mexicanas hacia los Estados Unidos fueron en constante aumento. El Economista Mexicano, tomo XVI, núm. 5, 2 de septiembre de 1893.

²⁰Para el caso mexicano, el movimiento revolucionario de 1910 significó también un replanteamiento del proyecto sanitario y un desajuste en el terreno ganado en el saneamiento. Incluso enfermedades consideradas como erradicadas como el cólera volvieron a aparecer en territorio mexicano.

Cabe señalar que la temporalidad no corresponde necesariamente a determinados acontecimientos, en tanto que resulta improcedente circunscribirse por ejemplo a la legislación o la realización de los congresos o convenciones sanitarias. Se optó por transitar un periodo largo en el que se pudiese analizar y manejar los elementos y categorías utilizadas en la investigación, pues los imaginarios y representaciones se manifiestan y se definen en ritmos diferentes a los hechos y procesos que les dieron origen. De allí el porqué de manejarse en una temporalidad que va a *grosso modo* de la década de los setenta a la primera guerra mundial.

Los presupuestos de trabajo.

Lo anterior lleva a plantear una serie de hipótesis que guiaron la presente tesis. En la primera de ellas se estableció que, debido a la conjugación de varios aspectos como el desarrollo científico -concretamente en el campo de la medicina-, el interés geopolítico y el impulso mercantil experimentado en el Alto Caribe, en la región se vio favorecido el contexto sobre el cual se articuló una propuesta de saneamiento y desarrollo político-económico. Por ello, los países de la región impulsaron políticas comunes y de apoyo en materia sanitaria. Los principales puertos

enfrentaban problemas de insalubridad similares y en ellos las epidemias habían encontrado su sitio ideal para proliferar; incluso es posible señalar que entre éstos se estableció una vía de contagio significativa que afectaba a la zona caribeña en general.

La segunda hipótesis señala al Alto Caribe como un espacio geográfico definido históricamente por una serie de relaciones entre las que figuraron las enfermedades, las cuales constituyen en sí mismas un ejemplo de los vínculos que unen al Alto Caribe de manera diferente al resto de las regiones en el continente americano y que la hacen una área pandémica en la que las enfermedades de carácter tropical se desarrollan y difunden de forma rápida y mortal. Existen enfermedades que proliferan en las aguas caribeñas y que en el pasado registraron altos índices de mortalidad tales como la fiebre amarilla, la malaria, la viruela, el cólera, el tifo, entre otras, que tuvieron un fuerte impacto político, económico y social.

Esta situación condujo a que en el área se impulsara una política sanitaria de carácter internacional que articuló la política exterior hacia el combate de las enfermedades tropicales. El comercio se vio afectado por la presencia de estas enfermedades que obstaculizaban el flujo mercantil, mismas que ocasionaban serios trastornos a la población

afectada, pues la vida cotidiana en los puertos se veía trastocada y en ocasiones giraba en torno a las epidemias.²¹

La condición de pandemidad, los intereses generados y la difusión que el Estado le dio, generó una reacción social que se manifestó en las imágenes y las representaciones que se generaron a partir de las enfermedades que normalmente permanecieron en la región. Incluso es posible hablar de una mitología -entendida ésta como lo apunta Roland Barthes- que creaba diversos discursos, versiones, opiniones y manifestaciones sociales.²²

Un tercer eje de trabajo o hipótesis advirtió que a la par de la consolidación del liberalismo, se modificó la concepción oficial y formal que prevalecía acerca de la salud, a la vez que se fue rompiendo con las viejas tradiciones coloniales. Las nuevas escuelas y discursos adoptaron la influencia europea y el positivismo otorgó mayor importancia a la medicina de carácter científico. Las investigaciones y descubrimientos del cubano Carlos Finlay ocasionaron el surgimiento de una nueva rama de la medicina especializada en las enfermedades desarrolladas en climas cálidos. Apareció la medicina tropical que tuvo en el Alto Caribe su principal espacio de experimentación.

²¹Un buen ejemplo de ello se observa en la prensa de la época, en la cual los encabezados se abocaban a anunciar la presencia, desarrollo y erradicación de las enfermedades. De igual manera, los espacios destinados normalmente a la difusión de modas, eventos sociales y espectáculos eran utilizados para informar sobre farmacias, boticas, droguerías y medicamentos.

En este mismo orden de ideas, es posible señalar que en la segunda mitad del siglo XIX la medicina experimentó una revolución que ocasionó un reajuste de la disciplina. La especialización fue una característica de la ciencia médica, los conceptos de "prevención" e "higiene" importados de Europa fueron incorporados de manera sistemática a la medicina en América. Los médicos americanos creyeron encontrar en estos conceptos la panacea a los problemas sanitarios. La medicina se convirtió en una medicina de Estado; es decir, buena parte de la práctica médica fue planeada, difundida y controlada para el servicio del Estado.

De lo anterior se desprendió la cuarta hipótesis que condujo a señalar que los congresos y convenciones sanitarias fueron los foros en donde se discutieron las formas de prevenir las enfermedades y los logros y avances científicos que ayudaron a erradicarlas de la región caribeña. De estos foros surgió una legislación común que, además de buscar el control epidémico en las áreas urbanas, tuvo como finalidad establecer reglas en la circulación marítima. Códigos, reglamentos, decretos y circulares fueron elaborados, sancionados y difundidos de manera paralela en las costas de los tres países. También, fueron firmados tratados de navegación y de sanidad y cuarentenas que controlaran el contacto marítimo, con la finalidad de evitar la propagación

²²Barthes, 1999, p. 7 y ss.

de enfermedades que impidieran el desarrollo regional, es decir, el proyecto sanitario mantuvo un interés geopolítico manifiesto y expresado en una normatividad.²³

De estos acuerdos surgieron campañas sanitarias que tuvieron como objetivo prevenir y erradicar las pandemias de la región caribeña. La más famosa de éstas fue "La defensa contra la fiebre amarilla" de 1904. La intención de las campañas era informar e instruir a la población sobre estas enfermedades, así como las causas y condiciones que facilitaban su propagación y el modo de transmisión. También se daban a conocer los estudios que se estaban realizando sobre ellas y las medidas necesarias para su prevención y erradicación. Las campañas comprendían un plan de saneamiento que iniciaba con una serie de visitas por parte de los agentes sanitarios a los barrios de las ciudades, para más tarde contratar personal que se dedicara a instrumentar cruzadas de sanidad que buscaban la limpieza e higiene urbana necesaria para preservar la salud de la población.

En conjunto, la medicina y la política diplomática regional definieron un discurso médico-político que intentó moldear comportamientos comerciales, políticos, diplomáticos y sociales a través de la reglamentación -entre otras cosas- de parámetros de conducta.²⁴ A partir de este planteamiento se

²³Laura Muñoz realizó una tesis doctoral en la cual desarrolla el problema de la geopolítica en el caso del Caribe para el siglo XIX. Muñoz, 1996.

²⁴Incluso es posible hablar de una autorregulación. Focault, 1997, pp. 11 y ss. y 77 y ss.

desprendió una quinta hipótesis que sugiere que la reacción social ante el proyecto sanitario de la región fue variada. Algunos sectores asimilaron con mayor rapidez los métodos preventivos; otros mostraron una resistencia ante ellos, sobre todo cuando éstos modificaban su cotidianidad o transgredían sus espacios privados en los cuales se establecían normas colectivas de conducta.²⁵ Entre los objetivos de las campañas estaba el saneamiento y la redefinición del espacio urbano, que implicaba evitar los asentamientos irregulares y la planeación de colonias que reunieran condiciones higiénicas. Sin embargo, la población mostraba inconformidad para su reubicación o en la cooperación para el saneamiento de sus colonias.

Esto mismo sucedía con los métodos de aislamiento de enfermos. En ocasiones la población no aceptaba que éstos fueran recluidos en hospitales y mucho menos en cuartos aislados, en donde no era posible atenderlos directamente de acuerdo a sus usos y costumbres.

²⁵Entendidas estas normas como lo apunta E.P. Thompson en su trabajo "Rough Music la cencerrada inglesa" en el cual apunta que las normas colectivas están formadas de elementos de identidad, folklore y cultura. Thompson, 1994.

Nuevas formas de estudiar el tema.

En términos metodológicos, una investigación de la cuestión de la salud -como la que esta tesis se plantea- resulta compleja, en la medida que presenta varios niveles de análisis: el de la política sanitaria propiamente, el científico y el social. El primero remite a la esfera de la acción política y en el plano formal, partiendo del análisis del discurso, el debate y la práctica. El período histórico de esta investigación, conduce a estudiar la política internacional de los tres países y su ejecución en el área. Una estrategia de investigación fue analizar los discursos, la legislación, los tratados y las campañas sanitarias. A través de ellos fue posible presentar un panorama en relación a la política internacional de la región.²⁶

El siglo XIX fue testigo de una revolución científica que derivó en la construcción de un discurso médico diferente al existente. De aquí que resulte pertinente estudiar las nuevas corrientes médicas que llegaron y se difundieron en el continente americano, así como las ideas y métodos que definieron a la ciencia en América. La región es un buen ejemplo de este proceso en donde la medicina sufrió un

²⁶Debe mencionarse que el proyecto no fue creado únicamente por razones económicas; el interés político también desempeñó un papel fundamental para su elaboración y difusión. De igual manera, el grupo de médicos y científicos se encargaron de vender sus ideas sobre la sanidad en la región y la necesidad de crear una política sanitaria, es decir, estos

reordenamiento y se enriqueció con las investigaciones realizadas allí. Carlos Finlay marcó un hito en este sentido con el cual surgió la medicina tropical que se constituyó en un ramal importante de la ciencia médica. La presente investigación se dirige a explicar este fenómeno a partir de la obra del propio Finlay y las pesquisas del grupo de médicos que continuó su línea. Esto fue posible gracias a que se conservan los discursos, disertaciones y ponencias de médicos que fueron presentadas y discutidas en los foros, convenciones y congresos organizados en la región caribeña y cuyo cometido era discutir los avances en la cura de las enfermedades de carácter tropical. La estrategia de trabajo fue detectar los constructores del discurso, es decir, las categorías, conceptos y nociones que dieron forma al saber médico en el siglo XIX.

Por otro lado, si bien las anteriores vertientes son de interés central, el circunscribirse a ellas resultaba atender a una sola voz. Por ello fue necesario abordar un espacio más, el de lo social, y preguntarse en primera instancia cómo afectaban las epidemias a la sociedad, de qué manera repercutían su presencia, cómo modificaba su cotidianidad, para luego analizar la participación en su erradicación o no, y si lo hacía, de qué manera, o cómo recibía las políticas sanitarias implantadas, qué significaba para ella el

elementos se conjugaron en una coyuntura que favorecía al proyecto sanitario.

saneamiento, y sobre todo cómo percibía la nueva concepción de salud. Quizá ésta sea la perspectiva más difícil de abordar. Sin embargo, buscando entre las fuentes fue posible avanzar en este sentido y localizar documentos que abrieron brecha. Desde los informes oficiales hasta la opinión de puño y letra de la gente, fue factible observar en qué medida apoyaban o rechazaban este proyecto sanitario. Otra vía la constituyó la prensa, que ofreció descripciones de las ciudades y su gente ante una epidemia. Estas dos posibilidades complementadas con relatos de viajeros proporcionaron un panorama del aspecto social y permiten aterrizar la investigación en la acción de la gente.²⁷

Las categorías utilizadas para trabajar este tema fueron los mitos, las representaciones y los imaginarios, identificables a partir de la recepción del discurso en la que se evidencian tensiones, contradicciones, resistencias y protestas.

Las fuentes.

Una investigación como la aquí planteada presentó diversos problemas en cuanto a fuentes. En principio, hacerla desde México implicaba concentrarse en fuentes mexicanas y revisar en la medida de lo posible fuentes en el exterior que

²⁷Este planteamiento posibilita rescatar la acción social y observar la

complementaran la investigación. Ciertamente en un primer momento ésto parecía un obstáculo, pero conforme se fue avanzando en la búsqueda, la preocupación se fue diluyendo. Dos fueron los archivos principales de esta tesis: el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud y el Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores, los cuales resultaron bastante nutridos en cuanto a información de la región a través de los informes consulares y de los delegados sanitarios, así como en cuanto a la participación del Consejo Superior de Salubridad presidido por Eduardo Liceaga en los congresos y convenciones sanitarias. En conjunto, aportaron una visión del problema higiénico-sanitario regional.

La Colección Latinoamericana de la Biblioteca Nettie Lee Benson de la Universidad de Texas posibilitó la consulta de diversos materiales sobre Cuba y su situación sanitaria, así como los informes del gobierno militar durante la intervención norteamericana en la isla. Gracias a esta fuente fue posible realizar confrontaciones de los informes cubanos y mexicanos.

En el caso de Nueva Orleáns, la Universidad de Tulane contiene varios acervos como la Luisiana Collection, la Special Collection, la Newspaper Collection y Latin American Library. Aquí fue posible obtener informes oficiales y médicos sobre epidemias y medidas sanitarias. Uno de los

acervos importantes es el de las cartas personales tanto de médicos como de familias contenidas en la Special Collection.

La información recopilada en estos archivos fue completada con otras fuentes como el Archivo Porfirio Díaz, el Archivo General de la Nación, El Archivo General del Estado de Veracruz, El Archivo Histórico del puerto de Veracruz, la Hemeroteca Nacional y los National Archives of Washington, parte de los cuales están reproducidos en la biblioteca Daniel Cosío Villegas de El Colegio de México.

La información fue ordenada y utilizada de acuerdo a un plan que se proponía presentar el trabajo en dos partes. En la primera se presenta el panorama de la región del Alto Caribe en la segunda mitad del siglo XIX, tanto en el terreno económico, como en el epidémico y los imaginarios y representaciones que esta situación generaba. En la segunda sección se analiza la propuesta sanitaria desde el punto de vista médico, legislativo y urbanístico y las reacciones que el proyecto provocó.

La primera parte inicia con el capítulo titulado "el escenario económico caribeño en la segunda mitad del siglo XIX". En él se analiza el contexto económico, lo cual permite comprender el porqué del proyecto sanitario en este momento, es decir, los intereses allí creados, la redefinición de mercados, la consolidación de rutas comerciales y de navegación, así como los movimientos de capitales e

inversiones; en el capítulo dos se presenta la conformación del cuadro epidémico: las enfermedades, el desarrollo de las mismas y la incidencia que registraron en la región; el capítulo tres se destina a las representaciones que "la enfermedad" producía entre la población, buscando una aproximación a su estudio a través de la publicidad y a las prácticas médicas de carácter popular.

La segunda sección inicia con el capítulo cuarto, el cual explica la revolución científica en el siglo XIX, lo que esta significaba para la región caribeña y cómo se dió el desarrollo de la medicina tropical; toda vez que se analizan las propuestas de normatividad, es decir, la legislación. El capítulo cinco se destina al estudio de la contraparte a la política sanitaria, es decir, a las preguntas: cómo eran las reacciones ante los embates de las epidemias, qué tipo de imaginarios se creaban; de allí el título "De miedos y paranoias". Finalmente, el capítulo sexto atiende a la cuestión de la recepción, la protesta y la resistencia al proyecto sanitario. En este capítulo se buscó explicar los mecanismos de recepción social del discurso sanitario y las reacciones que esta percepción diferenciada provocaba.

PRIMERA PARTE.**CAPITULO I****El escenario económico caribeño en la segunda mitad del siglo****XIX.**

Como se ha señalado, el Alto Caribe fue una región que históricamente sirvió como escenario para el desarrollo y proliferación de epidemias. Algunas enfermedades consideradas de carácter tropical -como la fiebre amarilla- habitaron de manera más o menos constante en tierras y aguas caribeñas convirtiéndose en factores de desastre no sólo poblacional sino en pérdidas económicas; esta situación condujo a la búsqueda de medidas que ayudaran al saneamiento regional. Pero ¿cuál es el contexto que permitió articular una política sanitaria internacional en la región? Pues, como se señaló, fue una zona constantemente azotada por la presencia de enfermedades que adquirieron el rango de epidemias, es decir, fue un problema permanente y de larga duración; por ello surgen las preguntas: ¿por qué en este momento? y ¿qué es lo que permite llevar a cabo este proyecto?

El presente capítulo se propone responder a estas interrogantes partiendo de la idea que la política sanitaria

que se impulsó en la región pretendió en parte responder a las demandas de ciertos intereses de carácter económico que estaban estrechamente vinculados a la importancia que en este campo mantenía el Caribe.

1) Capitales e inversiones:

Durante la segunda mitad del siglo XIX tiene lugar el inicio de un reacomodo de capitales, inversiones, apertura de nuevos mercados, rutas mercantiles, etc. que marcaron una dinámica diferente a la experimentada hasta esos momentos que se inscribió en la lógica del capitalismo mundial. De allí que sea posible hablar del principio del proceso de consolidación de potencias que encabezaban e impulsaban una política con fuertes atributos de imperialismo.

En términos generales, a partir de la sexta década de la centuria decimonónica, en América Latina se perfiló una compleja red superpuesta de corrientes de capitales que provenían de varias naciones industrializadas -tanto europeas como de la América del Norte, las cuales se integraron o pactaron -según fuera necesario- con capitales locales o regionales.¹ Tal es el caso del Caribe y concretamente de la región del Alto Caribe, en donde convergieron una serie de capitales procedentes de Alemania, Inglaterra, Francia y en

¹ Marichal, 1995, p. 13.

menor medida de España, a los cuales -conforme se aproximó el fin del siglo XIX- se les fueron uniendo los de origen norteamericano y canadiense.

De acuerdo con Carlos Marichal, los años de 1880 a 1914 fueron la "Edad de oro" de las inversiones extranjeras en América Latina. En este período, tanto el sector público como el privado se vieron beneficiados con importantes flujos de recursos financieros provenientes de las principales potencias europeas.²

Los capitales británicos fueron los de mayor antigüedad y su presencia tuvo un carácter ascendente a lo largo del siglo XIX. Irving Stone sostiene que desde la década de 1820 hasta casi la primera guerra mundial los británicos sostuvieron el primer lugar en inversiones en América Latina;³ esta misma idea es compartida por Rory Miller, quien asegura que, al concluir los movimientos de independencia en Latinoamérica, la presencia de las inversiones británicas fue cada vez más evidente. Comerciantes -acompañados de capitales y cargamentos de productos manufacturados, particularmente textiles de algodón- se establecieron a lo largo de las costas tanto del Atlántico como del Pacífico.⁴

Sin embargo, en este lapso fueron compartiendo este terreno con otros inversionistas de orígenes diferentes.

² Marichal, 1995, p. 13.

³ Stone, 1987, p. VII.

⁴ Miller, 1993, p. 2.

Barbara Stallings demuestra cómo, al finalizar el siglo XIX, si bien Inglaterra era la potencia económica dominante, inversionistas franceses y alemanes comenzaron a exportar grandes sumas de capital hacia el continente americano. Los Estados Unidos aparecieron en escena en la segunda mitad de la centuria con inversiones orientadas principalmente a la producción de bienes y servicios que satisficieran las necesidades de su mercado. La autora sostiene que en el período transcurrido entre 1897 a la primera guerra mundial se dieron los pasos iniciales que prepararon el camino para el surgimiento de los Estados Unidos como la principal potencia financiera de América Latina. La banca norteamericana comenzó a desplazar a sus rivales británicos en lo que se refiere a préstamos a los gobiernos y empresas de la región.⁵

El campo de interés de los inversionistas se dividió por sectores, especializándose en determinadas áreas y regiones. Por ejemplo, los inversionistas británicos se ocuparon principalmente de ferrocarriles, servicios públicos, minas, empresas de tierras, bancos, compañías de seguros y compañías mercantiles.⁶ El grueso de las inversiones se concentró en Argentina, Brasil, México, Chile y Cuba.

⁵ Stallings, 1990, p. 64.

⁶ Marichal, 1995, pp. 15-16. Sobre las inversiones británicas en México o la participación de capitales en algunas obras mexicanas es posible la consulta de Priscilla Connolly El contratista de don Porfirio: Obras públicas, deuda y desarrollo desigual, México, El Colegio de Michoacán y Fondo de Cultura Económica, 1997. También el libro de Sandra Kuntz

Para 1865, del total de inversiones británicas, México albergaba el 31.6 %; seguido por Colombia (9.1 %) y Venezuela (7.9 %); Brasil, por su parte fue depositario del 25.2%. Conforme se fue aproximando el fin del siglo XIX, la distribución de las inversiones inglesas fue transformándose y diversificándose, regionalmente hablando. En 1875, otros países como Perú y Argentina atrajeron el interés de los inversionistas. Esta tendencia se mantuvo hasta 1913, período en el cual Argentina continuó atrayendo a los inversionistas (1885: 18.6 %; 1895: 34.6%; 1905: 36.8 % y 1913: 41.0%).⁷

Los ingleses también invirtieron en préstamos a los gobiernos latinoamericanos. Al igual que las inversiones directas, en estas operaciones en la década de los años sesenta, Cuba y México comprendían el 39% del total de las mismas. En este terreno el comportamiento regional fue diferente. Mientras que en México los préstamos siguieron de manera ascendente, en Cuba crecieron sólo hasta que se insturó el gobierno militar de los Estados Unidos, en el cual los suministros económicos experimentaron una fuerte caída.

En lo que se refiere a las inversiones de origen francés, éstas compitieron con las británicas en varios aspectos, como fue el tendido de vías férreas y la

Ficker, Empresa extranjera y mercado interno. El ferrocarril Central Mexicano, 1880-1907, publicado por El Colegio de México (1995).
Stone, 1987, Anexos Estadísticos. Tabla 41.

construcción de obras como las portuarias. También, los inversionistas franceses orientaron sus recursos a la banca y establecieron sucursales en países como México, Haití y Bolivia. En Argentina y Brasil los capitales franceses se invirtieron en la compraventa de bonos gubernamentales.⁸

Junto a estos inversionistas estuvieron los de origen alemán, sólo que éstos se dirigieron prioritariamente a la producción y distribución de energía eléctrica y a todo lo que tuviera que ver con tecnología de punta. A decir de Carlos Marichal, en un primer momento los grupos de inversionistas alemanes mostraban interés en el sector financiero otorgando préstamos, principalmente hacia México y Argentina, pero al iniciar la última década del siglo XIX, la dinámica cambió y gran parte de las inversiones se dirigieron hacia el sector de la producción y distribución de energía eléctrica, lo cual coincide con el inicio de Alemania como nación industrial exportadora.⁹

En la década de 1880 tiene lugar la aparición de los Estados Unidos en el campo de las inversiones de capital en América Latina. Si bien la presencia más fuerte de los norteamericanos comenzó a considerarse realmente importante a partir de los años veinte del presente siglo, lo cierto es que desde cuatro décadas antes, los inversionistas de este

⁸ Marichal, 1995, p. 16.

⁹ Marichal, 1995, p. 17, y Van Young, 1995, p. 96.

país poco a poco fueron ganando terreno con sus capitales en América Latina.

En un primer momento las operaciones estadounidenses fueron directas e inversionistas y exportadores establecidos en el país del norte iniciaron contratos en América Latina. México y el Caribe fueron los primeros campos de acción, más tarde se ampliarían a Centro y Sudamérica. Las áreas de interés fueron las plantaciones de frutas y caña de azúcar, además de la minería y el petróleo.¹⁰

Es necesario advertir y considerar la situación interna por la que atravesaban los Estados Unidos, pues sin duda la Guerra de Secesión marcó cambios importantes en el curso de la economía norteamericana. El expansionismo norteamericano iniciado de tiempo a atrás con la guerra sufrió un receso, pero una vez concluida, la política expansionista continuó con mayor fuerza.

El triunfo de los estados del norte sobre los del sur estableció una dinámica que hizo predominar el interés por el desarrollo de la industria sobre la agricultura. El norte inauguró campos de inversión hasta esos momentos no explorados o poco explotados, reorientados principalmente al área industrial; este proceso condujo a un control sobre los recursos naturales, la industria y las finanzas desde los

¹⁰ Stallings, 1990, p. 64.

grandes centros urbanos como Chicago o Nueva York y una subordinación del Sur hacia estos centros urbanos.¹¹

La situación del Sur después de la guerra fue bastante difícil, pues la agricultura, fuente principal de su desarrollo económico, estaba prácticamente destrozada; granjas abandonadas y campos que antes de la guerra eran tierras prósperas e idóneas para los cultivos sureños, ahora estaban cubiertos de maleza y hierbas; el ganado había sido robado o muerto y las presas destruidas. La industria azucarera de la Luisiana estaba devastada y sus tierras abandonadas.¹²

El gran perdedor fue el Sur, que vio destruidas sus líneas férreas, fábricas, grandes extensiones de sus cultivos, edificios y ciudades (Columbia, Richmond, Atlanta). La oligarquía aristocrática, dueña del poder, se vio desmantalada y la región quedó huérfana de jefes políticos durante mucho tiempo. Se les impuso a los sureños el criterio de una mayoría, la demócrata (y dentro de ella la de la minoría radical), que practicó un odio y una intolerancia sectarias.¹³

El panorama que prevalecía en la agricultura norteamericana condujo a instrumentar una política de reconstrucción del Sur. Los ricos industriales, banqueros y comerciantes del Norte vieron en el Sur la posibilidad de invertir capitales que, además de subsanar la situación, se

¹¹ Nevins, Steele y Morris, 1994, p. 238.

¹² Nevins, Steele y Morris, 1994, pp. 240-241.

¹³ Academia de Ciencias de Cuba y Academia de Ciencias de la URSS, 1979, pp. 731-732.

perfilaban como negocios redondos que en corto, mediano y largo plazo redundarían en ganancias significativas. La política de reconstrucción consistió en llevar capitales que activaran la agricultura, pero que también propiciaran el surgimiento de la industria, así se inauguraron pequeñas fábricas y factorías que en ocasiones tenían que pagar altos intereses a sus prestamistas. En el terreno agrícola, vastas extensiones de tierras fueron sembradas con pinos blancos y amarillos que reactivarían la industria maderera y se fomentó el mejoramiento del cultivo de algodón, que tenía amplia demanda en las industrias textiles.¹⁴

El sur se convirtió en plaza de inversión de los grupos económicos del Norte, pero también fue un centro de abastecimiento de materias primas para el desarrollo industrial norteamericano en general. Incluso es posible apuntar que el proceso de inversión de capitales estadounidense inició por su propio territorio y años más tarde siguió un recorrido -en ocasiones lento- hacia Centro y Sudamérica.

Casi al finalizar el siglo XIX, los Estados Unidos se caracterizaban por exportar materias primas e importar bienes manufacturados, pero al avanzar el proceso de industrialización la economía norteamericana sufrió algunas transformaciones. De acuerdo con Barbara Stallings, hacia la

¹⁴ Nevins, Steele y Morris, 1994, p. 242.

última década del siglo XIX, la mitad de las exportaciones estadounidenses eran bienes manufacturados y la capacidad industrial parecía crecer cada vez más rápido y se alejaba del mercado doméstico. Debido a ello, los empresarios buscaron otros mercados en el extranjero; América Latina ofreció varias ventajas en este campo. Sobre todo, resultó más barata por su cercanía geográfica.¹⁵

Stallings sostiene que la banca norteamericana -aunque de manera paulatina- fue ganando terreno, convirtiéndose en un competidor respetable para los inversionistas europeos. En este proceso, el Caribe se constituyó en uno de sus principales campos de acción, donde a las relaciones gobierno-banca se conocen como la "diplomacia del dólar". Los norteamericanos demandaron cambios, como la utilización de su moneda para realizar sus operaciones, pues debido a que los capitales con mayor presencia e importancia eran los británicos, las operaciones se realizaban tomando como patrón la libra esterlina.

En la región del Alto Caribe el proceso de una multiplicidad de inversiones de capitales resulta bastante nítido. Allí se dio la convergencia de suministros que provenían tanto del viejo continente como del norte de América. Cuba albergaba capitales ingleses que tenían su campo en la producción azucarera principalmente. Los

¹⁵ Stallings, 1990, p. 64.

inversionistas británicos siguieron la lógica de realizar transacciones de manera directa, tanto con los residentes en la isla como los que habitaban en la península ibérica.

Aun cuando Cuba continuaba siendo colonia española, los empresarios que invertían en ella no fueron prioritariamente de origen español, sino más bien inversionistas establecidos en la unión americana. El contacto mercantil de la isla con Europa, incluyendo a España, fue perdiendo importancia, lo cual contrastaba con el fortalecimiento que mantenía con los Estados Unidos y Canadá.¹⁶

El historiador cubano Julio Le Riverend sostiene que durante la segunda mitad del siglo XIX la isla experimentó un proceso de grandes transformaciones, en buena medida influidos por el expansionismo norteamericano. La etapa posterior a la Guerra de Secesión en Estados Unidos durante la cual, más allá de la liberación de los esclavos en los estados del sur, estuvo el deseo de establecer la hegemonía de los estados norteros y dar un impulso mayor al desarrollo industrial.¹⁷

Este proceso condujo a una fase de concentración industrial aparejada al desarrollo de grandes compañías ferroviarias, siderúrgicas y bancos. De forma paralela, se

¹⁶ Los procesos internos de España la habían conducido a perder el control de sus posesiones coloniales en el Caribe, toda vez que otras potencias fueron ganando el terreno dejado por la corona española. Fernández, 1987, p. 7 y ss. Guerra, 1952, p. 204.

¹⁷ Le Riverend, 1972, pp. 187-188.

aceleró la demanda de azúcar en varias regiones de Estados Unidos y Cuba se convirtió en un punto de atracción para los principales surtidores de este producto, que fueron acrecentando su mercado. Además, la producción cubana de azúcar requirió después de 1865 de los capitales norteamericanos para mantener sus niveles de producción.¹⁸

Inversionistas de Baltimore, Nueva York y Boston otorgaban créditos para la producción de azúcar en Cuba. Los capitales fueron destinados principalmente al pago de mano de obra utilizada en la producción azucarera, maquinaria para los ingenios y transporte del mismo. Los empresarios buscaron obtener un producto de calidad y de bajo costo, que lograra satisfacer la alta demanda que éste tenía en gran parte del país.

En la última década del siglo XIX, las inversiones norteamericanas crecieron de manera significativa en relación a las efectuadas hasta ese momento. Para 1895, el monto de lo invertido en territorio cubano redondeaba los 50 millones de dólares. A pesar de que el principal campo de interés fue la producción de azúcar, junto a ésta la actividad minera también se vio beneficiada con la llegada de dichos capitales.¹⁹

¹⁸ Calavera Vayá, 1994, p. 337.

¹⁹ Le Riverend, 1972, p. 189.

Más tarde, con compañías como la United Fruit Company, que desde las dos últimas décadas del siglo XIX experimentaron un crecimiento e impulso sorprendente, se imprimió un ritmo diferente a las relaciones comerciales en la región caribeña. La política económica tenía como característica fundamental el control monopólico del comercio. Tal fue el caso de la comercialización de las frutas de origen caribeño y centroamericano.

Con la independencia de Cuba (1898) se aceleró el proceso monopólico en la región. El gobierno militar favoreció a los capitales que provenían de la unión americana y prácticamente les concedió el control absoluto del comercio. En la rama azucarera esto se hizo más evidente; para 1905 había 25 ingenios propiedad de norteamericanos en territorio cubano, los cuales producían el 21 % del total de la zafra.²⁰

La segunda mitad del siglo XIX significó para la isla de Cuba un período de profundas transformaciones que repercutieron de varias maneras, sin embargo, su sistema económico fue uno de los que más cambios sufrió. Sin duda, la presencia de los Estados Unidos, pero sobre todo de los intereses que allí tenían los empresarios e inversionistas del vecino país del Norte, crearon nuevas líneas económicas y

²⁰ Le Riverend, 1972, p. 207.

beneficiaron la instrumentación de una política de apertura hacia sus inversiones.

Para el caso de la costa del Golfo de México, el proceso de inversión tuvo características singulares y en Veracruz - principal puerto del país- se realizaban inversiones y movimientos mercantiles con capitales alemanes, ingleses y franceses. Esto tenía un contexto mayor determinado por la política exterior de México. El país requería de inversiones de capital para activar su producción y el sistema económico en general, de allí que la política de comercio exterior buscara una apertura a los inversionistas extranjeros.

Si bien es cierto que desde inicios del siglo XIX se hallaban capitales extranjeros perfectamente establecidos en las distintas regiones del país, también lo es que necesitaban de nuevos suministros. Los ingresos que México obtenía mediante sus exportaciones se beneficiaban con la llegada de capitales extranjeros. La mayor atracción de estos últimos eran la explotación minera, las comunicaciones, los transportes y la industria eléctrica.²¹

En la segunda mitad del siglo XIX, el comercio en México tendría una reestructuración fundada en la especialización regional, determinada en buena medida por las exigencias del mercado mundial. El caso de las plantaciones henequeneras en Yucatán es uno de los mejores ejemplos de este proceso, pero

²¹ Rosenzweig, 1965, p. 636,

también lo es el café veracruzano o las plantaciones de plátano en Tabasco o los cítricos en Nuevo León.²²

A lo largo del siglo XIX, el comercio en México se vio incrementado con la llegada de capitales provenientes del exterior. A decir de Inés Herrera Canales, las relaciones comerciales de México con el exterior se realizaban fundamentalmente con Europa y América del Norte y en forma secundaria con el Caribe, Centroamérica, Sudamérica y Asia.²³

En términos generales la inversión extranjera fue en constante aumento, y conforme transcurrió el siglo XIX, llegaron al territorio mexicano sobre todo capitales provenientes de Europa (franceses, ingleses, alemanes y españoles). El porfiriato significó un auge para las inversiones extranjeras que crecieron a lo largo de este período. Fernando Rosenzweig apunta que para 1911 dichos capitales sobrepasaba los 3400 millones de pesos, de los cuales sólo 110 millones se invirtieron antes de 1884. Los montos de estos capitales se dividieron de la siguiente manera: 62 % venían de países europeos y 38 % de Estados Unidos. Sin embargo, es necesario advertir que México representó una zona secundaria para los inversionistas europeos pues del monto total de inversión, sólo el 5.5 % se destinaba a México, mientras que el resto de Latinoamérica

²² Cerutti, 1990, pp. 31 a 36.

²³ Herrera, 1977, p. 89.

absorbía el 29%. No así para los capitales norteamericanos, para los cuales México resultaba uno de sus principales campos de interés, pues los empresarios norteamericanos destinaban el 45.5 % de sus inversiones al territorio mexicano.²⁴

Estos capitales se sumaron al ya existente y en algunos casos operaron de manera paralela o conjunta. En las costas del Golfo de México, este proceso condujo a una consolidación de capitales regionales. En el caso de Veracruz, esto se tradujo en un fortalecimiento de las actividades mercantiles; el puerto veracruzano, que tradicionalmente era un sitio importante para esta actividad, con este proceso se benefició aún más.

Por lo que toca a la península de Yucatán, en ésta también se observó la llegada de capitales extranjeros en préstamos de los bancos norteamericanos, con lo cual se inició el despegue de la producción henequenera en gran escala.²⁵ Los inversionistas norteamericanos vieron con buenos ojos el proceso que se realizaba en las haciendas yucatecas del cambio de cultivos y la importancia que el henequén adquirió, pues durante la primera mitad del siglo XIX, había constituido un cultivo secundario, pero al mediar el siglo registró gran demanda tanto en Estados Unidos como

²⁴ Rosenzweig, 1965, p. 637.

²⁵ Villanueva Mukul, 1984, p. 108.

en Inglaterra y Francia. Los inversionistas norteamericanos dirigieron capitales a los propietarios de las haciendas henequeneras de la península. A decir de Villanueva Mukul

Como consecuencia de la expansión de la economía norteamericana y de sus necesidades, llegaron a Yucatán las primeras inyecciones de capital para la actividad henequenera. Los préstamos otorgados por los bancos norteamericanos fueron en realidad el origen de la producción henequenera a gran escala.²⁶

Estas inversiones coincidieron con una demanda de las mismas para las haciendas de la región, las cuales, debido a los conflictos que allí habían tenido lugar durante el siglo XIX, habían quedado escasas de circulante. El cultivo del henequén representaba un problema en la medida que, para alcanzar su producción, se requerían de 6 a 7 años de maduración.

Por lo que respecta a las costas del sureste en los Estados Unidos y concretamente a Nueva Orleáns, en este puerto se establecieron comerciantes de origen francés e inglés que ocuparon el sitio como su principal centro de

²⁶ Villanueva Mukul, 1984, p. 108. El auge henequenero en Yucatán favoreció la consolidación de fuertes grupos económicos en la región que basaron su riqueza en buena medida en la gran demanda de estos productos. Recientemente apareció el libro de Allen Wells y Gilbert Joseph Summer of Discontent, Seasons of Upheaval. Elite Politics and Rural Insurgency in Yucatán, 1876-1924, Universidad de Stanford, 1996, en el que analiza la conformación de estos grupos y su lucha por el poder.

operaciones. El fenómeno en el puerto norteamericano fue similar al de las costas del Golfo de México; capitales que en su momento fueron importados pero que al paso del tiempo se convirtieron en locales, contaban con un asentamiento importante y habían generado una dinámica propia. Sin embargo, requerían del suministro de nuevos recursos que les permitiera crecer y sobre todo satisfacer las demandas de un mercado interior. La producción de arroz y trigo, así como el comercio que en este puerto se desarrollaba requerían ser modernizados.

La costa sureste de los Estados Unidos no era una zona de alto desarrollo de capitales locales como la del noreste. Aun cuando los capitales que allí se encontraban establecidos eran capaces de mantener un movimiento mercantil local, requerían de un impulso para insertarse en una dinámica mayor. El puerto de Nueva Orleans era un acceso importante para desarrollar las actividades comerciales en la unión americana; varios comerciantes del interior y los locales encontraban en este puerto su principal plaza de acción. Esto despertaba en los inversionistas europeos el interés por realizar transacciones mercantiles y de inversión en este sitio.

Las inversiones en Nueva Orleans y sus alrededores fueron destinadas a las vías de comunicación. Las aguas del Mississippi -canal de comunicación por excelencia del centro-

sur de los Estados Unidos- se vio favorecido por esta política y se buscó mejorar las condiciones de navegación por él, mediante la construcción de modernas embarcaciones o labores de drenado en sus cauces.

Entre la política de inversión en las tierras del sur de los Estados Unidos, tanto de los inversionistas nortefios como de los extranjeros, estuvo la compra de granjas y plantaciones, con lo cual se buscaba reanimar la producción agrícola. También algunos empresarios nortefios invirtieron grandes sumas en ferrocarriles, bosques, carbón y acero. Todo esto provocó que los estados del sur poco a poco volvieran al mercado mundial con la exportación de sus productos.²⁷

En resumen, durante la segunda mitad del siglo XIX tuvo lugar en la región del Alto Caribe una serie de flujos de capitales que buscaron inyectar recursos a las actividades económicas, ya fuera en la inversión directa en áreas productivas o en acciones mercantiles, toda vez que se intentaron insertar a la economía regional en la dinámica del capitalismo mundial. Cabe recordar que en este período se da también la fiebre crediticia en los países latinoamericanos y se inicia un período de endeudamiento.

Morrison, 1980, p.450.

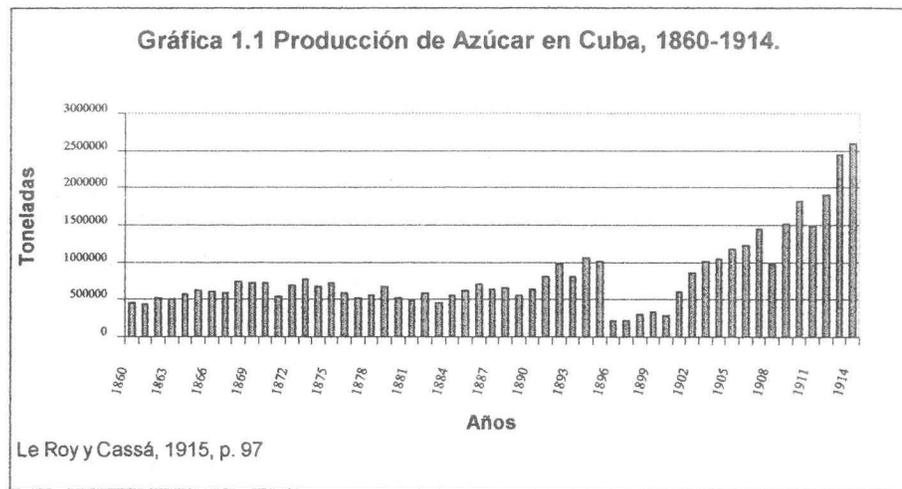
II) La composición de la producción regional.

El expansionismo del capitalismo mundial condujo a cambios y modificaciones en el terreno económico. Los sistemas productivos adquirieron un nuevo dinamismo en búsqueda de mejorar y aumentar lo producido tanto en la actividad industrial como en la agropecuaria. El Alto Caribe no escapó a este proceso y su desarrollo respondió a las condiciones propias de la región y las oportunidades de la misma.

Los capitales regionales como las inversiones recibidas se suministraron en sectores y áreas de acuerdo con los requerimientos del mercado mundial. En Cuba, por ejemplo, ante la fuerte demanda de su producto básico, el azúcar, los inversionistas se dirigían a inyectar recursos a los campos e ingenios destinados a la actividad azucarera. En el caso específico de la isla de Cuba, la Guerra de los Diez Años marcó de manera significativa sus actividades comerciales. En los años de 1840 a 1868 la economía cubana se encontraba sumergida en una crisis que tenía paralizada la agricultura comercial y la ganadería. La guerra iniciada en octubre de 1868 que perduraría por diez años se debió en buena medida a la inestabilidad económica de la isla. Así, con el conflicto armado la economía cubana experimentó una reestructuración marcada por una alta concentración industrial principalmente

en los ingenios, los cuales fueron poco a poco incorporando innovaciones tecnológicas propias de la revolución industrial.²⁸

A decir de Ramiro Guerra, la concentración de la industria azucarera en Cuba se inició con la liquidación progresiva de la esclavitud y sus índices de producción ascendieron tal como lo muestra la gráfica 1.1.²⁹



Al finalizar el siglo XIX, Cuba contaba con 173 ingenios distribuidos de la siguiente manera: 66 en la provincia de

²⁸ Guerra, 1952, t. VII, pp. 151-152.

²⁹ Es necesario explicar la caída de la producción entre los años de 1894-1900, debido a la situación de inestabilidad interna de la isla.

Santa Clara, 41 en la de Matanzas, 32 en Oriente, 18 en la Habana, 9 en Camagüey y 7 en Pinar del Río.³⁰

Por lo que hace a la producción de tabaco, éste siguió un camino diferente, pues su dinámica estuvo marcada y determinada principalmente por la demanda externa. Guerra sostiene que en "la industria cubana del tabaco (...) a medida que aparecieron las grandes fábricas, sus necesidades de aprovisionamiento de materia prima las incitó a controlar las plantaciones, mediante compra o fomento directo..."³¹ Al mediar la centuria decimonónica, el mercado interno de la isla se componía de 1217 tabacarias, de las cuales 516 estaban ubicadas en la Habana y sus barrios.³²

Además del azúcar y el tabaco, la isla era productora de ganado y junto con la actividad minera ocuparon un lugar destacado dentro de su economía, sobre todo en la primera mitad del siglo XIX. Sin embargo, la minería fue afectada de manera considerable por la Guerra de los Diez Años y sus labores fueron suspendidas. Empero, el proceso de industrialización por el que atravesaban los Estados Unidos condujo a los industriales y empresarios norteamericanos a que vieran en la isla la posibilidad de surtirse de metales como el cobre.

³⁰ Le Roy y Cassá, 1914, pp. 99-105.

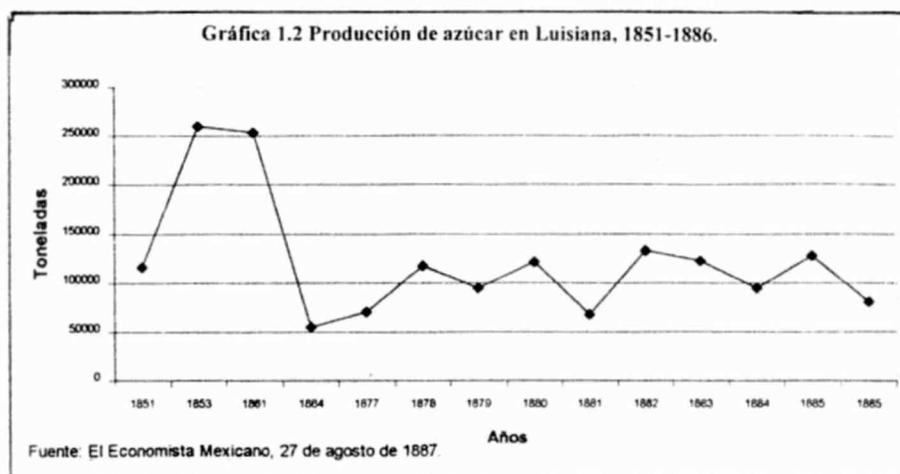
³¹ Guerra, 1952, tomo VII, p. 198.

³² Le Roy y Cassá, 1914, p. 108.

Por lo que hace a la ganadería, ésta -entre 1878 y 1902- se encontraba en una situación difícil producto de una mala organización y planeación. Ramiro Guerra advierte que el estado de la ganadería antes de 1868 era precario y con los conflictos armados la situación empeoró, reduciendo cada vez más su importancia dentro de la economía cubana como generador de recursos.³³

En el caso de los Estados Unidos el panorama de su producción era bastante desolado, debido fundamentalmente a la Guerra de Secesión. Cabría recordar que los estados del sur -que fueron predominantemente puntales de la agricultura norteamericana- se habían quedado devastados como consecuencia de la guerra y su recuperación requirió de dos cosas; por un lado, de capitales e inversionistas y por el otro, de tiempo para sobreponerse y recuperar sus niveles de producción. Por ejemplo, el caso de la caña de azúcar resulta muy ilustrativo para analizar la inestabilidad de su producción. El estado de Louisiana era su principal abastecedor y en la gráfica 1.2 se muestra cómo, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, sus niveles productivos registraron altibajos constantes.

³³ Guerra, 1952, pp. 201-202.



Ello contrastaba notablemente con su consumo y la demanda interna de este producto. El cuadro 1.1 pone de manifiesto la comparación entre el consumo de azúcar y la producción interna. De él se desprende que los Estados Unidos no contaban con un sistema productivo capaz de satisfacer su demanda interna, por lo que tenía que recurrir a la importación de productos como los de Cuba o de México.

Cuadro 1.1 Consumo y producción de azúcar en los Estados Unidos, 1877-1886.

Año	Consumo en los E.U.	Producción en los E.U.	Porcentaje de producción en relación al consumo.
1877	745,000	70,700	9.49 %
1878	773,000	118,000	15.2 %
1879	832,000	94,000	11.29 %
1880	922,000	120,800	13.10 %
1881	1,009,000	68,000	6.73 %
1882	1,078,000	133,400	12.37 %
1883	1,164,000	122,400	10.51 %
1884	1,265,000	94,300	7.45 %
1885	1,245,000	128,000	10.28 %
1886	1,388,000	80,000	5.76 %

Fuente: El Economista Mexicano, 27 de agosto de 1887.

En lo referente a las costas mexicanas del Golfo de México, en ellas se desarrollaba una actividad comercial amplia y creciente, pero sobre todo variada en productos que eran comercializados en sus puertos, algunos de ellos originarios de las regiones costeras o próximas a ellas, como fue el caso del henequén, y otros traídos de la región central.

El henequén, desde 1877 constituía el principal producto de exportación de México, después de los metales preciosos. Este producto había adquirido gran importancia al concluir la Guerra de Castas. Los hacendados yucatecos comenzaron a recibir financiamiento para rehabilitar sus

haciendas y sembrar henequén; estos financiamientos provenían principalmente de los Estados Unidos y a decir de Eric Villanueva:

La producción del henequén, nació con el "pecado original" de estar ligado al mercado internacional y ser promovido desde el exterior para cubrir las necesidades de la economía internacional, particularmente la de los Estados Unidos.³⁴

En la segunda mitad del siglo XIX, la producción del henequén fue en ascenso y para 1860 se registraban 2,600 hectáreas que, nueve años más tarde, aumentaron a 16,000 -con una producción de 13,800 toneladas. El crecimiento de la industria henequenera fue tan vertiginoso que demandaba mejores técnicas en su cultivo y la utilización de la tecnología avanzada para su cosecha como fue el uso del vapor para la raspa del producto.³⁵

El café también fue otro producto que circulaba libremente por la región y el cosechado en México tenía un amplio mercado. Los mismo sucedía con las maderas tintóreas, como el palo de tinte y el palo de Campeche, que mantenían un lugar destacado dentro de las exportaciones mexicanas; el ixtle tuvo también amplia demanda, tanto en los Estados Unidos como en Alemania, Gran Bretaña, Francia, Bélgica y Holanda; las pieles eran mercancías mexicanas de gran

³⁴ Villanueva Mukul, 1984, p. 71.

³⁵ Villanueva Mukul, 1984, pp. 72-73.

producción, ya fueran de animales domésticos o de cacería; el ganado vacuno se criaba en vastas zonas del país y se exportaba hacia los Estados Unidos.³⁶ Junto con estos productos estaban el azúcar y el tabaco que se producían en amplias extensiones de tierras.

También la región norte era productora de diversos artículos que encontraban demanda y mercado en la región del Alto Caribe. El puerto de Tampico funcionó como centro comercial y de operaciones mercantiles, que se abastecía con artículos y efectos procedentes de San Luis Potosí, Zacatecas, Aguascalientes, Durango y Guanajuato, incluso Coahuila y Nuevo León, además de algunos otros de regiones montañosas como las huastecas.³⁷

La plata constituía un producto de exportación importante que salía por los puertos de Veracruz y Tampico. De éste último se embarcaba en vapores ingleses y de bandera norteamericana con dirección al viejo continente o los Estados Unidos; Nueva Orleans fue la entrada principal de la plata en la unión americana.

En el puerto de Tampico la actividad comercial eventualmente compitió en importancia con la de Veracruz. En esta plaza se establecieron comerciantes que tomaron como su centro de acción a la propia plaza portañá, lo cual colocaba

³⁶ Rosenweig, 1965, pp. 666-687.

³⁷ González Salas, 1990, p. 111.

al puerto como centro comercial de gran importancia regional. El comercio estuvo conformado por comerciantes locales, pero también por extranjeros, principalmente españoles, franceses, ingleses y norteamericanos. Los giros comerciales fueron variados y estuvieron compuestos por productos locales y extranjeros; de Estados Unidos llegaban telas de algodón o mantas, de Francia vinos y sederías, de Alemania la ferretería y de Inglaterra fierros y tejidos. ³⁸

Los productos, efectos y mercancías que circularon por las aguas del Golfo de México y del Caribe conformaron un comercio regional amplio y diverso, integrado por productos regionales y extranjeros. El comercio entre los puertos del Alto Caribe adquirió un ritmo propio caracterizado por un intenso contacto entre ellos. En ocasiones, se definieron rutas mercantiles nuevas que se unieron a las existentes, trazando una comunicación marítima importante en la región.

III) Las rutas mercantiles.

Los principales mercados del mundo -tanto los nuevos como los viejos- marcaron rutas mercantiles definidas por los puntos de partida y arribo de mercancías y por sitios o plazas de acciones. En la navegación esta cuestión se traza

³⁸ González Salas, 1990, p. 105.

de manera más o menos clara tomando como base a los puertos. El Caribe, además de ser un espacio en donde confluían capitales e inversiones, también fue una región en donde se trazaron varias rutas por las que se transportaron mercancías y efectos producidos allí o los requeridos por los habitantes de la zona.

Las aguas del Mar Caribe y del Golfo de México eran ampliamente transitadas por navíos de diversas nacionalidades. A lo largo de siglo XIX, los barcos europeos fueron los que dominaron la circulación en la región, sin embargo, poco a poco se fueron incorporando los barcos de los Estados Unidos y otros países. Este hecho tiene que ver con la apertura y crecimiento de nuevos centros mercantiles, así como con las exportaciones e importaciones que de allí se efectuaban.

En relación concretamente al comercio exterior de México y de acuerdo con Inés Herrera Canales, durante la primera mitad de la centuria decimonónica, las principales rutas mercantiles se dirigían hacia Europa, los Estados Unidos y el Caribe y, de manera secundaria hacia el Pacífico occidental, Pacífico sur, área circuncaribe y América del Sur.³⁹

En términos generales el Caribe experimentó una definición como región comercial desde tiempos coloniales, y en él se estableció un comercio regional que en ocasiones

³⁹ Herrera Canales, 1977, p. 95.

resultó independiente al metropolitano y que se extendió por vastas zonas incluyendo a Estados Unidos y Nueva España.⁴⁰ Este desarrollo hizo crecer desde entonces una compleja red comercial que en el siglo XIX adquirió mayor importancia.

El principal puerto mexicano lo constituía el de Veracruz, a donde llegaban un número importante de mercancías que encontraban mercado en México y de donde salían los productos mexicanos que eran comercializados en otras plazas. Junto con Veracruz, la Habana era otro punto de gran envergadura, no sólo por ser el paso obligado para los barcos que se internaban en las aguas del Golfo de México, sino como plaza comercial activa de los productos de la isla y del arribo de efectos que circulaban en territorio cubano. A la par de estos puertos estaba el de Nueva Orleáns, que junto con el de Nueva York representaba uno de los puntos comerciales más importantes de los Estados Unidos.

El contacto comercial entre estos tres puertos -Nueva Orleáns, la Habana y Veracruz- conforme fue avanzando el siglo XIX era cada vez mayor en virtud de la nueva red mercantil que se definió en el área caribeña y concretamente en la región del Alto Caribe. A partir de las exportaciones e

⁴⁰ Una excelente revisión sobre las tesis sostenidas en torno a la formación del comercio caribeño y circuncaribeño en el período colonial es la que realiza Johanna von Grafenstein Gareis. Grafenstein, 1997, pp. 65 y ss.

importaciones es posible tratar de delinear el contacto comercial de estos puertos entre sí y con el exterior.

En términos generales la actividad comercial realizada en la región del Alto Caribe siguió los mismos patrones durante todo el siglo XIX. Las principales rutas se dirigían hacia Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y Alemania. A los puertos del Alto Caribe llegaban buques cuya procedencia era Liverpool, Havre y Hamburgo; y de ellos partían navíos hacia puertos como Sauthampton y Nueva York.⁴¹

Para el caso mexicano es posible señalar que el comercio exterior experimentó un crecimiento constante y los vínculos comerciales se vieron fortalecidos con éste. A decir de Inés Herrera, al iniciar la séptima década del siglo XIX la marina mercante norteamericana ocupaba el segundo lugar en el transporte del comercio exterior de México, después de Inglaterra.⁴² En el tercer cuarto del siglo XIX la actividad marítima de la región del Alto Caribe era de gran intensidad y por sus aguas navegaban galeones, buques, vapores, goletas y bergantines de distintas banderas.⁴³ De acuerdo con un

⁴¹ El Economista Mexicano, 2 de septiembre de 1893, The Daily Picayune, 8 de julio de 1905, Herrera Canales, 1977, p. 99.

⁴² Herrera Canales, 1977, p. 105.

⁴³ Galeón: Buque grande y de alto borde que se manejaba solamente con velas. Los había de guerra y de carga. Buque: La nave. Esta palabra se usa más para designar toda clase de embarcaciones. Vapor: era el buque que navega a impulso de una o más máquinas. Goletas: embarcación pequeña como de 28 a 30 pies de eslora a lo más, con dos palos y velas cangrejas. Bergantín: buque de dos palos, que son el de mayor y el trinquete en su bauprés, de velas cuadradas con sus correspondientes estays, foque, etc. Pailebot: (Pailebote) goleta pequeña sin gavias, muy rasa y fina. Pando y Villarroja, 1956, pp. 39, 49, 50, 129 y 134.

informe del cónsul mexicano en Nueva Orleáns, el año de 1880 fue uno de los de mayor actividad en este sentido y a lo largo del mismo arribaron a ese puerto 74 embarcaciones cuya procedencia era uno de los puertos mexicanos, de éstos, 9 portaban la bandera mexicana, 26 la inglesa y 39 la norteamericana.⁴⁴

De acuerdo con el informe, el 64% de las embarcaciones que arribaron a las aguas del Mississippi procedentes de México, tenían como punto de origen el puerto veracruzano, 13% de Tuxpan, el 2 % de Tampico y el restante 11% de otros puertos como Coatzacoalcos, Frontera, Alvarado, Campeche y Progreso. Las embarcaciones eran en su mayoría de gran tamaño y capacidad, pues generalmente se utilizaban vapores de alto tonelaje, algunas goletas y muy pocos bergantines. En 1880 llegaron al puerto norteamericano un total de 72529 toneladas de diversas mercancías y efectos; de este total el 68% fueron transportadas por embarcaciones con bandera inglesa, 30% con norteamericana y 1.48 % mexicana. Algunas de las embarcaciones que llegaban al puerto de Nueva Orleáns descargaban parte de su cargamento y en ocasiones continuaban hacia otros puntos como Nueva York o puertos europeos. Esto sobre todo en el caso de los vapores que eran embarcaciones grandes.

⁴⁴ AHSRE, exp.37-13-66. Informe del cónsul mexicano en el puerto de Nueva Orleáns.

Por lo que respecta a los barcos que salían de Nueva Orleáns hacia México, el 58% se dirigía hacia el Puerto de Veracruz y el 42% restante se distribuía entre el de Tuxpan , Campeche, Tampico y otros menores como Frontera y Alvarado. A estos últimos se dirigían embarcaciones de menor tonelaje y en su mayoría eran goletas, pailebots o vapores de poca capacidad. ⁴⁵

Para el caso de la Habana, el contacto con los puertos mexicanos también fue intenso, sobre todo al conseguir su independencia de la corona española en 1898, en que el gobierno norteamericano buscó aprovechar la posición de los puertos cubanos y creó condiciones favorables para el arribo de barcos con mercancías y efectos que en ocasiones se consumían en la propia isla, pero que en otras sólo estaban de paso para dirigirse hacia Nueva York y Wilmington o hacia los puertos europeos de Cádiz, Liverpool, Havre o Hamburgo. Las compañías navieras de origen europeo y norteamericano se vieron beneficiadas con este tipo de medidas.

La política económica de México favoreció el comercio exterior y entre las medidas que impulsó estuvo el de favorecer la apertura comercial y el tránsito mercantil por sus litorales, tanto del Golfo de México como del Pacífico. La apertura a la navegación en la segunda mitad del siglo XIX

⁴⁵ AHSRE, exp. 37-13-66. Informe del cónsul mexicano en el puerto de Nueva Orleáns.

se dio mediante la firma de tratados de navegación y comercio, así como las concesiones a compañías navieras, que se dedicaban al transporte de mercancías.⁴⁶

Entre las prioridades estuvo la de establecer líneas navieras que cumplieran con las normas de navegación, pero sobre todo que se sujetaran a una política de aumento de la actividad comercial mejorando los medios de transporte. Durante la segunda mitad del siglo XIX, se otorgaron varios permisos de navegación para que sus embarcaciones circularan por las aguas del Golfo de México y El Caribe. Estas compañías transportaban embarques de distintos puertos y lo mismo surcaban las aguas de Progreso a Nueva Orleáns, que de Nueva Orleáns a Veracruz, la Habana y Tampico ó de Veracruz a Nueva York o puertos europeos.

Dentro estas compañías estuvo la de Alexander e Hijos, que obtuvo su concesión en 1878 para que sus vapores fueran de Veracruz a Nueva York. Otra fue la Nueva York Cuba Mail Steam Ship Company que en 1894 obtuvo la ruta Nueva York-Veracruz. También figuraba A. Guimwoos, a la que junto a otras compañías se les concedió en 1896 permiso para navegación entre diversos puertos del Golfo de México. En 1897, Antonio Bulnes obtuvo su permiso y se concentró en el

⁴⁶ Dublán y Lozano, Tratado de amistad, navegación y comercio entre la República Mexicana y Su Majestad el rey de Bélgica, 12 de mayo de 1862, vol. 9, p. 445. Tratado de amistad, comercio y navegación entre los Estados Unidos Mexicanos y Su Majestad el rey de Italia, 14 de julio de 1874, vol. 12, p. 617. Tratado de amistad, comercio y navegación celebrado con la República Francesa, 20 de abril de 1888, vol. 10, p. 77.

servicio de navegación entre los puertos del Golfo de México y Belice, Nueva Orleans, Livingston y el Puerto de Coxtés.⁴⁷

Por su parte el puerto de la Habana veía llegar a sus costas y muelles vapores, goletas y buques de distintas banderas como la alemana, francesa, noruega, española, pero sobre todo americana procedentes de los puertos mexicanos. De acuerdo con los informes del cónsul mexicano en el puerto habanero, el origen de las embarcaciones que arribaban era principalmente de Veracruz, aunque es necesario advertir que el recorrido de éstos en ocasiones iniciaba en Progreso, sobre todo a partir del auge henequenero. Entonces, aun cuando los barcos reportaban su procedencia del puerto jarocho, en realidad algunas veces tenían como punto de partida otro de los puertos, ya fuera de Progreso o Tampico;

⁴⁷ Dublán y Lozano, Decreto del Congreso sobre establecimiento de una línea de vapores entre Veracruz y Nueva Orleans, 14 de diciembre de 1872, vol. 12, p. 422. Contrato celebrado con la compañía de Alexander e hijos para el establecimiento de una línea de vapores entre Veracruz y Nueva York, 18 de enero de 1878, p. 420. Decreto del Congreso en el que se aprueba el contrato celebrado para el establecimiento de líneas de navegación entre México y Asia, 17 de diciembre de 1889, vol. 19, p. 833. Decreto que aprueba el contrato de M. Berreteaga y Compañía para el establecimiento de una línea de vapores entre Progreso y Veracruz, 25 de mayo de 1893, vol. 23, p. 227. Decreto que aprueba el contrato con E. Cantón J. para establecer dos líneas de navegación entre los puertos del Golfo de México y Europa, y entre puertos del Pacífico y los Estados Unidos del Norte y Sudamérica. 9 de junio de 1894, vol. 24, p. 181. Decreto que aprueba el contrato con la Nueva York Cuba Mail Steam Ship Company sobre navegación entre Nueva York y Veracruz, 20 de diciembre de 1894, vol. 24, p. 481. Decreto que aprueba el contrato celebrado con A. Guinwoos sobre navegación entre los diversos puertos del Golfo de México. 19 de septiembre de 1896, vol. 26, p. 433. Decreto que aprueba el contrato celebrado con la compañía de vapores del Atlántico y Golfo de México, sobre navegación y servicios de correos en los puertos mexicanos y extranjeros que toquen sus vapores. 24 de septiembre de 1896, vol. 26, p. 623. Decreto que aprueba el contrato celebrado con Antonio Bulnes T. prorrogando los plazos para el servicio de entre varios puertos del Golfo de México y Belice. 4 de junio de 1897, vol. 27, p. 263.

con paso intermedio, en el caso del primero el de Campeche, Frontera, Coatzacoalcos o Alvarado y en el segundo el de Tuxpan principalmente. En otras situaciones podía partir del de Veracruz y tener como de paso el de Progreso o Tampico.

Es necesario señalar que con el auge henequenero, el puerto de Progreso adquirió gran importancia, debido al movimiento marítimo que de allí partía ya fuera para Nueva Orleáns, la Habana, Nueva York o a algunos países europeos como Francia e Inglaterra.

Finalmente, todo este movimiento de rutas marítimas y de grandes compañías navieras, cuyos barcos circulaban por las aguas caribeñas, estuvo estrechamente vinculado con la apertura y consolidación de mercados regionales;[Ver mapa número 2] pero ¿cómo funcionaban éstos? y ¿qué se comercializaba en ellos?

IV) Mercados y plazas mercantiles.

La región del Alto Caribe sirvió como el escenario de rutas marítimas que conducían los efectos de un punto a otro y de mercado a mercado. Los puertos funcionaron como la puerta de entrada a estos mercados en la medida que actuaban como plazas de negociación de las mercancías y productos que se embarcaban o arribaban a ellos.

Los productos comercializados en los puertos del Alto Caribe encontraron mercados en distintos puntos como Europa, Sudamérica y Norteamérica, pero de igual manera, se estableció un comercio al interior de la propia región caribeña. Johanna von Grafenstein advierte que desde la época colonial en el Gran Caribe se entablaron circuitos comerciales internos al margen del metropolitano.⁴⁸ La primera mitad del siglo XIX experimentó una expansión de la economía y del comercio mundial. El Caribe, en general, no quedó al margen de esta expansión que estuvo estrechamente vinculada al crecimiento de capitales y del proceso de industrialización.

Si bien el mercado europeo permaneció como un punto de destino importante para el comercio caribeño, los Estados Unidos comenzaron a ganar terreno en este sentido. El surgimiento de los monopolios y los trust, así como su rápido

⁴⁸ Grafenstein, 1997, p. 69.

crecimiento, imprimieron un nuevo ritmo al movimiento mercantil, no sólo en la región caribeña, sino a los mercados en general.

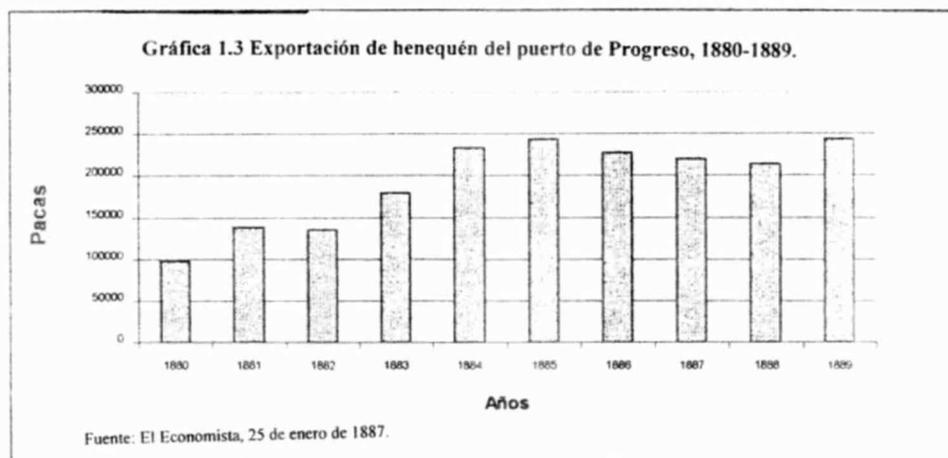
Las exportaciones e importaciones que circulaban por las aguas del Caribe dan cuenta de este movimiento de mercancías y es posible reconstruir los circuitos mercantiles establecidos durante la centuria decimonónica. En el caso específico de México el intercambio mercantil se realizaba con Inglaterra, Francia, Alemania, España y los Estados Unidos; este último era su abastecedor fundamental de bienes de consumo, toda vez que era el principal mercado de varios productos mexicanos como el henequén, pieles de chivo, café, maderas finas, plomo, cobre, vainilla y metales preciosos.⁴⁹

Por otra parte, a las costas del Golfo de México continuaban llegando productos de origen europeo como telas y bebidas, papel, productos químicos, materias animales, vegetales, máquinas y aparatos, armas, explosivos y otros efectos metálicos.⁵⁰ El henequén ilustra el comportamiento el mercado en la región, su salida se efectuaba por el puerto de Progreso y su destino fue principalmente Nueva York, pasando por la Habana. El mapa siguiente muestra su recorrido de navegación.

⁴⁹ Julio Contreras realizó una investigación sobre los comerciantes del porfiriato en el puerto de Veracruz entre los años de 1880 y 1890. En este trabajo destaca la importante actividad comercial desarrollada en el puerto de Veracruz en esta década, así como la composición del grupo de comerciantes establecidos en esta plaza. Contreras, 1992, p. 116.

⁵⁰ Contreras, 1992, p. 116.

El rendimiento de este producto iba en constante aumento, sobre todo a partir de 1884-85, con una leve baja hacia 1888 tal como se muestra en la gráfica 1.3.



El café también encontraba mercado en los Estados Unidos y las exportaciones de este producto hacia aquel mercado fueron de manera ascendente. Mabel Rodríguez Centeno sostiene que en el último tercio del siglo XIX el café mexicano encontró mercado internacional a gran escala, coincidiendo con un incremento en el mercado mundial. La misma autora asegura que este producto recibió apoyos gubernamentales y comerciales, lo que lo llevó a convertirse en un producto de exportación. La política porfirista se reflejó en un aumento

en los cultivos comerciales destinados al comercio exterior, debido principalmente a una diversificación de la producción, introducción de nuevas técnicas de cultivo y el uso de maquinaria agrícola apropiada.⁵¹

También en el mercado europeo los productos mexicanos encontraban demanda, como en Inglaterra, a donde llegaban artículos como hule, café, cobre, cochinilla, añil, palo de tinte, henequén, plata, azúcar, tabaco, caoba y algunas plantas medicinales. En vapores ingleses se importaban géneros de algodón, lino y lana; fierro bruto y labrado, mercurio y canela.⁵²

A decir de Inés Herrera Canales "el ritmo de crecimiento de los intercambios externos mexicanos entre los años 1880 y 1910 fue el más dinámico de todo el siglo XIX; el valor de las importaciones aumentó, entre 1877 y 1910, más de tres y media veces y el de las exportaciones se sextuplicó".⁵³

En términos generales, las últimas décadas del siglo XIX registraron cambios en la estructura y en la composición del sistema comercial. Las importaciones experimentaron una importante variación en relación a su comportamiento anterior, los bienes de producción aumentaron sustituyendo a los de consumo, mientras que en las exportaciones, aun cuando

⁵¹ Rodríguez Centeno, 1993, pp. 84, 85 y 87.

⁵² El Economista Mexicano, 26 de marzo de 1887. El Colegio de México, Estadísticas económicas del porfiriato. Comercio exterior de México, 1877-1911, 1960, p. 122 y ss.

⁵³ Herrera, 1983, p. 453.

los metales preciosos continuaron ocupando un lugar destacado, la composición de las mismas se diversificó, compartiendo el espacio con otros productos.

Herrera Canales sostiene que en las relaciones comerciales de México durante el porfiriato se advirtió un control cada vez mayor por parte de los Estados Unidos, que a su vez desplazaba de los primeros lugares a las grandes potencias europeas. Para 1910, más de las tres cuartas partes de todo el comercio exterior mexicano se hacía con el vecino del norte.⁵⁴

Esta nueva dinámica estaba en relación con el proceso de industrialización mundial, el cual se encontraba en una fase de desarrollo en donde las grandes potencias buscaban nuevos mercados y fuentes de materias primas.⁵⁵ En México, la política económica favoreció este tipo de acciones y el crecimiento de las mismas; el gobierno abrió el campo de las inversiones extranjeras y los capitales se dirigieron hacia la producción de materias primas.

En el caso específico de los Estados Unidos habría que señalar que el mercado se encontraba determinado principalmente por el comportamiento de sus propias demandas y necesidades; su desarrollo industrial lo habían convertido en un país demandante de materias primas que eran el motor de

⁵⁴ Herrera, 1983, p. 455.

⁵⁵ Bazant, 1995, p. 119.

sus industrias. En el caso del comercio con el Atlántico, el mercado norteamericano tenía dos entradas principales. Por el norte contaba con el puerto de Nueva York y por el sur con el de Nueva Orleáns. Este último significaba el punto de contacto con el Caribe y por él ingresaban muchos de los productos y mercancías que circulaban por la región caribeña. Los puntos comerciales norteamericanos eran Nueva York, Nueva Orleáns, Boston, Filadelfia, Baltimore, Savannah, Galveston y Tampa.

Al iniciar la última década del siglo XIX, el puerto de Nueva Orleáns ocupaba el segundo lugar en importancia comercial para los Estados Unidos. El periódico Delta de Nueva Orleáns señalaba: "(...) el aumento casi fenomenal de los negocios aquí, indica que es uno de los puertos de entrada más florecientes del país en el comercio de frutas tropicales (...)" Ciertamente, a esta plaza ingresaban gran cantidad de frutas y algunos otros efectos de la región y para 1890 se reportaban cuarenta buques destinados al comercio local, cuyo principal producto transportado era la fruta adquirida en los puertos de Centroamérica (especialmente la producida en Honduras y Nicaragua) y Progreso.

La posición estratégica del puerto de Nueva Orleáns lo hacía la mejor opción para realizar transacciones económicas con la región caribeña y centroamericana; la travesía de Honduras a Nueva Orleáns se hacía en cinco días, mientras que al de Nueva York se requerían nueve. El Economista Mexicano anotaba que en el caso de las frutas "La corta travesía a este punto hace que lo prefieran los embarcadores, pues las embarcaciones locales nunca encuentran la variedad de temperaturas que frecuentemente arruinan las frutas en los buques que navegan entre los países meridionales y Nueva York, Boston y Filadelfia."⁵⁶ A pesar de que Nueva York resultaba lejano para el transporte de frutas tropicales, a éste arribaban frutos de Jamaica y de algunas otras islas del área antillana.

Del puerto de Nueva Orleáns se abastecía al mercado de Cincinnati y la mayoría de las ciudades al oeste del Mississippi hasta San Francisco, aunque en esta última plaza se abastecía principalmente de la California meridional. Los principales consumidores de frutas eran los estados manufactureros del este de los Estados Unidos, especialmente Massachusetts, en donde el plátano tenía una gran demanda. ⁵⁷

La fruta era un producto de difícil transporte, debido a que con suma facilidad entraba en descomposición, así que los

⁵⁶ El Economista Mexicano, 23 de mayo de 1891.
⁵⁷ El Economista Mexicano, 23 de mayo de 1891.

barcos tenían que implementar mecanismos que les ayudaran a conservar mejor los productos como fue el sistema de ventiladores en cubierta, muy semejantes a cañerías, con las cuencas frente al viento, para que a medida que el buque navegara, se generaran corrientes de aire y los flancos de las pipas que lo recogían lo hacían bajar al depósito, desde donde subía a los ventiladores y refrescaba el cargamento.

El comercio norteamericano era diverso y sus relaciones con otros países fueron en constante avance. Inglaterra, Alemania, Francia, Italia, Irlanda, Bélgica y España fueron importantes plazas comerciales en donde los productos de factura norteamericana encontraban amplio mercado, toda vez que en los Estados Unidos las mercancías que tenían como origen a los países mencionados contaban con una buena demanda. El mercado con el resto de América también mantenía gran importancia, sobre todo con Cuba, México, Guatemala, Honduras y Colombia. Para 1905 en el terreno de las exportaciones, Inglaterra ocupaba el primer lugar como receptor de los productos norteamericanos, seguida por Alemania y Francia; Cuba ocupaba el cuarto sitio y México el treceavo lugar.⁵⁸ Es necesario advertir que el comercio con México venía en aumento y desde la década de los ochenta éste se encontraba en dirección ascendente. El cónsul mexicano en

⁵⁸ The Daily Picayune, 8 de julio de 1905.

Nueva Orleáns así lo reportaba en su informe anual de 1880, en el cual aseguraba que:

(...)en mi reseña correspondiente al año de 1879, recuerdo haber anunciado las probabilidades que había de que el comercio que México mantiene con este puerto toma cierto incremento, ese anuncio se realizó y creo deben de repetirlo para el año que va transcurriendo el que ha inaugurado bajo auspicios verdaderamente plausibles.⁵⁹

El mismo cónsul advirtió que el producto mexicano con mayor demanda en ese puerto era el café, mientras que el de mayor salida y demanda hacia México era el algodón. Sin embargo hay que recordar que el henequén fue un producto de alta demanda en los Estados Unidos, y desde mediados del siglo XIX las plantaciones de éste tomaron la delantera sobre las de maíz y caña de azúcar y su exportación creció de manera sorprendente. Al iniciar la década de los ochenta el cultivo del henequén ocupaba el 60 % de la superficie del estado de Yucatán, 36 % los sembradíos de maíz y 3.7 % los de caña de azúcar.⁶⁰

El henequén salía por el puerto de Progreso con destino a Nueva Orleáns, Nueva York o hacia Europa, en donde encontraba mercado en países como Francia e Inglaterra. Es

⁵⁹ AHSRE, exp. 37-13-66. Informes comerciales rendidos por el consulado mexicano en Nueva Orleáns, 1880.

⁶⁰ Ancona Riestra, 1996, p. 20.

necesario señalar que cuando los cargamentos tenían como destino Nueva York o Europa, paso obligado de éstos era la Habana; allí los barcos se abastecían de lo necesario para continuar la travesía hacia su destino.

La gráfica 1.4 muestra como aumentaron las exportaciones de henequén desde 1869 a 1886, sobre todo en 1885.



Los productos mexicanos que arribaban al puerto de Nueva Orleáns encontraban un amplio mercado gracias a dos factores. Por un lado la posición del puerto norteamericano y por el otro la facilidad de transporte que proporcionaba tanto el río Mississippi como el ferrocarril; ya que partiendo de este

punto llegaba con relativa prontitud a Arkansas, Kansas, Colorado, Texas y los demás estados. Incluso algunos productos eran transportados hasta San Francisco, California. Entre las ventajas que el ferrocarril ofrecía se encontraba el hecho de que este transporte no estaba sujeto a las inclemencias del crudo invierno norteamericano.⁶¹

Para el estado de Luisiana el ferrocarril constituyó un estímulo para su economía y su mercado, pues lo conectaba con otros circuitos comerciales del interior de la unión americana, con lo cual imprimía un nuevo dinamismo a su sistema económico. Los productos que arribaban al puerto de Nueva Orleáns encontraban un mercado mucho más amplio que el fluvial.

En México, la construcción del ferrocarril también amplió y mejoró los circuitos comerciales. Para el caso de las costas del Golfo de México con el ferrocarril central, la dinámica mercantil adquirió nuevos rumbos y amplió sus mercados y variedad. A decir, por ejemplo, del El Economista Mexicano en 1887, en el puerto de Veracruz y sus alrededores, el mercado regional se veía obstaculizado por las condiciones desfavorables, pero con la introducción del ferrocarril que lo unió con la capital fue:

(...) notoria entonces la riqueza de aquella plaza, y esto fácilmente se comprende recordando que las mercancías estaban sujetas a recargos innecesarios y muy

⁶¹ AHSRE, exp. 37-13-66. Informes comerciales rendidos por el consulado mexicano en Nueva Orleáns, 1880.

gravosos en la misma plaza, con gran provecho del gremio de cargadores y de las casas comisionistas, y por ende, de la misma población aunque con gran perjuicio de los consumidores del interior, quienes se veían así obligados a una contribución indirecta e ineludible.⁶²

Una vez que se concluyó el ferrocarril (1873), las mercancías y los efectos que encontraban plaza tanto en las costas como en las región central del país pudieron ser transportadas con gastos menores, aminorando las pérdidas que surgían en su circulación y evitando los problemas que esto significaba. Esta situación afianzaba con mayor fuerza al puerto veracruzano como centro comercial. Con la introducción del ferrocarril al puerto veracruzano hubo un efecto positivo, no sólo para el comercio regional sino para el nacional en general pues, además de que los cargamentos crecieron en volumen, los gastos que normalmente originaban se abarataron.⁶³

El ferrocarril ratificó al puerto de Veracruz como proveedor e intermediario entre la mayor parte de la república y el exterior. Pero es necesario decir que, con el desarrollo de los ferrocarriles (tanto el mexicano como el central) en un primer momento, el puerto de Veracruz se vio beneficiado, pero después no fue así, ya que con la expansión de las vías férreas, el comercio también adquirió nuevas rutas y ahora muchas de ellas fueron terrestres, en su

⁶² El Economista Mexicano, 21 de mayo de 1887.

⁶³ García Díaz, 1996, p. 17.

mayoría hacia el norte, lo cual ocasionó una baja en el movimiento marítimo. La aduana del norte cobró mayor importancia y los movimientos de transporte que por ella se realizaban en ocasiones superaron a los efectuados por el puerto veracruzano.

En el caso específico de la península de Yucatán, el ferrocarril también constituyó un factor importante en el desarrollo del mercado interno. El maíz, la caña de azúcar y el henequén se vieron favorecidos con el tendido de vías férreas, abaratando y agilizando su transporte y comercialización.

Por lo que toca a los productos de factura norteamericana, en la segunda mitad del siglo XIX, observaron incrementos en los mercados del exterior. En México, por ejemplo, los instrumentos de agricultura, la madera para construcción, maquinaria, ferretería, cerveza y otros artículos cobraron gran demanda.

El comercio de los Estados Unidos en el último cuarto del siglo XIX se caracterizó por establecer una serie de contactos mercantiles con el resto de América Latina. Con respecto a México durante el porfiriato, Mabel Rodríguez señala que:

México se convirtió en uno de los principales socios comerciales de Estados Unidos en América Latina. De hecho, entre 1894-1910 fue el mayor consumidor de bienes estadounidenses entre los países de la región, y

para los compradores estadounidenses, los productos mexicanos no eran menos importante.⁶⁴

En conjunto, el movimiento marítimo de la región del Alto Caribe experimentó cambios y transformaciones que en ocasiones beneficiaron a los intereses allí establecidos y en otros actuaron de manera adversa. Lo cierto es que la economía regional continuó un recorrido ascendente y en este proceso los puertos continuaron siendo centros mercantiles de gran importancia.

Los productos de origen norteamericano poco a poco fueron ganando terreno y se colocaron con gran demanda en el mercado caribeño y más tarde se extendieron al resto de América Latina en donde, al paso del tiempo, se constituyeron en objetos de consumo cotidiano. Este proceso se complementó con el movimiento de las mercancías y efectos de origen centroamericano y caribeño que encontraron gran demanda en el país del norte.

En resumen, es posible señalar que en el Alto Caribe, durante la segunda mitad del siglo XIX, tuvo lugar un proceso económico que determinó en la región una dinámica propia caracterizada por movimientos de capitales, mercados, flujos y abastecimiento de productos -algunos de vieja data y otros de reciente demanda. Dicho proceso se inscribió en la lógica del desarrollo de capitalismo mundial, el cual experimentaba

⁶⁴ Rodríguez Centeno, 1996, p. 738.

profundas transformaciones que se reflejaban en cambios estructurales y coyunturales.

El proceso de consolidación del capitalismo -conjugado con el desarrollo médico-científico- demandaba condiciones apropiadas para su desarrollo y es, pues, en este contexto en que surge la necesidad de saneamiento. El proyecto sanitario y las políticas higiénicas que se desarrollaron e impulsaron en la región del Alto Caribe respondieron, entre otros aspectos, a las demandas del capitalismo y a los intereses económicos, políticos y sociales que allí de establecieron.⁶⁵

⁶⁵ Hobsbawm, 1996.

CAPITULO II

Las epidemias en los puertos de el Alto Caribe.

La región del Alto Caribe mantuvo una integración comercial que encontró su auge en la segunda mitad del siglo XIX. Sin embargo, el contexto geográfico (sobre todo climático) favorecía la aparición, desarrollo y difusión de enfermedades infecto-contagiosas. El objetivo de este capítulo es presentar dicho contexto y hacer un recuento y análisis demográfico de las enfermedades que se convirtieron en epidemias.

I) Los peligros veraniegos: el clima y las temperaturas.

La región del Alto Caribe es una zona tropical situada en la periferia del noratlántico que está sometida a la acción de los vientos alisios del nordeste en invierno y del este-nordeste en verano. Las aguas del Caribe mantienen condiciones climáticas consideradas como cálidas y con fuertes corrientes marinas. Las temperaturas de las aguas superficiales de las costas alcanzan de 26 a 27 grados centígrados en invierno y hasta de 28 y 30 grados centígrados

en el verano.⁶⁶ Por esta razón, es una de las zonas más calientes del continente americano.

El verano es la época del año donde se registran las temperaturas más altas que se combinan con un ambiente húmedo extremoso ocasionado por las fuertes lluvias. Debido a estas características climáticas la región es señalada como poco recomendable para el establecimiento de asentamientos humanos ya que el sitio es propicio para el desarrollo de un ambiente insano e idóneo para el aumento de enfermedades y epidemias. A lo largo de los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX, el verano constituía el período de mayor peligro, debido a que en él se difundían una serie de enfermedades, muchas de ellas importadas de África, Asia y Europa, que encontraban su hábitat ideal en la región del Alto Caribe.⁶⁷

Los fuertes vientos conocidos entre la población veracruzana como "los nortes", la lluvia y la humedad atmosférica propiciaban condiciones favorables para las epidemias. Los principales puertos de la región (Nueva

⁶⁶ Academia de Ciencias de Cuba y Academia de Ciencias de la URSS, 1979, p. 34. Para el caso de Nueva Orleans el promedio de temperatura fue calculado en 80 grados fahrenheit. LC, Tulane University. "Observations on the Epidemic Yellow Fever of Natchez and the South-west, by John W. Monette, M.D. Louisville, N.Y. 1842, pp. 33-37. Para México J. Figueroa Domenech elaboró una guía general descriptiva de la República Mexicana en la que establece que en los estados costeros del Golfo de México (Campeche, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán) el clima predominante es cálido y húmedo, el terreno arenoso y pantanoso, los puertos generalmente estaban rodeados de lagunas. Domenech, 1902, pp. 39, 635, 738 y 674.

⁶⁷ A decir de Ralph Shlomowitz los europeos trajeron la viruela, tuberculosis, sarampión y la neumonía; los africanos trajeron la malaria y la fiebre amarilla y los asiáticos la viruela. Shlomowitz, 1989, p. 586.

Orleáns, la Habana y el puerto de Veracruz) a pesar de mantener condiciones diferentes⁶⁸ padecían los mismos problemas. Las ciudades generalmente estaban circundados por dunas, pantanos, médanos, lagunatos o aguas estancadas que funcionaban como criaderos de mosquitos y larvas que más tarde serían los transmisores de enfermedades.⁶⁹

Todo esto hacía de los puertos del Alto Caribe el sitio ideal para el desarrollo de enfermedades de clima cálido y tropical. Diversas enfermedades fueron conformándose como epidemias que hacían su aparición de forma regular en determinadas épocas del año en que las condiciones climáticas favorecían su surgimiento y difusión.

El verano fue la temporada más difícil tanto por viajeros como comerciantes que visitaban las aguas y tierras caribeñas. Los meses de mayo a septiembre fueron los de mayor mortalidad, debido a que en ellos se registraban enfermedades propias de la estación. Incluso, el verano llegó a tener tal fama que algunos de los viajeros relataban la desconfianza que tenían con el sólo hecho de pasar por el lugar. Por ejemplo, Ignacio Manuel Altamirano, quien visitara las costas

⁶⁸ Cabría recordar que mientras que Veracruz y la Habana son puertos de mar, Nueva Orleáns es un puerto ribereño y su contacto con el mar es a través del río Mississippi.

⁶⁹ Para el caso del puerto de Veracruz el delegado sanitario en esa ciudad advertía que durante el mes de junio la acumulación de agua era fuerte, pero una vez concluido el período de lluvias, la ciudad se encontraba rodeada de "lagunatos"; las calles quedaban llenas de baches y charcos, criaderos de mosquitos y males olores. AGEV. fondo: gobernación, sección: salubridad, caja 262, exp: 1, letra: f, informe del Dr. Narciso del Río, enero de 1903.

del Golfo de México en la década de los setenta en el siglo XIX, señalaba la peligrosidad de la costa, y cómo las temperaturas y las condiciones geográficas resultaban ideales para la fiebre amarilla o "vómito negro". El viajero anotaba que durante el verano, en el recorrido que se hacía de Veracruz a la Ciudad de México por tren, era frecuente compartir vagón con enfermos o convalecientes del vómito. La enfermedad llegaba a ser tan severa y cruel con la población que los porteños veracruzanos adoptaron frases como "Septiembre. Se tiembla".⁷⁰

La temperatura del agua en la superficie influía en la condiciones climáticas. Dicha temperatura está determinada por cuatro factores básicos: a) las corrientes cálidas del Océano Atlántico; b) el calentamiento de las aguas del mar Caribe y del Golfo de México durante el verano; c) su enfriamiento en el invierno, sobre todo en la parte septentrional de la zona; y d) el movimiento vertical. La circulación de las aguas del Caribe se debe a las corrientes ecuatoriales del Atlántico, a los vientos que soplan sobre sus aguas y a la diferencia del nivel de los mares.⁷¹

En el Golfo de México, debido a las condiciones geográficas, tienen lugar sistemas de circulación y de corrientes cerrados o semicerrados que provocan vientos

⁷⁰ Veracruz, Gobierno del estado, 1992, pp. 27 y 33.

⁷¹ Academia de Ciencias de Cuba y Academia de Ciencias de la URSS, 1979, p. 64.

atrapados que giran en la zona y tardan para salir.⁷² Durante el verano, el sol calienta las aguas de manera uniforme; por eso, la temperatura de la superficie es más o menos homogénea en todos los litorales del Gran Caribe (aproximadamente 28 y 30 grados centígrados). No así en el invierno, pues sus aguas -pero sobre todo las del Golfo de México-, sufren un enfriamiento debido principalmente a las masa de aire frío procedentes de América del Norte.

Este fenómeno beneficiaba sobremanera la libre circulación de las epidemias de carácter tropical en las aguas caribeñas, pues los mosquitos viajaban dentro de los barcos que navegaban por el Caribe al mantener condiciones climáticas similares. Gonzalo Aguirre Beltrán apunta que durante el tráfico negrero el mosquito *Culex fasciatus* viajaba en la setina de los buques, resistiendo las largas travesías, reproduciéndose en barriles y depósitos de agua descubierta.⁷³ Otro factor climático que beneficiaba la circulación de la enfermedad fue la humedad, Finlay concluyó que:

Una cierta cantidad de humedad atmosférica, la proximidad a ríos, lagos, estanques o pantanos y abundantes lluvias, parecen constituir elementos favorables para la propagación de la fiebre amarilla, de modo que al menos estamos en condiciones de deducir la comparativa inmunidad que se dice resultar de un apuesto

⁷² Academia de Ciencias de Cuba y Academia de Ciencias de la URSS, 1979, p. 64.

⁷³ Aguirre Beltrán, 1994, p. 101.

estado de cosas, en seco, localidades áridas; y también de la coincidencia de las temporadas epidémicas con los meses de lluvias de cada año. Observando la influencia de la proximidad de la costa y en relación a este hecho, el curso de las epidemias en los Estados Unidos y donde quiera, demuestra que su vecindad no constituye un factor elemental. La circunstancia de que todos los puertos de mar sean los puntos más susceptibles para convertirse en focos endémicos puede ser debido a los bajos niveles, las altas temperaturas y la humedad atmosférica, unido esto a la abundancia de sujetos sensibles y a la facilidad para la re-introducción de nuevos gérmenes de la enfermedad.⁷⁴

Finlay descubrió también que, debido a estas condiciones climáticas, geográficas y atmosféricas, la fiebre amarilla se podía transportar libremente por toda la zona del Caribe, pero principalmente en la región del Alto Caribe.⁷⁵ Los puertos que integraban esta área (Nueva Orleáns, la Habana, Progreso, Campeche, Veracruz y Tamaulipas) fueron constantemente afectados por las epidemias y por lo tanto considerados como lugares insanos y no aptos para los asentamientos humanos.

⁷⁴ Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 122.

⁷⁵ Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 129.

II) El panorama epidémico: Las enfermedades y su desarrollo en la región caribeña.

Durante el siglo diecinueve varias epidemias invadieron las aguas caribeñas y los puertos de la región. Entre las más significativas estuvieron las de cólera en 1833 y 1850; las de viruela de 1852, 1881 y 1906; la de sarampión de 1882; las de peste bubónica de 1903; las de paludismo de 1882, 1904 y 1906; y las de fiebre amarilla de 1878 y 1905.

Una periodización de las enfermedades permite señalar que entre las que registraron mayor incidencia estuvieron el cólera, la fiebre carbonosa, la malaria, los orejones, la peste bubónica, la tifoidea y la viruela.⁷⁶ En el caso del cólera, además de las dos grandes epidemias de 1833 y 1850, en la segunda mitad del siglo continuó apareciendo en forma endémica. En las costas del Golfo de México se presentaron casos que fueron considerados como epidémicos en seis ocasiones (1867, 1868, 1873, 1874, 1905 y 1906).⁷⁷

⁷⁶ Para la isla de Cuba por ejemplo, entre los años de 1870 y 1914, del total de muertes, la tuberculosis comprendió el 15.2 %, seguida de la fiebre amarilla con el 6.14 %, la viruela con 3.39 % y el paludismo con el 2.4%, el resto se debieron a diversas causas. Le Roy y Cassá, 1915, pp. 47, 48, 49 y 50.

⁷⁷ Sobre la epidemia del cólera en el siglo XIX, se cuenta con dos excelentes trabajos, uno de Lourdes Márquez Morfín y otro de Elsa Malvido. Márquez, 1994. Malvido, 1992.

III) El cólera: siempre presente en los puertos del Caribe.

El cólera es una enfermedad que se desarrolla principalmente en condiciones higiénicas deplorables. Su contagio se debe a un bacilo aerobico de forma curva, que se reproduce en sitios de suciedad y en lugares de alta concentración de materia en descomposición. Esta enfermedad se había desplazado libremente por la región del Caribe contaminando puertos y ciudades.⁷⁸

Lourdes Márquez Morfin señala que la epidemia de cólera que afectó a México en 1833, fue importada directamente de Nueva Orleáns y que tres fueron los puntos de entrada: Tampico, Campeche y Veracruz.⁷⁹ El cólera, como muchas otras enfermedades que se desarrollaron en climas húmedos, encontró su hábitat natural en Nueva Orleáns, por la gran cantidad de pantanos que circundaban a la ciudad. Algunas de las familias que habitaban en dicho puerto señalaban los estragos que esta enfermedad causaba y la forma que la gente se asustaba ante la misma; así señalaban que el "Cólera era un desastre para

⁷⁸ Márquez, 1992, p. 79.

⁷⁹ Márquez, 1992, p. 77. Elsa Malvido advierte que el recorrido de la epidemia inició en Nueva York, más tarde apareció en Nueva Orleáns, de allí pasó a la Habana y Texas, por este último paso al territorio mexicano a través de Coahuila. Aun cuando la tesis de Malvido señala para México un primer contagio por vía terrestre no se contraponen a la tesis de Márquez que de Nueva Orleáns también pasó hacia las costas mexicanas del Golfo de México. Malvido, 1992, pp. 12 y 13.

la ciudad".⁸⁰ De igual manera, las costas cubanas albergaban a este padecimiento. En 1867, el Consejo de Salubridad de Veracruz reportaba la amenaza de este mal en la isla de Cuba y señalaba:

Por noticias fidedignas de pasajeros que llegaron de la Habana en el vapor francés "Panamá" y por cartas particulares del mismo puerto se sabe de positivos que en él han aparecido y se está desarrollando la terrible enfermedad del cólera morbo asiático.⁸¹

En esta ocasión el puerto de Santiago fue de los más afectados; las autoridades sanitarias de este sitio notificaban los estragos que esta enfermedad causaba en la población y cómo las condiciones geográficas que rodeaban a la ciudad favorecían el desarrollo de la epidemia. Cabe mencionar que la preocupación no sólo se circunscribía al área caribeña, sino que, de igual manera, también inquietaba la presencia de ésta en otros puntos, como en el continente europeo.

En el caso de México la cancillería estaba pendiente de cualquier brote epidémico que se suscitara en algún puerto del viejo continente. Por ejemplo, en 1873, se supo de una epidemia de cólera en París, la cual parecía que invadiría los puertos que comunicaban con el Atlántico y que por ende -

⁸⁰ SC, Tulane University, Harrison-Hoffman Papers, box 209, folder 1. Cartas de la familia Harrison-Hoffman.

⁸¹ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 1, exp: 47, correspondencia general de la Secretaría de Gobernación.

debido al contacto comercial con América- llegaría a los puertos caribeños.⁸² Algo parecido sucedía con las costas de los Estados Unidos, que inmediatamente se movilizaban ante la amenaza del cólera. Incluso se crearon organismos que vigilaran la presencia y desarrollo de la epidemia cuando ésta se presentaba, sobre todo en el verano, cuando el clima favorecía sobre manera su presencia.⁸³

En la segunda mitad del siglo XIX, el cólera tuvo dos momentos álgidos y puso en jaque la salubridad en las aguas del Alto Caribe, en 1882 y en 1892. El primer ataque apareció en México, concretamente en los estados de Tabasco y Chiapas, de donde corrió rápidamente hacia otros lugares invadiendo las costas mexicanas y algunos otros sitios. El segundo ataque se inició en Nueva York desde donde se extendió hacia el sur del continente.

El Consejo Superior de Salubridad de México empezó a reportar casos aislados desde el segundo semestre de 1881. Sin embargo, no los llegó a considerar como el inicio de una epidemia, pues todo indicaba que serían controlados y las autoridades sanitarias podrían erradicar la enfermedad. Incluso se ordenaron las investigaciones de rutina, tanto en

⁸² AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 1, exp: 52. Informe de la Secretaría de Relaciones Exteriores al Consejo Superior de Salubridad.

⁸³ The Daily Picayune, 23 de julio de 1905. En este año, Nueva Orleans, sufrió un brote de cólera que cobró varias víctimas. De acuerdo con The Daily Picayune la cifra en ese verano llegó a 95 casos.

las costas como en la capital mexicana, sin hallarse elementos de preocupación.⁸⁴

Los primeros casos de alarma se reportaron hasta el verano de 1882, en que situaciones recurrentes comenzaron a aflorar en los estados de Chiapas y Tabasco, y la amenaza de extenderse comenzó a ser más evidente. La Secretaría de Gobernación dio a conocer un telegrama recibido del gobernador de Oaxaca que señalaba:

Contestando su telegrama de hoy inserto a usted el que recibí ayer del jefe político de Tehuantepec y es el siguiente: Carta de Cirilo T. Recibida de Tuxtla, dice que el día 14 hubo 28 muertos por cólera, sin contar los de la noche. Esta es la última noticia que tengo para comunicar.⁸⁵

Si bien las autoridades locales de Chiapas no declaraban abiertamente la existencia de la enfermedad, las de Oaxaca - por su parte- emitían la voz de alerta en torno a ser invadidos por la misma. Las regiones más afectadas eran las del Soconusco y Tehuantepec.

Algunos periódicos capitalinos, entre ellos La Voz de México, dieron a conocer la existencia de la epidemia y señalaban que:

Hemos recibido la siguiente carta, que como ven nuestros lectores, contienen una noticia muy alarmante.

⁸⁴ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sección, caja 2, exp. 9. El Monitor Republicano, 26 de enero de 1882.

⁸⁵ La Voz de México, 28 de septiembre de 1882.

Llamamos la atención a nuestras autoridades para que antes que llegue la epidemia, dicten todas las medidas que aconseja la prudencia y una buena higiene.⁸⁶

Hacia los últimos días de octubre, se reportaron casos en Campeche y se rumoraba con insistencia la posible contaminación de algunos puntos del estado de Veracruz, como San Andrés Tuxtla y Coatzacoalcos,⁸⁷ desde donde podía esparcirse con facilidad por las costas del Golfo de México.

Para finales del año de 1882, el cólera en Chiapas adoptó un carácter de emergencia y las noticias que circulaban en torno a la situación que allí se vivía eran preocupantes pues la prensa señalaba que la epidemia había sobrepasado cualquier tipo de control y proporcionar cifras alarmantes en cuanto a la mortalidad allí registrada.⁸⁸

El peligro de cólera siguió vigente el resto de la década de los ochenta y las autoridades mexicanas establecieron como prioridad para su cuerpo diplomático en el área del Alto Caribe, como en el norte y Sudamérica e incluso en Europa (principalmente en Inglaterra e España) estar pendientes sobre cualquier brote de la misma y notificar de manera inmediata algún caso que pudiera extenderse y amenazar las costas mexicanas.

⁸⁶ La Voz de México, 28 de septiembre de 1882.

⁸⁷ La Voz de México, 1 y 26 de octubre de 1882.

⁸⁸ La Voz de México, 17 y 31 de diciembre de 1882.

En 1892, diez años después, el cólera volvió al escenario. Las noticias sobre la posibilidad de nuevamente padecerla provocaron expectación y movimiento en las autoridades responsables de la salud, tanto en México como en Cuba y en los Estados Unidos.

Las noticias provenientes del desarrollo epidémico en Nueva York causaban alarma en la región del Alto Caribe, pues la experiencia de diez años atrás había puesto de manifiesto la rápida difusión de la enfermedad en las aguas caribeñas. El Partido Liberal informaba sobre este asunto de la siguiente manera:

Telegramas de Londres comunicados a los periódicos más respetables de aquel país, que los reproducen por sus corresponsales en los puntos de donde proceden, avisan que un vapor inglés llegado a Calcuta, traía a bordo enfermos atacados de cólera y que en el Cáucaso, Rusia, había aparecido la epidemia, causando innumerables víctimas. *L'Intransigeant*, periódico de París, fechado hoy, pero publicado según costumbre, ayer, trae el suelto que adjunto. De él aparece que en aquella capital existen casos de cólera y que en Saint Denis, barrio inmediato a la ciudad, se han registrado defunciones causadas por tan terrible mal.⁸⁹

De Hamburgo también llegaron noticias del camino que el cólera estaba siguiendo; el cónsul mexicano reportaba en agosto que se habían registrado 80 casos confirmados, por lo que advertía extremar precauciones con los buques procedentes de aquel puerto, sobre todo con el vapor "Galicia" que había

⁸⁹ El Partido Liberal, 23 de julio de 1892.

salido con la patente limpia, pero anotaba la conveniencia de que en Progreso fuera detenido y sometido a un examen cuidadoso.⁹⁰

En Europa había optimismo en cuanto al control de la misma y algunos médicos como el Dr. Koch en Hamburgo opinaban que la epidemia cedería con rapidez. Sin embargo, el desarrollo de la misma mostraba el lado contrario y los casos se repetían lo mismo en Londres y Liverpool, que en París y Viena o algunos puertos españoles.⁹¹

El cuadro se complicó aún más cuando comenzaron a circular noticias de que Nueva York estaba infestado de cólera, pues resultaba evidente que una vez llegado allí fácilmente se transportaría a Nueva Orleáns y de allí a la Habana y Veracruz. La prensa mexicana alertó sobre la presencia de la enfermedad en aquel puerto norteamericano y reclamó a las autoridades extremar precauciones.

En Washington el gobierno convocó al Consejo de Ministros para evaluar la situación y adoptar medidas apropiadas para erradicar la epidemia de sus puertos y evitar que corriera tierra adentro, pues ya se desarrollaba con facilidad en el puerto de New York.⁹²

⁹⁰ AHSS, fondo: salud pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 5, exp. 2. 1892.

⁹¹ El Universal, 1 de septiembre de 1892.

⁹² El Universal, 3 de septiembre de 1892.

El cólera constituyó una causa de muerte significativa en la región pero no fue la única enfermedad que encontró condiciones adecuadas en la región. Otras también lo hicieron y complicaron el cuadro epidémico.

IV) El paludismo (malaria) y el tifo: habitantes "distinguidos" del Caribe.

A la par del cólera, el paludismo hizo su aparición a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX.⁹³ Al igual que el cólera, la simple posibilidad que llegara a las costas del Golfo de México movilizaba la política sanitaria del área.

El paludismo encontró condiciones de desarrollo en las costas mexicanas. El estado de Veracruz fue de los más afectados por esta epidemia y el mayor número de enfermos lo registró durante 1904 y el primer semestre de 1905, que en total sumaron 5279 casos, de los cuales el 31.2 % se concentró en el puerto de Veracruz y alrededores.⁹⁴ Sin embargo, aunque el paludismo se focalizaba en este punto, ésto no implicaba que sólo allí se registraran afectados. El

⁹³ El paludismo (malaria) es una enfermedad metaxénica, caracterizada por fiebre intermitentes, anemia y esplenomegalia; con tendencia a la cronicidad y a las recaídas. La transmisión natural del padecimiento se efectúa a través de un vector: el mosquito hembra de las especies susceptibles del género Anopheles. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1980, pp. 292 y 293.

⁹⁴ AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, serie: consejo de salubridad-código sanitario, caja: 258, letra: L, 1905. Informe del número de casos de paludismo observado en los hospitales de los cantones del estado de Veracruz.

contagio penetraba desde mar adentro hasta tocar tierra y cobrar más víctimas allí.

El tifo fue otra enfermedad que rondaba la región del Alto Caribe y constituía permanentemente una amenaza para los puertos de la región. El ayuntamiento veracruzano manifestaba, por ejemplo, desde 1876 el peligro que esta enfermedad significaba para el puerto y para la comunicación naviera. Si bien las investigaciones sobre el tifo habían avanzado en su esclarecimiento, etiología, difusión y prevención desde 1844, para las últimas décadas del siglo XIX seguía constituyendo un peligro.⁹⁵

Los casos de tifo siguieron y se anunciaron enfermos tanto en México como en los Estados Unidos; en 1882, se informó un brote importante en Pachuca, el cual fue atribuido a una falta de cuidado e irresponsabilidad de las autoridades sanitarias.⁹⁶

En los Estados Unidos hubo algunos brotes a lo largo de 1892, sobre todo en Chicago donde cobró más víctimas. El médico mexicano Domingo Orvañanos se dedicó a realizar una investigación en aquel país para establecer el cuadro epidémico y en uno de sus informes reportaba:

Durante la temporada de seca prevalecen [las enfermedades infecciosas] y si ésta se prolonga, como ha

⁹⁵ Márquez Morfín, 1994, pp. 215 y ss.

⁹⁶ La Voz de México, 30 de septiembre de 1882. El Diario del Hogar, 5 de julio de 1882.

acontecido este año [1892], el tifo también persiste. Hay muchos casos, hecho que demuestra que el tifo es de origen fecal, de modo que estando sin agua las atarjeas, bien puede atribuirse a esta causa, la enfermedad (...) actualmente (...) en los Estados Unidos reina la fiebre tifoidea y en Chicago ha causado tal alarma que se ha nombrado una comisión especial para que le estudie y proponga los medios adecuados para disminuirla.⁹⁷

Ese mismo año se reportaron casos en el puerto de Veracruz y aunque no se convirtió en epidemia, la amenaza de que lo hiciera estuvo latente por dos años más en que los médicos locales declaraban casos esporádicos.

V) La viruela: una amenaza constante.

Otra enfermedad que también siguió siendo de gran peligro para la zona fue la viruela, pero ésta con características diferentes a las anteriores, pues su peligrosidad rebasaba las fronteras que el clima imponía a las otras. Su letalidad podía avanzar tierra adentro casi sin límites y arrasarse con grandes poblaciones. Varios brotes se suscitaron en la segunda mitad del siglo XIX (1852, 1881-82, 1902, 1903, 1906 y 1909), pero quizá la más severa fue la de 1881-82, que tuvo como foco inicial el puerto de Nueva Orleans y que se extendió por los estados vecinos de Louisiana, Arkansas, Mississippi, Tennessee y Missouri; hacia

⁹⁷ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 5, exp: 2.

el sur se extendió por Texas. Ciudades como Dallas y Austin resintieron la epidemia y bajas en su población.⁹⁸

A pesar de que en los Estados Unidos se presentaron algunos brotes de viruela y la expectación sobre la misma se tuvo desde los inicios de 1881, no fue sino hasta febrero de 1882 en que se declaró oficialmente la existencia la epidemia, pues anteriormente las autoridades sanitarias reconocían casos aislados, pero a decir de ellos las víctimas no eran suficientes para declarar el estado epidémico.⁹⁹

La epidemia recorrió grandes distancias e invadió importantes ciudades como Chicago y Nueva York en donde se reportaron casos de gente enferma y muertes; lo mismo sucedió en San Diego y Nuevo México.¹⁰⁰ En la Habana también se registraron muertes por viruela y pronto otras provincias de la isla fueron azotadas por la epidemia. Las descripciones de enfermos en los diarios fueron de lo más violentas y era posible encontrar notas que decían "Los cuerpos de los pacientes están cubiertos de erupciones negras y después de la muerte la carne se separa de los huesos, de tal modo que no pueden ser encerrados en los ataúdes sino en pedazos".¹⁰¹

⁹⁸ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp: 4. Recortes de periódicos del Times de Nueva Orleans.

⁹⁹ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 2, exp. 9. La Voz de México, 10 de febrero de 1882.

¹⁰⁰ AHSS, fondo: salubridad pública, sección presidencia, serie: actas de sesión, caja 3, exp.1 y 2.

¹⁰¹ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp: 4. Recortes de periódicos del Times de Nueva Orleans.

En esta epidemia de viruela, al igual que la de cólera, las autoridades norteamericanas culparon a los barcos de procedencia europea y las imputaciones a los inmigrantes europeos llegados a los Estados Unidos estuvieron al orden del día. El cónsul mexicano en Nueva York comunicaba que la opinión en aquella ciudad era que los casos de viruela habían sido causados por inmigrantes europeos allí radicados.¹⁰²

Como se ha señalado, el problema con la viruela es que se propagaba por grandes distancia con rapidez, pero a diferencia de otras enfermedades igual lo hacia por mar que por tierra. En el caso de los Estados Unidos, queda suficientemente claro cómo esta enfermedad se enfiló tierra adentro, pero también hacia otros puntos por mar.

Las noticias sobre el desarrollo de la epidemia en los Estados Unidos estuvieron a la orden día. Los periódicos daban a conocer cualquier movimiento de la misma y las acciones que se tomaban en torno a ella. El consulado mexicano en Nueva Orleáns hacía llegar cualquier noticia que se generaba y la prensa mexicana lo daba a conocer a la población. Así se podía leer "Viruela Negra: ha comenzado a desarrollarse en Nueva Orleáns, pero ya se han dado instrucciones convenientes a los inspectores de sanidad, para

¹⁰² AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 3, exp: 1.

que el horrible mal no tome [velocidad]. Actividad, mucha actividad en las prevenciones."¹⁰³

A partir de abril de 1882, la epidemia estuvo latente tanto en el interior de los Estados Unidos, como en las aguas del Alto Caribe. Algunos casos se reportaron en Cuba y en las costas mexicanas, e incluso la enfermedad invadió algunas otras islas de Caribe como Puerto Rico y Haití. En esta última la epidemia adquirió dimensiones impresionantes y el costo de víctimas fue elevado. Puerto Príncipe fue de los lugares más afectados y fue cerrado debido a la severidad de la enfermedad. Los reportes sobre la situación en este puerto señalaban que mucha gente con recursos había buscado refugio en sitios mejores, mientras que los más desprotegidos se habían quedado padeciendo los estragos de la misma.¹⁰⁴

En las costas mexicanas la viruela no tuvo la agresividad como en otros puntos, sin embargo, se mantuvo presente a lo largo del 1882 en la península de Yucatán. También se reportaron casos en Campeche e Isla del Carmen, pero las medidas preventivas habían ayudado al control de los mismos. Así por ejemplo, de Campeche se decía "Esta plaga ya va dejando en paz a los habitantes del Carmen, Campeche,

¹⁰³ El Diario del Hogar, 14 de abril de 1882.

¹⁰⁴ El Diario del Hogar, 9 de abril de 1882.

debiéndose esto sin duda a que la vacuna continúa su buen estado y se sigue trabajando en ella."¹⁰⁵

En el puerto de Veracruz también se presentaron algunos casos de viruela y fueron atribuidos al contacto marítimo con los Estados Unidos. Si bien los casos en el puerto no fueron tan elevados, el problema estuvo en que se extendían hacia adentro y se suscitaron casos en Córdoba, Orizaba y Xalapa, lo cual complicaba el cuadro sanitario regional, pues invadía dos de las principales rutas comerciales de vieja tradición.

La epidemia de viruela de 1882 generó interés sobre la manera de controlar y evitar la enfermedad, pero también de conocerla desde su origen. Las autoridades se dieron a la tarea de difundir información sobre la misma así como su origen y sintomatología. En México La Voz de México y El Diario del Hogar, periódicos dirigidos a un público amplio, se dedicaron en dar a conocer información sobre esta enfermedad y los beneficios de la vacuna.¹⁰⁶

Si bien la epidemia no fue erradicada del todo, pues continuaron presentándose algunos brotes, tanto en las costas del Golfo de México como en Nueva Orleans y la isla de Cuba,¹⁰⁷ no se volvieron a ver rangos tan altos en la

¹⁰⁵ El Diario del Hogar, 2 de junio de 1882. La Voz de México, 27 y 30 de abril de 1882.

¹⁰⁶ La Voz de México, 19 de marzo de 1882. El Diario del Hogar, 20 de abril de 1882.

¹⁰⁷ El Dictamen, periódico publicado en el puerto de Veracruz establece la presencia de casos en 1902, 1903 y 1906. The Daily Picayune habla de algunos casos para Nueva Orleans. El Universal señala que en 1892 se

mortalidad. Sin embargo, se confirmó que la región era vulnerable a este tipo de epidemias, lo cual la hacía una zona pandémica de viruela.

VI) De ratas, pulgas y piojos: La peste bubónica, complemento del cuadro epidémico.

La peste bubónica fue un factor de alto riesgo para los puertos caribeños, sobre todo en los años de la primera década del siglo XX, en los que registró una alta mortandad. La principal causa de esta epidemia fueron las malas condiciones de las ciudades y el desaseo que privaba en las calles, pues el agente de transmisión de esta enfermedad eran los piquetes de pulgas que absorbían sangre de roedores con septicemia. Las pulgas abandonaban a los animales cuando morían, y al buscar nuevos huéspedes, podían picar al hombre.¹⁰⁸

El historiador Moisés González Navarro señala que lo fuerte de la epidemia -por lo menos para el caso mexicano- se desarrolló de diciembre de 1902 a marzo de 1903. Tuvo su inicio en un puerto, sólo que esta vez fue en las costas del Pacífico: Mazatlán. El mismo autor advierte que los

realizaron trabajos para activar campañas en contra de la viruela, El Universal, 11 de febrero 1892.

¹⁰⁸ Los bacilos se desarrollan y bloquean la faringe de las pulgas. Éstas, en intentos de alimentarse en animales, inoculan los bacilos regurgitados. El hombre o los animales pueden contagiarse por el contacto con animales enfermos. La transmisión de hombre a hombre puede efectuarse por gotillas de tos de enfermos neumónicos. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1980, pp. 304-305.

periódicos en la Ciudad de México atribuían la presencia de la enfermedad a inmigrantes chinos que llegaron a territorio mexicano provenientes de San Francisco.

En realidad la epidemia de peste bubónica de estos años mantuvo un radio de acción muy grande, pues además de atacar al sur de los Estados Unidos, México, y circular libremente por el Caribe, se dio aviso de casos de esta enfermedad en puertos egipcios, japoneses y portugueses, además de algunos reportes en el sur del continente americano.

La epidemia poco a poco fue controlada. En años posteriores se siguieron presentando casos aislados que alertaban a las autoridades de la región caribeña. Además de estas enfermedades y epidemias, otras marcaron con su aparición el panorama epidémico de la región, como fue la fiebre carbonosa, el sarampión y los orejones. Aunque su presencia afectó tanto a la economía como a la sociedad en general en los sitios donde se registraron casos y muertes causadas por ellas, no alcanzaron el carácter endémico como las aquí señaladas.¹⁰⁹

¹⁰⁹ No se quiere decir que estas enfermedades no son consideradas como epidemias y que en algunos casos alcanzaron un alto grado de letalidad, sino que no presentaron características de expansión en grandes territorios. Sobre la epidemia de sarampión de 1882, se dispone de un excelente trabajo desarrollado por Alejandra García Quintanilla en la ciudad de Mérida. La autora realiza un análisis profundo de la presencia de la enfermedad en la región y la forma en que ésta permeó y modificó el espacio social y las relaciones que en él se establecieron. García Quintanilla, 1992.

Finalmente es posible afirmar que las enfermedades antes apuntadas corroboran la pandemidad de la región del Alto Caribe, pero la que quizá mejor ilustre este fenómeno es la presencia de la fiebre amarilla, la cual, año con año, causaba grandes trastornos en la zona e invadía amplias extensiones de los litorales y circulaba con gran facilidad por las aguas caribeñas.

VII) La fiebre amarilla: el principal enemigo.

En la segunda mitad del siglo XIX, la fiebre amarilla o vómito negro no fue una enfermedad espectacularmente mortal, sobre todo comparada con otras epidemias como el cólera, pero sí fue una enfermedad que causaba trastornos en la vida económica y social de la región caribeña. Este padecimiento fue considerado por algunos historiadores como una de las grandes plagas de la humanidad.¹¹⁰ Se comenzó a hablar de él durante el siglo XVI cuando inició su mortífera presencia hasta alcanzar su magnitud en las postrimerías del siglo XVIII y durante todo el siglo XIX. El historiador Miguel E. Bustamante señala que:

¹¹⁰ Miguel E. Bustamante señala que fue de las enfermedades de mayor mortalidad junto con la peste, el cólera, el tifo y la lepra. Bustamante, 1958, p. I.

Mientras ya la peste estaba en franco retroceso, el cólera se batía en retirada y la lepra se acantonaba en las áreas del mundo donde vive lo más pobre de la humanidad, la fiebre amarilla se hacía más patente y se hacía presente con frecuencia lejos de sus fuentes de origen, sembrando el pánico y desafiando la pericia de los investigadores médicos y de los guardianes de la salud pública.¹¹¹

En las últimas décadas del siglo XIX, la región del Caribe una vez más volvió a ser escenario de una epidemia. La fiebre amarilla encontró en esta zona un sitio ideal para su desarrollo, debido principalmente a las condiciones climáticas. De este punto partía y se podía internar tierra adentro; hacia el norte del continente llegaba a Alabama, Memphis, Virginia o incluso Nueva York; en el caso de México, las costas del Golfo de México y la península de Yucatán se encontraban constantemente infectadas de este mal, pero la enfermedad se expandía invadiendo otras entidades como Chiapas, Oaxaca, Puebla, Hidalgo y el estado de México, hasta llegar a las costas del Pacífico. México podía sufrir los estragos de la fiebre amarilla de costa a costa y de punta a punta. Por lo que respecta a Cuba, ésta padeció los embates de la enfermedad invariablemente en todo su territorio.

La presencia de la fiebre amarilla en América durante el siglo XIX -sobre todo en la segunda mitad- adquirió el rango de una enfermedad continental. Lo mismo tuvo presencia en el

¹¹¹ Bustamante, 1958, p. I.

cono sur en países como Brasil, Chile y Argentina, que en el norte del continente. En Argentina su embate más fuerte fue registrado en el año de 1871, cuando Buenos Aires sufrió la presencia de esta enfermedad que se llegó a llamar "La peste grande".¹¹² En Centroamérica, la fiebre amarilla también hizo su aparición y el punto más afectado fue Panamá. Las costas del Pacífico tanto mexicanas como norteamericanas sirvieron como escenario para esta enfermedad. Puertos como San Diego, California, en los Estados Unidos y Mazatlán, Sinaloa, fueron infectados en repetidas ocasiones.

La región del Caribe -pero sobre todo la del Alto Caribe- fue de las más fuertemente azotadas por este mal. Cuba mantuvo el registro mayor en permanencia de esta epidemia, y los reportes señalaban que la fiebre amarilla habitó en la isla por espacio de 140 años, por lo que a lo largo de la centuria decimonónica constituyó uno de los focos principales de contaminación.¹¹³

La fiebre amarilla fue una enfermedad históricamente establecida en esta región. Su acción en un espacio físico o geográfico resulta difícil de establecer en la medida que aun cuando era una enfermedad de clima tropical su difusión podía rebasar esta barrera y avanzar a tierras con climas menos

¹¹² Sobre esta epidemia existen varios trabajos. Uno muy documentado es de Leandro Ruiz Moreno, titulado La peste histórica de 1871. Ruiz Moreno, 1949.

¹¹³ AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, serie: fiebre amarilla, caja: 262, exp: 10, letra 1.

cálidos como el altiplano central mexicano o los estados ubicados en la región centro-sur y centro-norte de los Estados Unidos. Sin embargo, su foco principal, tomando en cuenta la mortandad, se registró en la zona del Alto Caribe. Verano a verano se presentaba en los puertos de la región y era un peligro para los barcos que navegaban por las cálidas aguas caribeñas.

Cuba fue la más afectada y a lo largo del siglo XIX la fiebre amarilla constituyó la principal causa de mortandad en la isla. Al igual que otras epidemias, el mayor número de enfermos se registraban en el puerto de la Habana, debido a que era la ciudad con mayor población. Hay que recordar que Cuba recibía muchas migraciones de haitianos y jamaíquinos que deseaban emplearse en la isla principalmente en las plantaciones de caña y tabaco. El fenómeno migratorio se concentraba de oriente a poniente y la Habana era el punto de mayor atracción. Así que no es extraño que a causa del hacinamiento poblacional esta ciudad mantuviera el mayor índice de mortalidad.

Por otra parte, aunque la Habana era uno de los focos más importantes en cuanto a fiebre amarilla, no fue el único. Nueva Orleans también mantenía un índice de mortalidad alto debido a este padecimiento y constituía un peligro para el resto de la zona. Las aguas del Mississippi no sólo sirvieron de canales para que los barcos transportaran mercancías

tierra adentro sino que a través de los caudales del río las enfermedades también circulaban y contaminaban a otros puntos.

Veracruz fue el otro punto en donde la fiebre amarilla se desarrolló con gran facilidad y la población fue severamente afectada. Muchos de los viajeros que llegaron al puerto jarocho describieron la situación lamentable en la que se encontraba el puerto y cómo la fiebre amarilla constituía un verdadero peligro para cualquier habitante de esta plaza, o para quien la visitara. De allí que se le llegara a conocer como "la puerta del infierno", en buena medida por el calor que allí se registraba pero también por las enfermedades que se desarrollaban. En 1880, el francés Desiré Charnay, quien visitó las tierras veracruzanas, apuntaba:

Asentada sobre las arenas del mar, rodeada de dunas áridas y de lagunas estancadas, Veracruz es para el extranjero el recinto más malsano de México. La fiebre amarilla reina ahí plenamente y cuando un centro de migración le proporciona nuevos alimentos, se vuelve epidémica y de una violencia extrema.¹¹⁴

Cinco años más tarde Jules Leclerq señalaba la peligrosidad del puerto de Veracruz y aseguraba que tanto era el peligro que la gente la llamaba "Ciudad de los muertos", debido a que hablar de vómito o fiebre amarilla era hablar de Veracruz. Incluso el viajero señalaba que:

¹¹⁴ Citado en Novo, 1964, p. 125.

[...] la perspectiva de tener que ir a ella, aunque no sea más que para atravesar rápidamente la ciudad y embarcarse, es para ellos [se refiera a los viajeros] una insoportable pesadilla. Los hoteleros están tan acostumbrados a ver a las gentes huir de sus hoteles lo más rápidamente posible, que fijan avisos en que advierten a los pasajeros que tendrán que pagar tres pesos, preciso de todo un día, aunque sólo pasen media hora en el hotel.¹¹⁵

Los mismos viajeros señalaban la peligrosidad del puerto jarocho y lo fácil que era a partir de éste difundir las epidemias por el contacto que se tenía con el resto de la región, pues aunque los puertos de Tampico, Progreso y Campeche estaban habilitados para que en ellos se realizaran arribos de barcos que transportaban mercancías con México, el puerto veracruzano seguía siendo el de mayor movimiento y punto de partida y llegada de buques (tanto de pasajeros como de mercancías). De él partían barcos y navíos cuyo destino eran los puertos de la Habana, Nueva Orleans, Nueva York y los europeos de Santander, Sevilla y Cádiz, pero también con otros puntos del Golfo de México como Tampico, Campeche y Progreso. Por ello, cuando en este puerto aparecía una enfermedad o se contaminaba de alguna, su difusión era fácil y podía circular desde las costas de la Florida y la Louisiana hasta las de Tabasco y Yucatán.

¹¹⁵ Citado en Novc, 1964, p. 127.

Muchas veces la epidemia iniciaba en el puerto de Progreso o Campeche y los pasajeros de los trenes llevaban la infección a otras entidades como Chiapas, Tabasco o Oaxaca; o los pasajeros llegados a los puertos de Veracruz o Tampico por el mismo medio trasladaban la epidemia a Puebla, Hidalgo, San Luis Potosí o a la Ciudad de México. En el caso de Cuba por su condición insular la contaminación era mucho más rápida.¹¹⁶

La enfermedad podía ir todavía más allá e invadir otros países, pues ya estando en Chiapas fácilmente llegaba a Guatemala, Belice y Panamá. Igual sucedía cuando llegaba a Cuba y de allí se trasladaba a otras islas del Caribe como Haití, República Dominicana o Puerto Rico o incluso llegar a puertos europeos.¹¹⁷ El contagio de puerto a puerto era inevitable y en repetidas ocasiones se contagiaban entre sí formando grandes zonas pandémicas.

La población era atacada de manera diferente. Los nativos o residentes de largo tiempo mostraban una resistencia mayor ante la enfermedad, no así la población flotante, que generalmente era más susceptible. Los marineros

¹¹⁶ AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, caja: 258, exp: 60, letra: E. LC, Tulane University, "Observations on the Epidemic Yellow Fever of Natchez and of the South West" by John W. Monette, M.D. 1842. SC, Tulane University. Matas Collection, 868, box 37, folder 13. Rudolf Matas, Yellow Fever Retrospect. Reporte sobre la presencia de la fiebre amarilla en Cuba.

¹¹⁷ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 6, exp: 5. Informes del consul de México en Guatemala al ministro de gobernación, 1906. AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 3, exp: 9. Informes del consul de México en Panamá al ministro de gobernación, 1899 y 1900.

y tripulación de barcos que arribaban a la región del Alto Caribe corrían gran peligro pues al llegar a un clima totalmente insano y casi de manera inmediata eran picados por mosquitos transmisores de la enfermedad. Los extranjeros que llegaban a los puertos de esta región eran los más propensos de enfermar o morir de esta epidemia.

Para el caso concreto de Nueva Orleáns, en 1874 la fiebre amarilla inició un camino ascendente caracterizado por su alta virulencia, así como por la facilidad de contagio y difusión que presentó, sobre todo en la población flotante que arribaba al puerto. La población de residencia permanente en la ciudad había desarrollado una mayor resistencia a los embates de la enfermedad y los casos en este sector fueron esporádicos. Los primeros reportes de ese año epidémico se presentaron como los de una familia que tenía seis meses de haber llegado a la ciudad y las víctimas fueron niños.¹¹⁸

La pandemia ingresó al puerto por medio de un barco procedente de la Habana, el "Queenstown" y de allí se difundió por algunos barrios de la ciudad. Los casos registrados en 1875 alcanzaron los 100, de los cuales murieron 61, lo que demuestra una alta morbilidad y letalidad de la epidemia. La enfermedad llegó por donde generalmente lo hacía: el mar.

¹¹⁸ LC, Agustín George, "History of Yellow Fever New Orleans", 1909, Louisiana Collection, Tulane University.

En 1878, el Mississippi volvió a servir como canal para que una enfermedad se encaminara tierra adentro e invadiera otros estados de la unión americana. Los casos de fiebre amarilla habían empezado a extenderse rápidamente desde antes de agosto y se prolongaron a lo largo de los meses de septiembre, octubre y noviembre. La epidemia había llegado -nuevamente- a través de un buque. En este caso fue el "Emily" procedente de la Habana y el primer reporte tuvo lugar el 22 de mayo. La epidemia de 1878 registró 27 mil casos y 4046 muertes, es decir de cada 100 casos 15 murieron.¹¹⁹

Los efectos de la epidemia de 1878 fueron severos y permanecieron hasta muy entrado el año siguiente. Durante este período se registraron 48 casos con 19 muertes. Después de 1878, el puerto de Nueva Orleáns quedó muy sensible y vulnerable ante la fiebre amarilla. Varios casos se reportaron y el contagio generalmente fue por vía marítima, con barcos provenientes de la Habana o incluso embarcaciones con pasajeros de Centro y Sudamérica. Uno de los casos más sonados fue el de un pasajero proveniente de Guatemala, el cual arribó al puerto de Nueva Orleáns en octubre de 1889, después de un viaje que dejó una estela de contaminación por varios puntos.¹²⁰

¹¹⁹ LC, Agustín George, "History of Yellow Fever New Orleans", 1909, Louisiana Collection, Tulane University.

¹²⁰ LC, Agustín George, "History of Yellow Fever New Orleans", 1909, Louisiana Collection, Tulane University.

Posterior a estos brotes, la situación en el puerto norteamericano mejoró y los casos que siguieron fueron de menor severidad y virulencia. Sólo en 1897 se volvieron a presentar casos de fiebre amarilla y los primeros reportes sobre la misma despertaron gran alarma e incluso se podía señalar que Nueva Orleáns estaba amenazada por esta enfermedad que propiciaba un estancamiento al progreso y avance material.

Durante los años siguientes el control epidémico registró beneficios para el mantenimiento de la salud en el puerto norteamericano; a pesar de que se reportaban casos de enfermedades tropicales, no llegaban a considerarse como alarmantes o preocupantes para la salud en general. Para el caso de Veracruz el historiador Miguel E. Bustamante señala que:

La intensidad de la epidemia disminuyó aparentemente en Tabasco, pero en Veracruz alcanzó uno de sus puntos más elevados; Las defunciones por fiebre amarilla fueron 521 y el coeficiente de mortalidad general pasó de la centena: 100.72 defunciones por 1,000 habitantes. Todo el Estado padeció, Tuxpan y Ozuluama fueron bastante castigados y con posterioridad fue afectado gravemente Monterrey.¹²¹

De Nueva Orleáns procedían los primeros casos que se reportaron en el de Tampico, pues eran pasajeros de barcos cuyo punto de origen había sido este puerto norteamericano o

¹²¹ Bustamante, 1958, p. 112.

habían navegado por el Mississippi. De acuerdo con un informe que el coronel Gorgas envió al general Wood en 1902, ese año, en Nueva Orleans murieron 16,000 personas y las pérdidas económicas se calcularon en 100,000,000 de dólares.¹²²

En el caso de las costas del Golfo de México, el año de 1882, además de ser un año de cólera y viruela, también lo fue de fiebre amarilla, y las víctimas causadas por ella se elevaron hasta un números relativamente altos, pero sobre todo volvió a poner en entredicho la sanidad de la región, complicándose el panorama para las actividades que allí se realizaban. En ese año la epidemia se comportó de manera un tanto sorprendente pues se reportaron casos aun en temporadas que habitualmente eran libres de la enfermedad como el invierno y en tierras con temperaturas menos cálidas que las costefías. Tal fue el caso de Córdoba en el estado de Veracruz en donde durante diciembre se reportaron 25 casos.¹²³

El fuerte arraigo que ese año registró la enfermedad dificultaba aún más su control y el contagio marítimo registró una mayor frecuencia a la habitual. En las costas mexicanas se expandió de puerto a puerto con suma rapidez. Por ejemplo, Tamaulipas reportó casos que habían sido contagiados por enfermos procedentes del puerto de Veracruz y de allí se extendió a Brownsville, Texas. La aduana marítima

¹²² Citado en Bustamante, 1958, pp. 112-113.

¹²³ El Monitor Republicano, 21 de enero de 1882.

de Tampico reportaba en agosto de 1882 que el estado sanitario del puerto era malo y la enfermedad reinante era la fiebre amarilla y la atribuía a la contaminación por vía marítima.¹²⁴

La fiebre amarilla también corrió hacia el sur invadiendo a Tabasco y Campeche. De este último el contagio fue severo y los informes sobre el desarrollo de la misma allí indicaban una propagación muy amplia en pueblos y rancherías cercanos al puerto de Campeche. Además, ese mismo año de 1882, en Campeche se registró una epidemia de sarampión que reportó una alta mortandad. En Yucatán la epidemia cobró tantas víctimas que ese año no se verificaron las fiestas patrias de septiembre.¹²⁵

En la segunda mitad de la década de los ochenta, la fiebre amarilla disminuyó y los casos que se suscitaron en su gran mayoría fueron aislados y no constituyeron peligro de epidemia sino hasta 1890, en que el puerto de Veracruz volvió a reportar casos y el rumor de que la epidemia había vuelto a las costas del Golfo de México fue insistente. La comisión de epidemiología del Consejo Superior de Salubridad solicitó informes a la Junta de Sanidad del puerto veracruzano, la cual negó que se hubiera estado desarrollando una epidemia y se insistía que para evitar mayor preocupaciones se tomaran

¹²⁴ Bustamante, 1958, p. 121.

¹²⁵ El Diario del Hogar, 2 de agosto y 11 de octubre de 1882.

precauciones para evitar la importación de dicha enfermedad.¹²⁶ Lo mismo sucedió con Campeche y de allí, las autoridades sanitarias, al igual que las de Veracruz, comunicaron que la situación estaba controlada. Sin embargo, a partir de allí se reanudaron los casos y la difusión de ellos. En Mérida, Yucatán se registró un aumento en los años de 1890 y 1891. De allí se extendió hacia varios otros puntos de la península. Lo mismo sucedió con el puerto de Tampico, donde en ese mismo período aumentaron los enfermos de fiebre amarilla y su recorrido fue tal que invadió hasta Monterrey.¹²⁷

Para finales de 1892, las autoridades mexicanas reportaban como controlada la fiebre amarilla y el delegado del puerto veracruzano informaba que el estado sanitario de la población era satisfactorio y los casos de fiebre amarilla habían dejado de registrarse en esa plaza.¹²⁸ Sin embargo, al año siguiente "la población de Veracruz había aumentado a 21,371 habitantes a pesar de la escasez de agua y el temor al vómito; pero ocurrían muchísimas defunciones que llegaron a 1,433 y 1,350 en esos años, de las cuales 259 y 130 fueron de vómito".¹²⁹

¹²⁶ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 4, exp: 3.

¹²⁷ Bustamante, 1959, p. 125.

¹²⁸ El Monitor Republicano, 13 de noviembre de 1892.

¹²⁹ Bustamante, 1959, p. 130.

El último lustro del siglo XIX, la fiebre amarilla recobró fuerza y circulaba libremente por las aguas del Alto Caribe, Cuba sufrió la embestida de la enfermedad debido a que sus mecanismos de defensa se vieron desmejoradas por la situación política que vivía. La guerra entre los Estados Unidos y España influyó y las autoridades sanitarias cubanas desatendieron los sistemas preventivos en la isla y el número de casos aumentó, causando varias muertes. En 1897 se reportaron 1164 casos, de los cuales murieron 144.¹³⁰

Los informes del cónsul mexicano en la Habana evidenciaban que en octubre de 1896 la fiebre amarilla continuaba haciendo estragos y citaban como ejemplo que el día 14 de octubre había ocurrido setenta defunciones motivadas por dicha enfermedad y más de 200 casos de infección y que la situación era tal que se había tenido que recurrir a la improvisación de hospitales para asistir a los enfermos.

Mientras la enfermedad seguía haciendo su aparición en distintos lugares, en Tampico lo hizo en 1898, en que tuvo un repunte importante y a partir de entonces, el puerto fue severamente azotado por esta enfermedad.¹³¹ Durante el año siguiente, la epidemia adquirió fuerza en las costas mexicanas y Nueva Orleáns; en Tampico, por ejemplo, el

¹³⁰ Bustamante, 1959, p. 133.

¹³¹ Crispín Castellanos, 1995, p. 59.

delegado sanitario informó al Consejo Superior de Salubridad que en el transcurso de abril el número de víctimas había aumentado de manera considerable, por lo que le solicitaba el apoyo para conseguir que el tráfico tanto de navegación como vía ferrocarril de esta plaza con puntos fuera limitado y reglamentado como situación de emergencia.¹³²

En Progreso también se vivían épocas difíciles con la presencia de la enfermedad. A este puerto mexicano había llegado un vapor noruego el "Transit" infestado de fiebre amarilla y aunque se le había puesto en cuarentena, se detectaron enfermos presumiblemente contagiados por los pasajeros de este vapor.¹³³ En el norte la epidemia se extendió desde Tampico hasta Ciudad Victoria y luego en Monterrey. En esta última ciudad en el transcurso de septiembre a noviembre se registraron 87 casos y 21 defunciones.¹³⁴

En el puerto de Veracruz la fiebre amarilla recobró fuerza desde 1889 y registró 595 víctimas, superando a la Habana por 273 muertes, que ese año había reportado 1,300 casos con 322 defunciones. También se reportaron casos en Panamá en donde la epidemia provocó varios enfermos. La epidemia había corrido desde Bogotá y Cartagena y amenazaba

¹³² AHSS, fondo: salubridad pública, sección: salubridad pública, serie: actas de sesión, caja: 3, exp: 11.

¹³³ AHSS, fondo: salud pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 11, exp: 3. Bustamante, 1959, p. 134.

¹³⁴ Bustamante, 1959, p. 135.

con contaminar más puntos de Centroamérica y el Caribe.¹³⁵ Ese mismo año, en la costa sureste de los Estados Unidos la situación no era mejor; en Nueva Orleans los enfermos aumentaban y se difundían invadiendo Alabama y La Florida, en donde poco a poco los casos iban en aumento; un poco más al sur, Texas volvió a ser contaminado por una epidemia más y aun cuando establecieron cuarentenas y vigilancia para no ser contagiados, estos mecanismos dieron pocos resultados favorables, pues las autoridades sanitarias declararon la epidemia en estos estados en septiembre de 1899.¹³⁶

Al iniciar el siglo XX, la fiebre amarilla se recrudeció en algunos puntos de las costas del Golfo de México como fueron los puertos de Tampico y Veracruz. Pero es necesario advertir que en otros puntos del continente también existía la enfermedad y cobraba muchas víctimas. Por ejemplo en Buenos Aires, el cónsul mexicano reportaba en mayo de 1902 la preocupación que existía en esa ciudad por la fiebre amarilla, pues llegaban noticias desde Río de Janeiro que esta enfermedad había causado en los últimos meses 160 casos con 27 muertes.¹³⁷

Mientras tanto, en Cuba los médicos de la delegación norteamericana y las propias fuerzas de la ocupación

¹³⁵ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 11, exp: 3.

¹³⁶ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 11, exp: 3.

¹³⁷ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 12, exp: 1.

reportaban los avances en contra de la fiebre amarilla y la manera en que la estaban erradicando de los puertos, toda vez que comunicaban el saneamiento de la Habana.¹³⁸ Pero, paradójicamente el puerto de Nueva Orleans continuaba padeciendo de esta enfermedad y en 1905 volvió a registrar una gran epidemia de fiebre amarilla, considerada por los médicos norteamericanos como de las más fuertes.

Tampico padeció la epidemia desde 1898 de manera más o menos permanente, con algunos intervalos, pero el brote más severo lo registró en 1904, en que la epidemia cobró muchas víctimas.¹³⁹ El puerto de Veracruz también padeció los embates del mal desde 1899 y se mantuvieron allí por los cinco años siguientes en que dieron inicio los trabajos de la "Campaña contra la fiebre amarilla".¹⁴⁰

En el puerto de Veracruz, durante 1903 se registró un momento álgido y se reportaron 1075 casos y 375 defunciones. Si bien al año siguiente los casos disminuyeron, el puerto jarocho continuó invadido por la enfermedad. Para Tampico 1903 también fue un año fuerte en cuanto al desarrollo de la fiebre amarilla, pues registró 549 casos, lo que significó la mitad de las reportadas para Veracruz, pero es importante

¹³⁸ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión. Cajas: 12, exp: 1.

¹³⁹ Crispín Castellanos, 1995, p. 59.

¹⁴⁰ García Díaz, 1992, pp. 135-136.

señalar que de éstos murieron 327 personas, es decir, el 59.5 %.¹⁴¹

El contagio de la enfermedad volvió a cobrar bríos, la contaminación de las aguas y mares de la región del Caribe nuevamente sirvieron de escenario para la fiebre amarilla y en 1905 el puerto de Nueva Orleáns sirvió como albergue y foco de infección de la misma. La ciudad comenzó a reportar casos y la rápida difusión de los mismos provocó el contagio en varios barrios de la ciudad y se enfiló tierra adentro.¹⁴² En 1905 se registró una epidemia que la opinión pública llegó a llamar "memorable" por los estragos que causó entre la población de Nueva Orleáns y que se extendió por gran parte del sur de los Estados Unidos, así como por el mar infectando a los puertos del litoral del Golfo de México.

El 21 de julio de 1905 se declaró oficialmente la existencia de una epidemia de fiebre amarilla en el puerto de Nueva Orleáns. Las autoridades sanitarias del puerto inmediatamente declararon que la epidemia desde sus inicios se mostró como altamente difícil de manejar y mucho menos de ser controlada. Los casos se extendieron rápidamente por la ciudad.

De acuerdo con un reporte de la Lousiana State Board of Health la epidemia de fiebre amarilla en 1905 fue introducida

¹⁴¹ Bustamante, 1959, pp. 141-142.hn

¹⁴² SC, Matas Collection, Tulane University. Box 868:39:21.

nuevamente por el mar, en un barco procedente al parecer de Belice. Trajo nuevos casos de la enfermedad y este mismo organismo estableció que esta epidemia dobló el número de víctimas causadas por el mismo mal en 1878. Es decir ese año se registraron alrededor de 50 mil casos de fiebre amarilla.

La epidemia de 1905 se extendió por todo el año hasta 1906 en que el Consejo Superior de Salubridad en México dio a conocer unos reportes que señalaban que si bien la epidemia de fiebre amarilla estaba controlada en los puertos y ciudades, en sus inmediaciones continuaban presentándose casos, como eran los alrededores de Mérida, Veracruz o Progreso. El informe puntualizaba el hecho que estos casos, aun cuando no estuvieran dentro de los focos tradicionales (como eran los puertos) significaban un peligro por el contagio que éstos ocasionaban, en tierra y en mar.¹⁴³

En resumen, en la segunda mitad del siglo XIX y la primer década del XX, se suscitaron una serie de epidemias y pandemias, que no por nuevas generaban puntos de tensión en varios aspectos del desarrollo regional. El escenario económico demandaba soluciones a la problemática sanitaria que se vivía. El contagio entre los puertos había sido un proceso de larga duración, sólo que ahora los intereses económicos ponían de nueva cuenta en la mesa de discusión la

¹⁴³ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 6, exp: 6

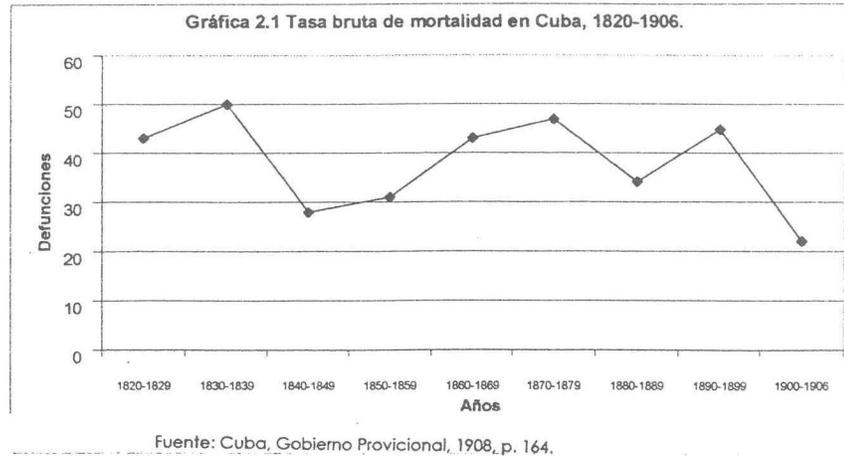
situación que prevalecía en la región. La combinación de estas circunstancias favorecerían la articulación del proyecto sanitario -tal como se observará en la segunda parte de la investigación- pero antes es necesario plantearse la pregunta acerca de ¿qué tanto afectaba las epidemias y enfermedades en términos de población?

VIII) Mortalidad en el Alto Caribe.

El cuadro epidémico regional que sufrieron los puertos del Alto Caribe impactó de manera diferente en la dinámica de la población. Este apartado tiene como objetivo presentar un panorama general de los efectos causados por las epidemias en los puertos de Cuba, Veracruz y Nueva Orleans durante la segunda mitad del siglo XIX por medio de las herramientas demográficas para el análisis de la mortalidad. Es pertinente aclarar que de ninguna manera se pretende obtener medidas finas en los cálculos hechos en torno a la mortalidad, pues las fuentes resultan incompletas o deben ser tomadas con mucha precaución debido al momento y a la intención con que las series fueron levantadas o sistematizadas. Sin embargo, por medio de ellas es posible aproximarse al problema y obtener líneas y parámetros generales sobre el impacto de las enfermedades en el comportamiento poblacional en la región.

La información relativa a este aspecto está organizada por puertos, pues la heterogeneidad de las fuentes así lo hace necesario, debido a que los datos obtenidos se refieren a momentos distintos y en pocos casos es posible trabajarlos de manera conjunta. Empero, para los fines de la presente investigación cumplieron su cometido y permitieron establecer el comportamiento e incidencia de las enfermedades en dichos puertos.

El panorama epidémico que se observó en la isla de Cuba a lo largo del siglo XIX afectó seriamente a los residentes y la fluctuación de los índices de mortalidad fueron una determinante para la dinámica poblacional y sobre todo en lo referente a la población económicamente activa, la cual se veía disminuida en sus reservas en épocas epidémicas. La gráfica 2.1 expresa el promedio anual de defunciones en la isla por cada 1,000 habitantes.



Se observa una fluctuación en la tasa bruta de mortalidad marcada principalmente por la existencia de epidemias y épocas de crisis que se reflejaron en las malas condiciones higiénicas de la ciudad. Tal fue el caso de los brotes de cólera en la década de los treinta o los de fiebre amarilla entre los años de 1860 a 1870. De acuerdo con el censo de 1907, a lo largo del siglo XIX, la tasa bruta de mortalidad era de 40 defunciones por mil habitantes. Sin embargo, una vez conseguida la independencia y durante los primeros años fue descendiendo a 22 por mil, hecho que la colocaba con índices parecidos a algunas ciudades norteamericanas como Washington cuya proporción fue de 22.8 por mil, la cual contaba con una población mayor que la de la

Habana; Baltimore registraba 21 por mil, y contaba con una densidad poblacional que duplicaba a la de la Habana y Nueva Orleáns que registraba una mortandad de 28.9 por mil, con una población que apenas rebasaba a la del puerto cubano. Cabe señalar que el índice registrado en Nueva Orleáns era uno de los más altos de la unión americana.

Entre las causas principales que incrementaron los índices de mortalidad en la Habana estuvieron las epidemias. Es de destacarse que en los años de 1833, 1850-54 y 1868-71 fueron épocas de cólera, misma que cobró muchas víctimas, con altos rangos de morbilidad y letalidad.¹⁴⁴ Hacia mediados del siglo decimonónico.

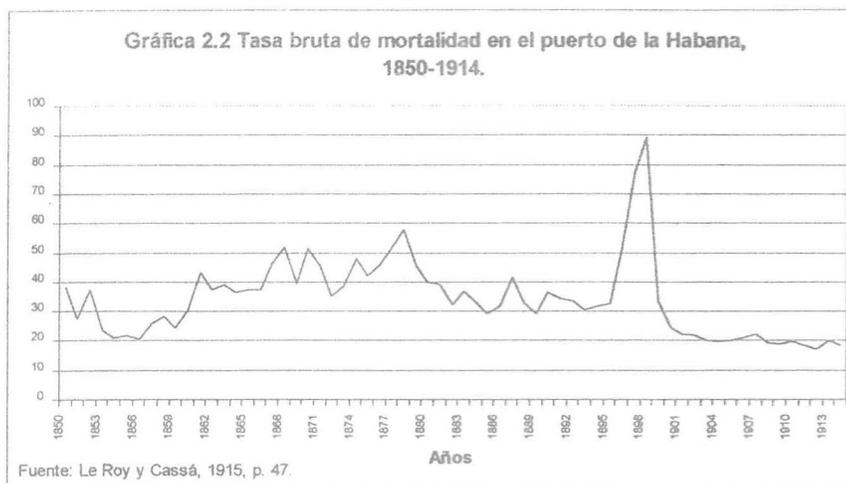
Las enfermedades más corrientes -según la estadística publicada en *La Cartera Cubana* en 1840- en la época del verano eran gastritis agudas, fiebres intermitentes, bronquitis, diarreas y en los europeos el tifo intertropical o vómito negro. Y durante el invierno, afecciones catarrales, reumatismo, gastritis agudas.¹⁴⁵

La fiebre amarilla y la viruela provocaron estragos en la población y empeoró considerablemente el cuadro epidémico. Aunque es necesario advertir que el mismo se complicó aun más con otras enfermedades, sobre todo durante los años de 1896 a 1898, tales como las de origen intestinal. La gráfica 2.2

¹⁴⁴ Por mortalidad se entiende la acción de la muerte, morbilidad la acción de la enfermedad se refiere a la frecuencia de las enfermedades, letalidad la gravedad de las enfermedades, expresa la frecuencia con que se produce la muerte entre los enfermos. ONU, 1959, pp. 32-36.

¹⁴⁵ González del Valle, 1952, p. 392.

expresa la tasa bruta de mortalidad y se observa que los rangos más altos fueron registrados entre los años de 1867 a 1898, sobre todo este último, lo cual tuvo que ver con el hecho que fueron épocas epidémicas de viruela, cólera y fiebre amarilla.



De acuerdo con el informe norteamericano de 1907, durante los años de 1879 a 1900 el promedio de la proporción de defunciones causadas por fiebre amarilla era de 4 por mil. Por lo que hace a la mortalidad general se ubicaba en 42 por mil. De estos, 2 de cada mil fallecían por viruela. También se registraron varios casos de cólera; sin embargo, los índices de letalidad disminuyeron notablemente. El resto de la mortalidad se distribuyó entre otras enfermedades como la tisis pulmonar con 19 % de las defunciones, disentería con 9 %, las afecciones cardíacas causaron un 8 %, las afecciones de las arterias con 9 %, la meningitis con un 4 % y la

pulmonía que aun cuando tenía un alto grado de morbilidad, su índice de letalidad fue bajo, tan solo 4 por ciento.¹⁴⁶

Asimismo, el informe reporta que en el último cuarto del siglo XIX ocurrieron 21448 defunciones por fiebre amarilla y la fluctuación anual fue desde 1619 en 1876 hasta 103 en 1899. En el primer año, la enfermedad fue uno de los padecimientos que más muertes causó en la capital cubana, ya que el 18 % de las defunciones registradas ese año se debían a esta afección. La mayoría de las víctimas por fiebre amarilla fueron extranjeros y el promedio anual en los últimos 30 años de la centuria decimonónica alcanzó la cifra de 14 por mil.

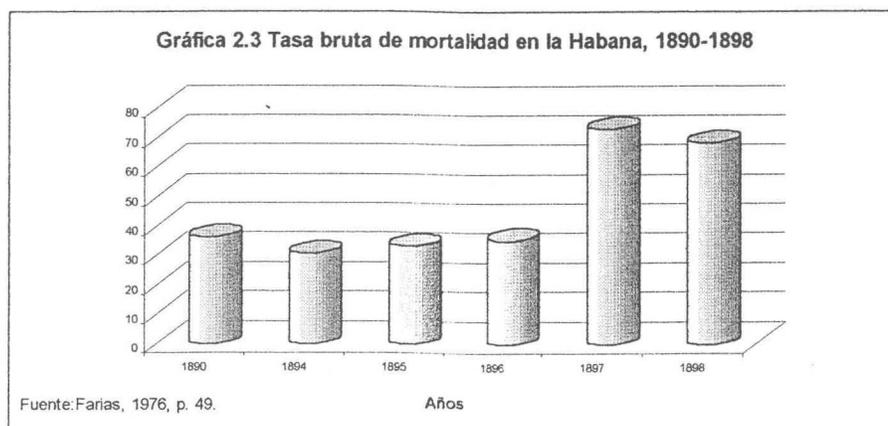
En el verano la mortalidad por fiebre amarilla aumentaba de manera drástica y durante los últimos treinta años del siglo XIX, en promedio alrededor del 50 % de las defunciones ocurridas en esta temporada fueron por fiebre amarilla. La proporción a lo largo de los meses de junio a septiembre fluctuaba entre 11 a 24 muertos de acuerdo con la letalidad de la enfermedad.

En el caso concreto de Cuba, durante la ocupación norteamericana se logró implementar mecanismos preventivos y de saneamiento en contra de las enfermedades y epidemias que la azotaban y ésto se reflejó en los índices de mortalidad. Para los años de 1902, 1903 y 1904 en la Habana no se

¹⁴⁶ Cuba, Gobierno provisional, 1908, p. 165.

registró ningún caso de la misma. Sin embargo en 1905, año epidémico y pandémico de fiebre amarilla, el puerto habanero reportó 70 casos de esta enfermedad, la cual tuvo una letalidad de 30 %.

La viruela durante el último cuarto del siglo XIX, se registraron 12722 defunciones, siendo el año de 1887 el de mayor número de casos, al darse 1654 muertes.¹⁴⁷ La década de 1890 fue de las temporadas más severas; la gráfica 2.3 muestra el comportamiento de la tasa de mortalidad para el puerto y la manera en que fue ascendiendo hacia los últimos años de la década de los noventa, especialmente hacia 1897-98 debido a que fueron años epidémicos.



¹⁴⁷ Cuba, Gobierno provisional, 1908, p.167.

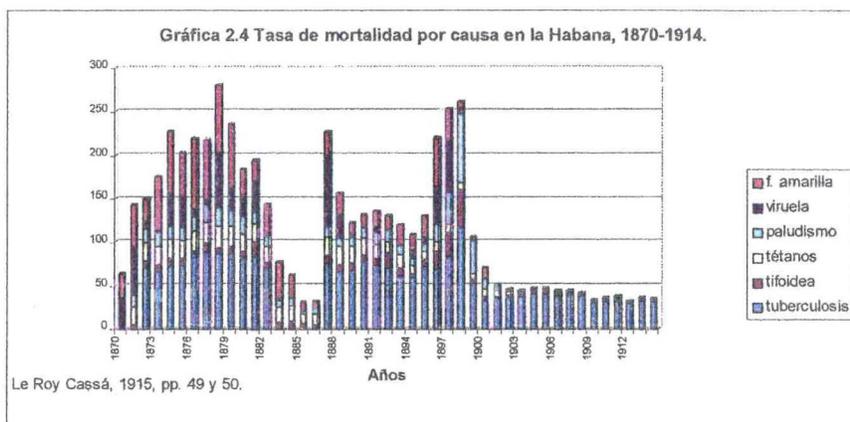
Las fluctuaciones de la tasa de mortalidad en la Habana tuvieron que ver con el movimiento de población tanto interno como externo que se registró en la isla de Cuba. El aumento de la población estuvo influido en buena medida por el arribo de inmigrantes y se reflejó en la expansión de lo urbano, la cual reportó una tasa de crecimiento de 2,4 % aproximadamente.¹⁴⁸

El aumento de la población en la Habana estuvo determinado por el perfeccionamiento de la infraestructura de la industria azucarera y el mejoramiento de las vías de comunicación; ambos factores dictaron las pautas del crecimiento urbano. La capital habanera se constituyó en el centro de atracción de los cubanos y para 1907 concentraba el 39.3 % de la población.¹⁴⁹

El cuadro epidémico del puerto habanero estuvo dominado por fiebre amarilla, viruela, paludismo, tétanos, tifoidea y tuberculosis; la principal causa de muerte se distribuía entre estas enfermedades. La gráfica 2.4 muestra la tasa de mortalidad por esta causa en la ciudad de la Habana. Para los años de 1870 a 1914; en ella se observa cómo el último cuarto del siglo XIX concentró los valores más altos de la mortalidad causada por estos padecimientos.

¹⁴⁸ Luzon, 1987, p. 53.

¹⁴⁹ Raúl Hernández Castellón señala que entre 1902 y 1903 arribaron a la isla 30,040 inmigrantes, 1904 y 1908 178,326 y 1909 y 1913 188,906. Luzon, 1987, p.103. Hernández, 1988, p. 116.



En lo que respecta a las costas mexicanas del Golfo de México, las enfermedades y epidemias que allí se desarrollaron también incidieron en los índices de población. González Navarro señala que en los últimos años del siglo XIX el fenómeno de la mortalidad en México presentaba una dinámica peculiar.

Los coeficientes más bajos se registraban en las entidades colocadas en ambas costas y en el norte del país. A pesar de que gozaban fama de insalubres, los distritos que colindaban con el mar tenían en 1895, salvo tres o cuatro excepciones, un coeficiente de mortalidad inferior al de su Estado respectivo, hecho que sorprendió vivamente a la opinión pública, ya que todos atribuían por entonces una alta mortalidad a las regiones costeras.¹⁵⁰

¹⁵⁰ González Navarro, 1973, p. 43.

Si bien los índices de mortalidad más altos se reportaban en la parte central de país, en las costas mexicanas la actividad epidémica fue una constante y factor determinante en los movimientos de población en general.

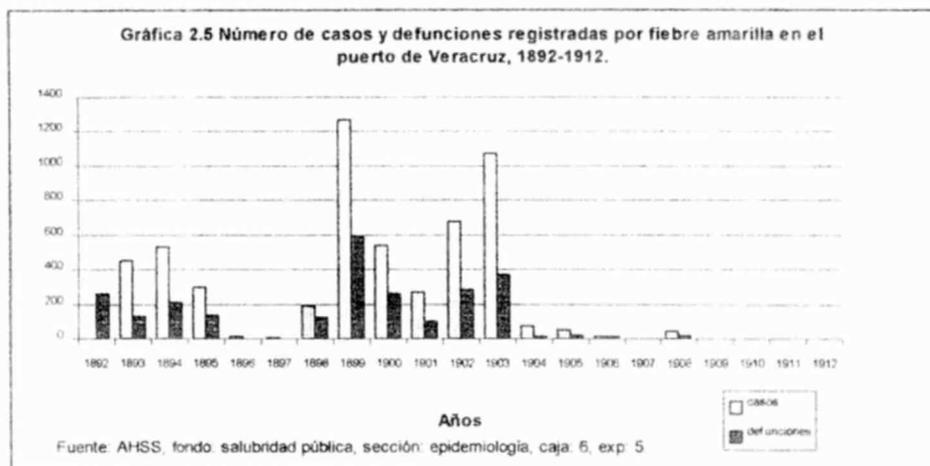
En el estado de Veracruz las defunciones mantuvieron una tendencia ascendente, siendo los años más críticos los de 1903 y 1905 en que se registraron epidemias de fiebre amarilla, aunque otras enfermedades como el tifo en 1893 y 1907 o la tuberculosis en 1896 también contribuyeron al aumento del número de muertes. El cuadro 1.1 muestra el total de defunciones registradas para el estado durante los años de 1877 a 1910. En él se aprecia la tendencia de alza, sobre todo en 1903 y 1905, años de fiebre amarilla.

Cuadro N° 1.1 Defunciones registradas para el estado de Veracruz, durante los años de 1877 a 1910

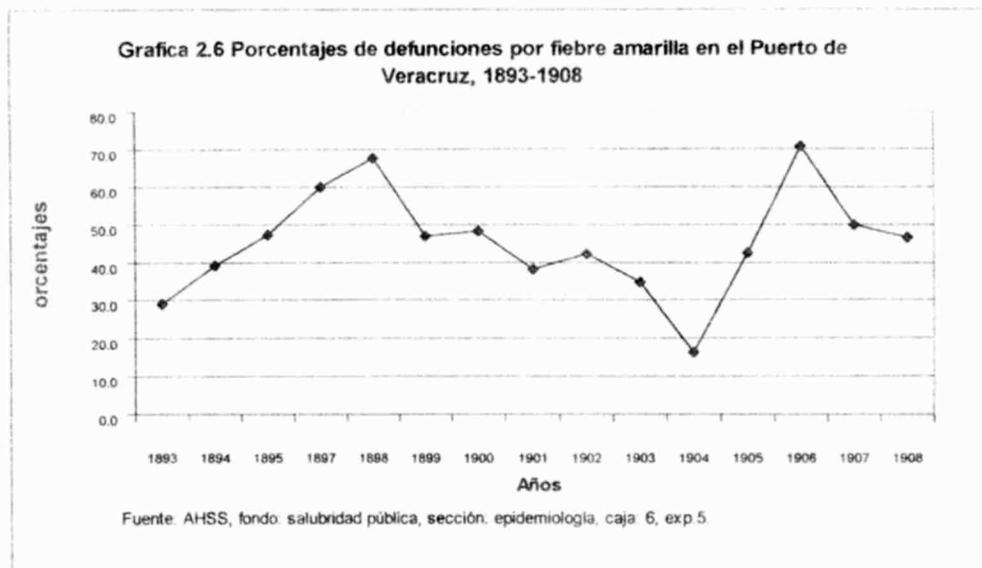
Año	Total de defunciones
1877	11,878
1881	16,902
1887	20,208
1889	21,926
1893	21,258
1895	26,028
1896	25,911
1900	28,695
1903	29,171
1905	32,097
1907	25,191
1910	25,388

Fuente: González Navarro, 1956, p. 23.

La fiebre amarilla era una enfermedad de alta morbilidad en las costas del Golfo de México. El número de víctimas por esta enfermedad así lo demuestra; la gráfica 2.5 ejemplifica los porcentajes de defunciones causadas por esta enfermedad entre 1892 y 1908 reportados para el puerto jarocho.



El año crítico en el puerto de Veracruz fue 1899, en el que, de acuerdo con el jefe del servicio médico, se registraron 1268 casos, de los cuales murieron 594. Es decir de cada 100 enfermos murieron 46. La letalidad y virulencia de la fiebre amarilla registró niveles inéditos. La gráfica 2.6 evidencia el índice de morbilidad registrado por esta enfermedad en dicho puerto. Se observa que la acción de la enfermedad fue mucho mayor en 1898, 1905, 1906 y 1909.



Los meses de mayor intensidad eran de abril a octubre y en algunos años en los que los índices de mortalidad fueron elevados, la enfermedad se prolongó hasta entrado el invierno. Los años de 1898 a 1905 reportaron el verano más peligroso en cuanto a fiebre amarilla, siendo los más altos 1899 y 1903, el primero con 1209 casos y el segundo con 950. Este último año, debido a que se estableció una campaña contra la fiebre amarilla de estricta observancia, marcó el descenso de la enfermedad, por lo menos para las costas del Golfo de México. Sin embargo, la mortalidad fue elevada a lo largo de ese verano. Las cifras para este año en los principales puertos del Golfo fueron las siguientes: Tampico

registró 549 casos de los cuales murieron 327 y Veracruz 1,075 y fallecieron 375 personas. Progreso, por su parte, sólo registró 5 casos con 3 muertes.¹⁵¹

Dos años más tarde, en 1905, tuvo lugar una pandemia de fiebre amarilla que incidió en la región de manera importante. El puerto de Nueva Orleans fue de los más afectados, pero las costas mexicanas del Golfo no fueron ajenas y si bien no registraron altos números de víctimas, sí fue causa suficiente para alarmarse por su presencia. Veracruz reportó 54 casos, de los cuales fallecieron 23; Coatzacoalcos 20 y murieron 6; mientras que Progreso sólo informó de uno.¹⁵²

A decir de Moisés González Navarro "el vómito prieto o fiebre amarilla existía en forma endémica en el cantón de Veracruz, en el partido tabasqueño de Frontera, y en los del Carmen, Campeche, Unucmá, Progreso, Temax, Tizimín y Valladolid de Yucatán. En 1896 causó 797 defunciones, 356 en 1901 y 2783 en 1903",¹⁵³ poniendo de manifiesto un aumento en la mortalidad.

En la costa este de los Estados Unidos el panorama no fue menos complicado que el de sus vecinos: la Habana y Veracruz. Sobre todo en las zonas portuarias, en el caso

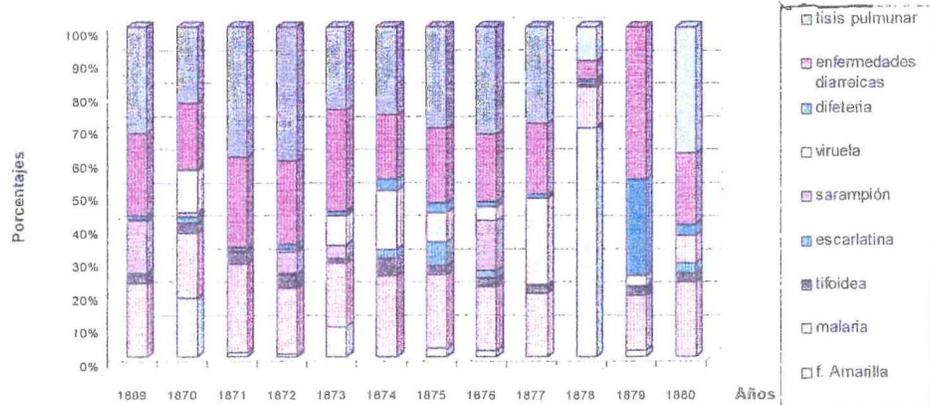
¹⁵¹ AHSS, fondo salubridad pública, sección epidemiología, caja 7, exp. 3.

¹⁵² AHSS, fondo salubridad pública, sección epidemiología, caja 7, exp. 3 y 5.

¹⁵³ González Navarro, 1973, p. 62.

especifico de Nueva Orleáns. El último cuarto del siglo XIX fueron años en que la población padeció fuertes azotes epidémicos. La gráfica 2.7 muestra los casos registrados de mayo a septiembre de 1869 a 1880, en el se observa como ascendieron conforme la temporada de calores iba en aumento, salvo algunas enfermedades como la escarlatina, el sarampión o la viruela que eventualmente podrían emprender la retirada absoluta. El cuadro epidémico compuesto por estas enfermedades mantuvo la característica de alza.

Gráfica 2.7 Defunciones registradas en Nueva Orleans, mayo a septiembre de 1869-1880.



Fuente: SC, Jones Collection, Tulane University, box: 29, folder 11.

El cuadro 2.2 muestra un seguimiento de los registros oficiales del recorrido de la enfermedad en el puerto de Nueva Orleans en el último cuarto del siglo XIX. Los años más severos de fiebre amarilla fueron 1878 y 1879; en el primero, 14 de cada 100 enfermos murieron y en el segundo 15.

Cuadro N° 2.2 Casos y defunciones registradas en Nueva Orleans, 1874-1899.

año	casos	defunciones
1874	20	17
1875	100	61
1876		42
1877	1	1
1878	27000	4046
1880		2
1883		1
1889		1
1897	1908	298
1898	118	57
1899	81	23

Fuente: LC, Agustín George, "History of Yellow...", 1909, pp 873 a 893.

Durante los últimos años del siglo XIX, la Louisiana State Board of Health estuvo muy ocupada en el control de las enfermedades en general, pero principalmente las de carácter tropical y muy en especial de la fiebre amarilla. Las observaciones sobre enfermos llegaron al punto de analizar caso por caso e incluso se puntualizaba sobre los beneficios que la práctica de la autopsia tenía para el avance científico.

Los años siguientes el control epidémico registró beneficios para el mantenimiento de la salud en el puerto norteamericano; aun cuando se reportaban casos de enfermedades tropicales, no llegaban a considerarse como alarmantes o preocupantes para la salud en general. Sin

embargo, en 1905 se registró una epidemia más que causó muchas muertes por el amplio radio de contagio.

Esto se explica por el hecho que la región fue escenario de un importante movimiento mercantil a través del mar, con lo cual se intensificó el contacto marítimo que la región estableció de tiempo atrás; pues bastaría señalar y recordar que el Caribe y el Golfo de México fueron escenarios de transacciones mercantiles desde el siglo XVI. La segunda mitad del siglo XIX constituyó uno de los momentos de mayor relevancia comercial para la región. El tráfico que se reportó en el período aumentó a partir de la quinta década de la centuria decimonónica, con lo cual se incrementaron las relaciones entre los puertos de la región. Quizá la epidemia de fiebre amarilla de 1905 constituía el mejor ejemplo de esto, pues la presencia de la enfermedad al mismo tiempo en los tres puertos así lo demuestra, aunque es necesario apuntar que el panorama epidémico que presentaba la región del Alto Caribe, evidenció varios matices y aristas debido a su complejidad.

CAPITULO III

La reacción social ante el panorama epidémico

Ha quedado planteado el escenario económico-político y epidémico de la región del Alto Caribe y se ha establecido el cuadro de enfermedades y su incidencia en la población, pero, ¿cuál era el comportamiento social ante estas situaciones de insalubridad? ¿Cuáles las reacciones frente a la enfermedad? pues no es posible hablar de una sola debido a la composición heterogénea de la misma; ¿Cuál fue el imaginario generada por esta problemática?

Quizá éstos sean algunos de los puntos más difíciles no sólo de reconstruir, sino de analizar, pues implica ingresar en un terreno en el que se involucran varios elementos que van desde el estudio del folklore popular hasta el terreno de las mentalidades y los imaginarios, lo cual necesariamente conduce a un contexto mucho más amplio en el que se combinan ideas, acciones, representaciones y manifestaciones.¹⁵⁴ Sin embargo, dos posibilidades parecerían ser buenas; por un lado el comportamiento social ante la falta de condiciones sanitarias apropiadas, lo cual tiene que ver con las demandas de saneamiento en los puertos, así como con los cambios o continuidades de los patrones sociales en sus espacios de

¹⁵⁴Alberro y Gruzinski, 1979, p. 23. Alberro, 1992, pp. IX y ss.

convivencia que se dirigen a mirar hacia la vida cotidiana durante los períodos epidémicos y por el otro, el aproximarse al uso de la medicina popular y las prácticas médico-religiosas tan frecuentes en la región.¹⁵⁵

Para conseguir esto es necesario analizar la reacción social ante la enfermedad, entendida ésta como un proceso que lleva a la construcción de imaginarios y mentalidades en torno a ella, que se manifiestan a través de representaciones que evidencia una cosmovisión, conformada por la diversidad de las manifestaciones de la cultura popular. Esto lleva a dos niveles: la construcción del imaginario y las prácticas sociales, como elementos de la cultura popular. En el primer nivel es necesario contestar la pregunta de ¿cómo se perciben las enfermedades? y en el segundo ¿qué hace la sociedad para combatir las enfermedades? En ello intervienen el ejercicio de prácticas tradicionales como la utilización de remedios (medicina popular), la organización de brigadas sanitarias, hasta el uso de rezos, novenas y procesiones.

¹⁵⁵ Los comportamientos sociales difícilmente reproducen patrones o reglas fijas, por el contrario las reacciones son variadas. García Acosta, 1992, pp. 19 y ss.

I) Inconformidad social ante el problema de insalubridad.

El problema epidémico en la región respondía, como se expuso en páginas anteriores, a todo un entorno complejo determinado por la propia geografía y las condiciones climáticas, pero también por la reproducción de hábitos sociales. Los puertos padecían de insalubridad y falta de higiene y sus calles eran sitios rebosantes de basura e inmundicias y la gente reaccionaba a este fenómeno de distinta manera. En el caso de Veracruz mantenía su ritmo de vida más o menos parecido al que describió William H. Bullock en 1823:

La poca vida de cualquier clase que existe en Veracruz, se divide entre el mercado y el teatro porque aun la Veracruz asolada por la fiebre tiene su teatro. Un paseo por el mercado en la mañana, "enlicorarse" en la tarde, y una visita al teatro en la noche -éstos son los placeres del día en Veracruz.¹⁵⁶

¿Cuál es el concepto de enfermedad que la gente mantiene ante el problema sanitario? pues resulta claro que el contexto epidémico que se presentaba en la región generó una concepción y una postura ante la enfermedad como fenómeno

¹⁵⁶Novo, 1964, pp. 121-122.

social que iba desde la solidaridad y la labor comunitaria hasta la irritación.¹⁵⁷

En principio, las enfermedades eran hechos palpables y presentes en la vida diaria de los habitantes de la región. El imaginario generado en torno a ellas presentaba varios matices, iniciando por la atribución de las mismas a consecuencias mítico-religiosas y concluyendo en afirmaciones de carácter científico, al establecer que las enfermedades eran transmitidas por personas que arribaban a tierras caribeñas. En este sentido es posible considerar incluso comportamientos xenófobos en los habitantes de los puertos de la región cuando la gente solicitaba a las autoridades no permitir el arribo de pasajeros de determinadas nacionalidades, o en los hoteles y casas de hospedaje cuando se les negaba alojamiento a los mismos por el solo hecho de sospechar que procedieran de lugares infectados. Los chinos fueron objeto de acciones discriminatorias y a ellos fueron atribuidos los orígenes de varias epidemias.

A México llegaban quejas y solicitudes al Consejo Superior de Salubridad pidiendo se prohibiera el ingreso al territorio nacional de embarcaciones procedentes de países o

¹⁵⁷Una situación considerada como de desastre presenta varias reacciones desde el punto de vista social. Virginia García Acosta realiza un recorrido de enfoques teóricos para el estudio histórico de los "desastres naturales". En su trabajo establece las distintas posturas teórico-metodológicas en torno a la reacción social frente a situaciones consideradas de desastre y por tanto de riesgo. García Acosta, 1992, pp.19-31.

plazas infectadas por enfermedades contagiosas.¹⁵⁸ Algo similar sucedía en Cuba en donde, a decir de algunos sectores de la población, la suciedad e inmundicia de la Habana se debía a la presencia de gitanos que arribaban de otras islas.¹⁵⁹

En Nueva Orleans la situación era similar. Opiniones como la siguiente eran frecuentes al referirse a la fiebre amarilla:

Esta enfermedad era desconocida en América hasta que se abrió al tráfico de esclavos africanos. Es un mal africano, intensificado y agravado por la suciedad y los hábitos insalubres de los cargamentos que la trajeron a América. Era completamente desconocida en Veracruz hasta que llegó allí traída por el barco de esclavos de 1699 (...) De igual manera fue llevada a todas las islas de las indias Occidentales. Cuando la insurrección negra de Santo Domingo arrojó al exilio a la población blanca, los inmigrantes llevaron la enfermedad a todas las ciudades de E.U. y aun a las más salubres localidades al interior de Massachusetts. Los viejos todavía recuerdan cuando Nueva York se vio tan completamente desierta, que sus principales calles fueron cerradas, y los vigilantes hacían sus rondas de día o de noche por calles silenciosas.¹⁶⁰

El sentimiento xenófobo tenía que ver con el hecho de la inmunidad que algunos sectores habían desarrollado ante ciertas enfermedades, sobre todo las de carácter tropical, fenómeno que había sido establecido por Humboldt. En 1885

¹⁵⁸AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 4, exp: 1.

¹⁵⁹AGN, fondo: relaciones exteriores, Correspondencia del Consulado Mexicano en la Habana, 1848-1922, exp: L-(729.1-15)-15, foja 203. La Habana, 2 abril de 1889.

¹⁶⁰Novo, 1964, pp. 100-101.

Jules Leclercq señalaba en relación a la epidemia de fiebre amarilla de 1882:

Este año la epidemia ha azotado con furia inusitada - no hay recuerdo de que haya hecho nunca tantas víctimas. Ha habido hasta cuarenta muertes diarias, y si se piensa que la población de la ciudad no es más que de diez mil almas, asombra que no haya diezmada enteramente durante los seis meses que ha durado la plaga. Es que a diferencia del cólera, la fiebre amarilla perdona a los indígenas y azota a los extranjeros...¹⁶¹

En el caso de Nueva Orleans sucedía lo mismo con respecto a la población negra, de la cual podían surgir quejas en el sentido de que, aun cuando los trabajadores y residentes del puerto -sobre todo los negros-, intentaban mantener limpios tanto muelles como las calles, la basura provenía principalmente de los barcos que allí desembarcaban, con lo cual se agravaba la situación de insalubridad, pues los marineros que venían en las embarcaciones traían malos hábitos y la falta de higiene era común.¹⁶²

Esta situación ocasionaba que los residentes se opusieran a la llegada de visitantes y mucho menos a que la gente se estableciera. En el caso del puerto de Veracruz antes de ser derrumbada su muralla (1880) se había convertido en una especie de muro social, en el que se diferenciaba a los que quedaban intra y extra muros. En ocasiones se podían acusar mutuamente de propiciar los embates de las epidemias.

En el caso de Nueva Orleáns, los negros eran los "culpables" favoritos para las enfermedades.

La cultura emanada de la situación epidémica varia considerablemente dependiendo de los sectores sociales; los hábitos y costumbres dan cuenta de ellos, pues las clases económicamente pudientes (comerciantes y empresarios) generalmente emprendían la huida de estos lugares en búsqueda de sitios más benévolos y con mejores condiciones. La gente sin recursos (generalmente trabajadores) permanecía en los puertos tratando de sortear los embates de las enfermedades. Por ejemplo, en Tampico durante la epidemia de fiebre amarilla de 1882, el periódico La Voz de México señalaba que:

Sabe un colega que esta terrible enfermedad [se refiere a la fiebre amarilla] está haciendo muchas víctimas en Tampico, que varias familias han emigrado a otros lugares, y que el batallón núm. 31, que guarnece aquella plaza, ha tenido muchas bajas, a causa de la misma enfermedad.¹⁶³

Ahora bien, la gente que emigraba de los puertos en épocas de epidemias, propiciaba la infección hacia otros puntos, pues en ocasiones, al salir de éstos y enfilarse hacia otros, ya habían contraído la enfermedad e iban a llevar la misma hacia otras plazas. Tal era el caso de Córdoba, Orizaba y Xalapa, que constantemente fueron contaminadas por estas migraciones temporales. El traslado de

¹⁶³Novo, 1964, pp. 127-129.

los emigrantes incluía toda la familia, así como a su servidumbre, que generalmente había sido ocupada para cuidar enfermos y por tanto con altas probabilidades de estar infectada.

Por otra parte, si bien era cierto que el movimiento social en los puertos disminuía, también lo es que no quedaban totalmente vacíos y la vida en ellos tenía que seguir. Los que allí se quedaban trataban de mantener su ritmo y hábitos de vida, aunque sí se veían alterados. Por ejemplo, las misas dominicales tenían escasa concurrencia, así como los teatros y algunos otros sitios públicos. En tiempos epidémicos se organizaban rezos, novenas, *te deums* o procesiones con imágenes de santos. En Xalapa, por ejemplo, la imagen de Santa Teodora se sacaba en procesión cuando la plaza se veía amenazada por viruela. Sobre esta santa se formaban historias populares o tradiciones; de ella se decía que su cuerpo podía avisar con anticipación si la población sufriría de esta enfermedad, al padecer primero el mal.

En Nueva Orleans, los hábitos eran más o menos los mismos y los muelles y calles cercanas servían como espacios de recreación para la población que permanecía allí, el comercio local funcionaba de la misma manera e incluso se desarrollaban actividades festivas importantes y conmemorativas con actos como los de carácter deportivo y

¹⁶²Novo, 1964, pp. 100-101.

¹⁶³La Voz de México, 23 de septiembre de 1882.

festivales de música. Por ejemplo, en la epidemia de fiebre amarilla de 1905, The Daily Picayune aseguraba que ante situaciones de emergencia la gente no vacilaba en brindarse ayuda aun a costa de dejar sus propias actividades.¹⁶⁴ En el puerto norteamericano la presencia de la fiebre amarilla llegó a ser tan común que se dio cierta familiaridad entre la población al llamarse a la enfermedad "Yellow Jack"¹⁶⁵

En la Habana la población continuaba sus actividades al aire libre. La calle de los Oficios era de las más concurridas tanto en el día como en la noche, pero los habaneros preferían salir de las bulliciosas calles y enfilarse hacia las afueras de la ciudad en busca de aire puro y fresco, que les brindara un ambiente más sano del que respiraban en el puerto.¹⁶⁶

Aun cuando en la Habana -al igual que en Veracruz y Nueva Orleáns- algunos sectores emigraban en busca de tierras mejores durante las épocas epidémicas, el fenómeno no era tan notorio como en el puerto mexicano o en el norteamericano. La vida social se desarrollaba tan normal como las condiciones lo permitían y al puerto cubano llegaban espectáculos que servían de distracción a la población como carreras de caballo, circos y lidias de gallos, entre otros.

¹⁶⁴The Daily Picayune, 8 de agosto de 1905.

¹⁶⁵SC, Matas Collection, Folder 868-37-13, "The Anti-mosquito Campaign and the Victory of Sanitary Science in New Orleans in 1905". Altman, 1998, p. 129.

¹⁶⁶González del Valle, 1952, pp. 82-85.

Evidentemente las situaciones epidémicas y el panorama sanitario creaban una nueva concepción ante la enfermedad y en términos generales es posible señalar una mentalidad en torno a ésta, que se manifestó en diversas representaciones siendo la publicidad en torno a la sanidad, remedios y medios de curación algunas de estas representaciones. Pero también se generó publicidad que intentó representar a las enfermedades como dibujos relacionados con la muerte, etc. [Ver imágenes 3.1 y 3.2]

La situación epidémica por la que atravesaba la región en determinados momentos y el ritmo vertiginoso impreso a la misma por la demanda del capital, generaron un proceso social caracterizado por el requerimiento de información en torno a la enfermedad y la forma de erradicarla. En principio la población comenzó a percatarse de la falta de condiciones adecuadas para el crecimiento demográfico; las denuncias en torno a la poca atención que los encargados de la limpia pública otorgaban -no sólo a los sitios de trabajo sino a los de convivencia social- estuvieron a la orden del día. En Veracruz, por ejemplo, durante la amenaza de cólera de 1892, algunos usuarios se quejaban de que los tranvías no estaban suficientemente ventilados y que los conductores no cuidaban de su limpieza.¹⁶⁷ Esto tenía que ver con la idea que la libre circulación del aire limpiaría el ambiente, pues la rápida

¹⁶⁷El Partido Liberal, 23 de febrero de 1892.

Las dos Pestes



La fiebre amarilla. —¿Porqué eres tú tan grande?
—La tuberculosis. —Ah! Porque á ti te persiguen y á mí me dejan crecer!

CUESTION DE SALUBRIDAD



MIRA HACIA ATRAS, DOCTOR, QUE HAY UN ENEMIGO MUCHO MAS TEMIBLE QUE EL QUE USTED PERSIGUE

transmisión de enfermedades había generado la imagen que lugares cerrados eran altamente peligrosos, de allí que pidieran ventilación.

La falta de aseo generó reclamos y exigencias. Las embarcaciones que arribaban al puerto veracruzano, producían basuras y malos olores. El Monitor Republicano aseguraba al referirse a la bahía "Flotan grandes cantidades de materias excrementicias que saturan la atmósfera a tal grado que no es posible estar sin el pañuelo en la nariz."¹⁶⁸ Algunos sectores de la población compartían estas quejas y las hacían llegar al ayuntamiento, advirtiendo el peligro que ésto representaba para la salud, no sólo de los trabajadores en los muelles, sino para todos los habitantes. El Dictamen reproducía cartas como la siguiente:

Si quieren nuestros abonados fortalecer los pulmones, con exquisito y gratuito aroma, no tiene mas que dar un paseito por el caño que desemboca al mar, de la calle Zamora, muchas veces hemos llamado la atención sobre ese insoportable olor, pero parece que los señores sanitarios, que se complacen en molestar (...) a la clase pobre que vive en los patios, no tienen olfato para oler en la zona federal. Y quisiéramos que los encargados de la salubridad dictaran órdenes para que desaparecieran esa pestilencia, no por nosotros, que ya el "aroma" de los caños nos ha curado de espanto, sino por las personas que nos visitan, que se van censurando el poco aseo de nuestra ciudad.¹⁶⁹

Los problemas de la ciudad molestaban cada vez más. Las quejas por la insalubridad, la basura, los caños, las cloacas

¹⁶⁸El Monitor Republicano, 17 de enero de 1893.

¹⁶⁹El Dictamen, 11 de enero de 1906.

y la falta de higiene en los sitios públicos fueron creciendo, de manera que sobre el puerto de se decía que "caños y callejones estaban en estado deplorable". La comida también fue objeto de quejas por parte de la ciudadanía. Informes de venta de comida en mal estado fueron una constante, incluso se llegó a descubrir que se vendía adulterada o en algunos sitios se vendía comida en mal estado.¹⁷⁰

En Nueva Orleáns las quejas no fueron menos y compartían el mismo tono. Los porteños norteamericanos se inconformaban de la falta de aseo en sus calles y la presencia de moscas y mosquitos. Señalaban que estos resultaban molestos pues a la hora de ingerir sus alimentos tenían que buscar sitios donde éstos no pudieran llegar. Los pantanos que rodeaban a la ciudad resultaban incómodos por la fetidez que despedían. Los vecinos demandaban a las autoridades realizar acciones para secarlos, pues atribuían a ellos la generación de mosquitos, malos olores, insalubridad y el sitio ideal para presencia de alimañas, que eventualmente se convertían en plagas que llegaban a sus casas. Pedían la limpia de calles, pues la basura que en ellas se acumulaba, servía de criadero y alimento para las ratas portadoras de enfermedades.¹⁷¹ Además, en temporadas de lluvias, los pantanos se desbordaban invadiendo las calles con inmundicias, las cuales se quedaban

¹⁷⁰El Diario del Hogar, 9 de mayo y 6 de octubre de 1905.

¹⁷¹The Daily Picayune, 29 de julio, 7 agosto de 1905.

estancadas en los baches de las mismas, emanando olores fétidos y el aumento de moscas.

La Habana, en la segunda mitad del siglo XIX, también padeció el problema de la basura en sus calles, las cuales eran deficientemente barridas y en las esquinas se acumulaban cerros de desechos de donde salían alimañas que se resguardaban en las casas contiguas.¹⁷² Los vecinos exigían mejor servicio en la limpia pública y que se barrierá diario, pues se había adoptado la práctica de recoger la basura unos días en las calles del norte a sur y otros las de este a oeste.

La falta de agua potable fue un constante problema que generaba malestar entre la población, tanto en La Habana y Nueva Orleáns como en Veracruz. En el primero de los tres puertos, fue tal la escasez que algunas viviendas decidieron construir pozos y aljibes, pero éstos significaban otro tipo de problemas, pues el agua, al no ser corriente, servía de criadero de mosquitos. Las quejas por este hecho fueron constantes y exigían a las autoridades solucionarlo con el abastecimiento suficiente del líquido.

En el puerto veracruzano la escasez de agua también generó problemas y manifestaciones de inconformidad, ya que, al no contar con ella ni para los usos más elementales, la

¹⁷²González del Valle, 1952, p. 88.

población protestó, pues se sentía vulnerable a las enfermedades. El Universal apuntaba

Esta ciudad [Veracruz] se encuentra en malísimas condiciones, en caso de que el cólera nos invada. El Lazareto de Sacrificios, así como el de "Casa Mata", que dista éste una media milla de la ciudad, no sirven para ese objeto, tanto por lo reducidos que son cuanto por la falta de agua potable de que carecen, así como por otras circunstancias, indispensables para el caso.¹⁷³

El mismo problema se repetía por algunos otros puntos del Golfo de México como en Tampico y en Progreso. En el caso del primero las autoridades sanitarias aseguraban que si bien se invertía en los trabajos para abastecer del líquido a la población, los esfuerzos resultaban insuficientes.¹⁷⁴

El problema del agua llegó a ser tan alarmante que la propia ciudadanía comenzó a tomar medidas para no ingerir agua contaminada. Entre la población negra, por ejemplo, existía la práctica de aplicar polvos que la purificaban tal como lo señala el siguiente relato:

(...) nosotros los africanos pocas veces sufrimos enfermedades epidémicas por beber malas aguas. Verdad es que nadie las usa más, ni conoce sus propiedades mejor que nosotros. El agua por mala que sea, no se debe hervir ni filtrar para hacerla buena. Basta poner en ella alumbre en polvo, 20 centigramos por cada litro revolverlo bien y dejarla en reposo durante 24 horas. No hay que hacer más. El alumbre arrastra consigo y

¹⁷³El Universal, 16 de septiembre de 1892.

¹⁷⁴El Diario del Hogar, 5 de octubre de 1905.

precipita todos los corpúsculos vivos y muertos y todas las impurezas que contera el agua.¹⁷⁵

En el puerto de Veracruz, la costumbre indicaba colocar en la boca de una olla un tejido de cerdas; se le ponía encima una copa de carbón vegetal de cuatro o 5 pulgadas de espesor, se cubría éste con una capa de arena y se le ponía una rueda de papel con muchos agujeros, luego se le depositaba el agua, al salir ésta se encontraba filtrada. Otra forma era colocar en el fondo de una vasija una capa de carbón vegetal o de piedra, mezclándola con arena y, si era posible, un poco de cemento esponjoso.¹⁷⁶ Recetas y recomendaciones como éstas circulaban entre la población como medida para evitar la proliferación de enfermedades.

II) Medicamentos, remedios y "pocimas magicas":
La publicidad como expresión del problema sanitario.

Junto con estas prácticas, el problema epidémico también generó otro aspecto que fue la difusión de remedios, unos caseros y otros químicos que, a decir de su publicidad, ayudaban al control y erradicación de enfermedades, algunos con objetivos precisos y otros con poderes "maravillosos" que curaban de todo. La prensa podía publicar remedios como "El

¹⁷⁵Relato publicado por El Universal, 1 de septiembre de 1892.

¹⁷⁶Recetas publicadas en El Mundo Ilustrado, 25 de junio de 1905.

Gordolobo", planta que poseía sustancias que ayudarían a controlar las enfermedades pulmonares.¹⁷⁷

Para la gente que enfermaba de la piel "nada mejor" que los remedios de "Cuticura". La propaganda señalaba "Picazones de los miembros y toda forma de humores con comezones y escamas son aliviadas instantáneamente y curadas prontamente por medio de los remedios de cuticura", que en realidad era un jabón para la limpieza de erupciones e irritaciones en la piel. Junto a este jabón competían los productos "mennen", "ideales" para el cuidado de la piel, además de proporcionar aroma agradable.¹⁷⁸ Estos artículos estaban al alcance del público en farmacias y droguerías, las cuales difundían sus beneficios a través de la prensa y propaganda suelta.

Otros productos "igual de efectivos", no estaban al alcance de todos y tenían que ser importados como las inyecciones de "cadet", las cuales se conseguían en París y sólo sobre pedido era posible obtenerlas. Estas inyecciones se publicitaban como "realmente efectivas" pues "curan generalmente en 3 o 4 días, sin otro medicamento y sin ningún peligro, las enfermedades más rebeldes. Son un preservativo siendo empleado como agua de tocador".¹⁷⁹

La necesidad de prevenir y evitar las enfermedades conducía a buscar alternativas. Una de las más fuertemente difundidas fue el uso del café como preventivo, según

¹⁷⁷La Voz de México, 23 de noviembre de 1882.

¹⁷⁸Diario del Hogar, 9 de agosto de 1905.

versiones de *Mexican Trade* "tomado en ayunas es el mejor preservativo para las enfermedades contagiosas. Observaciones hechas últimamente por médicos competentes, parecen aducir la conclusión de que la gente habituada a tomar café puro al levantarse, no sufre contagio de cólera, tífus y otras enfermedades de esta clase..."¹⁸⁰ De igual manera, señalaba la conveniencia de hacer quemas de granos de café en cuartos y habitaciones, pues aseguraba que era un desinfectante ideal y purificaba la atmósfera.

Entre los remedios de mayor éxito estaba el "Aceite de San Jacobo", lo mismo en Veracruz que en la Habana, pues la gente lo buscaba por toda la propaganda que se hacía en torno a los beneficios que brindaba. Tal era su fama que invadió algunos sitios en los Estados Unidos como Chicago, en donde el secretario del alcalde de Chicago, Tomas Thompson, lo describía como de un "efecto mágico".¹⁸¹

Junto con el aceite de San Jacobo existía el jarabe y la pasta del Sr. Zed, que se difundía como el mejor medicamento contra la tos, el insomnio, irritaciones, etc. Éste era un poco más exclusivo que el de San Jacobo y su promoción señalaba que su venta sólo se hacían en "las buenas farmacias".¹⁸² La composición del mismo era codeína y tolú y el eslogan señalaba que "alivia[ba] rápidamente las

¹⁷⁹ *La Voz de México*, 14 de enero de 1882.

¹⁸⁰ *El Partido Liberal*, 23 de febrero de 1892.

¹⁸¹ *La Voz de México*, 27 de abril de 1882.

¹⁸² *La Voz de México*, 10 de octubre de 1882.

irritaciones del pecho, la tos de los tísicos, los insomnios, etc."

Otro medicamento de gran éxito y al alcance de muchos fue la "Quina Laroche", cuyas propiedades curativas fueron ampliamente comentadas pues resultaba ideal para "combatir eficazmente la debilidad, la anemia y todas las enfermedades de la sangre. Tómese después de cada comida..."¹⁸³

Con el advenimiento del siglo XX, la publicidad de remedios y técnica curativa creció de manera significativa. Además de los tradicionales; la prensa daba a conocer cada día nuevos remedios. Se incorporó el "El vino de San German" eficaz contra la anemia y la clorosis, igual se difundía las propiedades del eucalipto y los "excelentes" resultados en la cura de la peste bubónica. Algunas boticas promocionaban las pastillas laxantes de bromo quinina para curar todo tipo de resfriados, así como el jarabe de ajolote contra las afecciones pulmonares y del pecho.¹⁸⁴

Debido a que algunos medicamentos se promocionaban como lo "mejor" ante los mismos padecimientos, al momento de publicitarse se descartaban mutuamente, así por ejemplo "Las píldoras nacionales", medicamento contra fiebres, competían con el uso de la quinina, de allí que su promoción fuera "¿Ha probado vd. Las píldoras nacionales? Son mucho más eficaces que la quinina contra calenturas, influenza, debilidad y

¹⁸³La Voz de México, 26 de agosto de 1882.

anemia."¹⁸⁵ De igual manera, se recomendaba tomar "Salicato de sosa" un antiséptico que, a decir de su eslogan, era preferible a la quina porque este no debilitaba el estomago del paciente.

De Cuba llegaban a México noticias de los medicamentos que allí tenían éxito, como lo fue el caso de las "Pildoras rosadas", destinadas a los problemas estomacales e infecciones, como el cólera y otras. De acuerdo con su promoción, las enfermedades intestinales tenían su origen en el consumo de alimentos, pero el temor creado por la presencia de enfermedades hacía que la gente dejara de degustar algunos de ellos.

Dicen que el hombre cuerdo come para vivir, y que muchos que no lo son viven para comer. El que se priva de los que sea, no goza. El que abusa de lo que apetece, sufre las consecuencias. Pero hay que convenir que el colmo de la infelicidad está en querer comer y no poder. Privar de esto o aquello es una virtud, pero no un remedio permanente...¹⁸⁶

Evidentemente la publicidad se dirigía a un punto neurálgico en el comportamiento humano, pues ofrecía la posibilidad de no privarse de nada y sí obtener beneficios. También se promocionaba el "Elixir estomacal" de Saiz de Carlos, que de igual manera prometía curar enfermedades del aparato digestivo.

¹⁸⁴El Diario del Hogar, 5 de abril, 12 de mayo, 11 de junio y 2 de julio de 1905

¹⁸⁵El Diario del Hogar, 26 de julio de 1905.

La presencia de epidemias preocupaba a la población, que buscaba con afán medicamentos y remedios que les ayudara a sobrellevar las enfermedades; siendo la viruela, el cólera y la fiebre amarilla fueron de las que más preocupación causaban. Se trabajaba en la búsqueda de remedios y era posible saber de hallazgos como los siguientes

Sr. Don Teodoro A. Dehesa, gobernador del Estado de Veracruz (...) Habiendo tenido la oportunidad de observar la fiebre amarilla en todas sus faces [Sic] con motivo de haber residido por espacio de varios años en la Isla de Cuba trabajando por encontrar el medio de combatirla, hoy seguros ya de haber encontrado remedio seguro para tan terrible enfermedad nos permitimos remitir a Vd. por correo el expresado remedio...¹⁸⁷

Junto con la carta mandaban el promocional del medicamento para que las autoridades lo difundieran, en donde se indicaba la manera de usar el "aceite eléctrico". Sin duda, la situación favorecía la aparición en el mercado de remedios y medicamentos que, valiéndose de las necesidades de la población, prometían y aseguraban curar de todo con facilidad inusitada. Como fueron "Las pastillas del Dr. Andreu", las "Pildoras andinas" y la ya famosa "Emulsión de Scott". [Ver imágenes 3.3, 3.4 y 3.5]

¹⁸⁶El Diario del Hogar, 4 de mayo de 1905.

¹⁸⁷AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, serie: fiebre amarilla, caja: 266.

Imagen 3.3

TOS

POUR TOUTES LES TOS SEAI SE CURA COM'LES

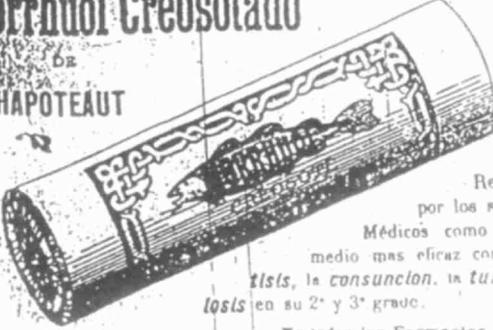
PASTILLAS DEL DR. ANDREU

Ya sea la TOS catarral ó de resfriado, seca, nerviosa, ronca, fatigosa por fuerte y crónica que sea, se cura ó se alivia siempre con estas PASTILLAS, siendo sus efectos tan seguros y rápidos que siempre desaparece la TOS antes de concluir la primera caja.

ASMA ó asofocación por medio de los CIGARRILLOS BALSÁMICOS ó los PAPELES AZOADOS que prepara el mismo Dr. ANDREU, con los cuales logra el asmático un alivio instantáneo y descansa durante la noche. Pídase el prospecto

Morhuol Creosotado

Dr. CHAPOTEAUT



Recetado por los señores Médicos como el remedio mas eficaz contra la *tisis*, la *consumcion*, la *tuberculosis* en su 2º y 3º grado.

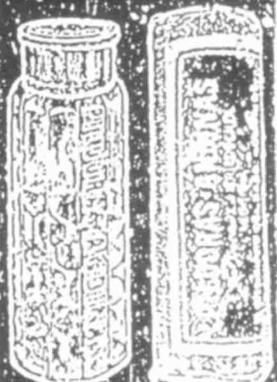
En todas las Farmacias

Imagen 3.4

Dr. J. Martínez
Especialista en las enfermedades del estómago, intestino, piel y venereológicas.
Consulta de 10 a 12 a. m. y de 4 a 6 p. m.—Asesía de la Independencia, 26 bis.

LICE DIODORO BATALLA Y BASILIO SAENZ.
De la Escuela Nacional de Jurisprudencia de México.
NOTARIA PÚBLICA No. 4.
Despacho.—Zamora 13.
De 9 a 12 a. m. y 3 a 6 p. m.

Pildoras Andinas
Contra paludismo, calenturas, fríos y fiebres intermitentes.



Depósito en Veracruz:
DEPOSIÇÃO DE MULLAZI
SUOR.

**Estuvo Tísico Por
Más de Un Año**



**La Emulsión
de Scott**

LE SALVÓ LA VIDA

"Hace un año que habé perdido la salud, no podía digerir los alimentos, me repugnaban las comidas, dormía mal, al menor esfuerzo me cansaba, mi peso había disminuido de una manera alarmante, y en general el estado de mi salud infundía los más serios temores.

"Calcélese cual sería mi desesperación, cuando el perorar me indicó de los Sres. Médicos calificó mi enfermedad de Tisis Pulmonar.

"En tan afligidas circunstancias, al Dr. Carlos Fuertes Picalúa, uno de los facultativos que por sus profundos conocimientos es honor y prez de la Facultad Médica Colombiana, después de un minucioso estudio de

III) Las representaciones de la cultura popular.

El contexto epidémico creaba representaciones sociales de diverso índole como fue la publicidad de medicamentos y remedios, pero también hubo expresiones humorísticas en torno a las enfermedades y epidemias. En 1892, año crítico del cólera, surgieron caricaturas y versos en torno a la enfermedad. Algunos proponían soluciones mediante la ironía y sátira, tal como lo publicaba El Partido Liberal:

Una onza de indiferencia
 otra de resolución,
 y hágase bien la infusión
 con jarabe de paciencia.
 Nunca de pena, humos buenos;
 dos libras de sociedad;
 de ejercicio la mitad
 y a todo demos ajeo.
 Excesos de ningún modo,
 de diversión solo un gramo;
 trabajo poco y temprano,
 después lo mezclareis todo,
 y por la mañana y tarde
 lo tomáis con vino puro:
 hacedlo, y os aseguro
 se libra hasta el más cobarde.¹⁸⁸

La medicina popular también evidenció pautas de comportamiento social ante el panorama epidémico que se vivía en la región. Gonzalo Aguirre Beltrán estableció que:

La salud y la enfermedad, así como las creencias y prácticas con ellas relacionadas, cuya interacción

¹⁸⁸El Partido Liberal, 16 de septiembre de 1892.

constituye el corpus de la medicina, no son independientes del entorno en el cual se realizan, sino variables íntimamente ligadas con las restantes formas de vida social.¹⁸⁹

Mucho se ha discutido acerca de la importación y exportación de enfermedades, partiendo desde consideraciones en torno al origen, traslado y difusión de las mismas, y día a día se profundizaba y problematizaba sobre este hecho. Lo cierto es que las enfermedades recorrían grandes distancias y su contagio las hizo extenderse por regiones que en ocasiones resultaban insospechadas. El Caribe en general albergó estas enfermedades, algunas de ellas importadas, debido en buena medida -aunque no necesariamente por ésto- al movimiento de población. A los negros les fueron atribuidos una serie de males, algunos efectivamente desarrollados originalmente entre ellos, pero otros debido a condiciones totalmente ajenas. Lo cierto es que, como bien señala Aguirre Beltrán:

Negros y blancos no se limitan ciertamente, a desempeñar el triste rol de transmisores de males y dolencias; en su condición de portadores de cultura también difundieron patrones de comportamiento, formas de relación, ideas y valores propios de las civilizaciones del Viejo Mundo.¹⁹⁰

El Caribe se convirtió en el escenario donde creció un comportamiento cultural frente a la enfermedad, nutrido de elementos propios y externos, que le imprimieron una

¹⁸⁹Aguirre Beltrán, 1994, p. 97.

¹⁹⁰Aguirre Beltrán, 1994, p. 103.

naturaleza caracterizada por su dinamismo en la medida que se transformaba con nuevos componentes. En el caso de las costas del Golfo de México, elementos prehispánicos sirvieron de base cultural y, debido al amplio conocimiento desarrollado en torno a las enfermedades y a su cura, se entrecruzaron con los de origen africano, europeo y asiático.

Los métodos de curación y más precisamente los de diagnóstico, que se desarrollaron dentro de la medicina popular generada en el Caribe a partir del elemento africano, mantuvieron un paralelismo con los métodos náhuatl, pues en ambos la concepción religiosa desempeñó un papel fundamental y en las dos la curación iniciaba por la búsqueda de las causas. El curandero o sacerdote -según fuera el caso- fungía como intermediario entre el hombre y los dioses o antepasados, para descubrir los motivos de los males.¹⁹¹

Esta unión de elementos constituyó la medicina tradicional, la cual tenía que ver con costumbres y tradiciones de larga permanencia entre la población. Los remedios y las prácticas médicas constituyeron un cuerpo definido que se manifestaba a través de la medicina popular. El uso de herbolaria, ungüentos y preparados se acompañaron de elementos mítico religiosos que articularon la cosmovisión en torno a la enfermedad a lo largo del Caribe.

¹⁹¹López Austin, 1993, pp. 14 y ss. Aguirre Beltrán, 1994, p. 105.

Otro elemento que formó parte de la cosmovisión regional fue la santería, la cual constituía una práctica en la que se conjugaban varios elementos del pensamiento mítico-religioso. Quizá este tipo de prácticas sean de las manifestaciones más ilustrativas del proceso de construcción del imaginario y sus representaciones en la región.

De primera intención y tomando en consideración a la santería como elemento ilustrativo de dichas representaciones, Cuba podría ser considerada como uno de los principales lugares donde se originaban líneas de comportamiento ante las enfermedades. Las prácticas médicas y sociales que allí se adoptaban parecerían compartirse y transmitirse al resto de la región del Alto Caribe. Concretamente, la santería tomó camino y llegó tanto a las costas del sur de los Estados Unidos como al sureste mexicano.

La santería en Cuba -y en América Latina en general- es producto de un proceso en el que se conjugaron varios elementos, tanto de tradición cultural africana como de la tradición cristiana europea y a su vez incorporó elementos de indígenas americanos. Natalia Bolívar Aróstegui señala con respecto al nacimiento de la santería en Cuba que fueron los esclavos negros quienes:

(...) orientándose por la simple semejanza, fundían ingenuamente las figuras de sus antepasados divinizados

con la hagiografía de la Iglesia y, al ritmo de tambores, la figura de San Lázaro se confundía con la de Babalú Ayé, la de Aggayú Solá con la de San Cristóbal, la de Changó con Santa Bárbara, la de Elegguá con San Antonio, y así un largo desfile de sincronizaciones. Nació la santería, la sincronización de los cultos yorubas y la religión católica, en proceso natural y lógico.¹⁹²

En México, las costas del Golfo de México albergaron algunos de estos elementos de origen africano y, desde épocas coloniales, tuvieron un desarrollo que se conjugó con sus elementos de medicina tradicional. En los Estados Unidos sucedió un proceso similar que se extendió desde Nueva York hasta las costas de La Florida, Lousiana y Texas.

La situación de insalubridad y el constante azote de enfermedades y epidemias en la región beneficiaron el desarrollo de estas prácticas como respuesta y defensa de la sociedad que buscaba alternativas ante los problemas que les tocaba enfrentar. Sin embargo, la medicina científica también se encontraba en un proceso de desarrollo y también se planteó la búsqueda de soluciones.

En el siguiente capítulo se analizarán las propuestas de los médicos vertidas en los congresos y las convenciones panamericanas; la legislación y los acuerdos, tratados y convenios internacionales; así como las acciones de saneamiento en la región que en conjunto conformaron el proyecto sanitario en la región del Alto Caribe.

¹⁹²Bolívar Aróstegui, 1990, p. 24.

SEGUNDA PARTE.**CAPITULO IV****La revolución científica del siglo XIX****I) La ciencia médica en el siglo XIX: la experiencia caribeña.**

En el siglo XIX tiene lugar una revolución en la ciencia médica impulsada por la afluencia de nuevas ideas y la adopción del positivismo como método. La respuesta de la medicina ante los retos del momento y el nuevo pensamiento fueron plasmados en un concepto: la prevención; mismo que se benefició con el auge de las corrientes higienistas. La medicina experimentó lo que Thomas Kuhn llama una ruptura de paradigmas. Los viejos conceptos considerados por algunos médicos decimonónicos como propios de la metafísica, fueron sustituidos por propuestas que desembocaron en nociones, conceptos y categorías que dieron forma a otra percepción de la medicina en específico y del saber médico en general.¹⁹³

Durante la centuria decimonónica se desarrolló lo que algunos autores han denominado "la medicina científica", cuyos conceptos fueron ordenados en paradigmas que respondieran a las nuevas exigencias. La vacuna contra la viruela (1804) marcó el inicio del siglo de la "medicina

¹⁹³ Kuhn, 1993, pp. 80 y ss.

científica" en México. A éste se agregaron otros descubrimientos y avances como los trabajos de Nicolás Corvisart y Francois Xavier Bichat, que definieron una concepción científica diferente a la existente hasta esos momentos.¹⁹⁴

El giro que la medicina adoptó fue privilegiar los principios de experimentación y aplicación. El positivismo facilitó el ordenamiento de la ciencia médica y se estructuró un cuerpo conceptual "moderno" acorde con la expectativa decimonónica.

El siglo XIX observó -como lo ha señalado Michel Foucault- el "rejuvenecimiento de la percepción médica". A partir de entonces cambiaron el tipo de vinculaciones que la medicina tenía con relación a la enfermedad y el enfermo mismo.¹⁹⁵ Incluso el imaginario médico en torno a su objeto de estudio delimitó una nueva manera de construir no sólo el discurso, sino la propia práctica médica. Es en esta perspectiva que la medicina como ciencia fue reordenada bajo la construcción de la modernidad.

Algunos médicos y científicos de la época creyeron encontrar en el método positivista el estado ideal de la ciencia.¹⁹⁶ Dentro de esta concepción médica nació la medicina

¹⁹⁴ Otros elementos que dan cuenta de este avance son los descubrimientos de la anestesia (1847), la cirugía aséptica (1867) y los rayos X (1895). Martínez Cortés, 1987, pp. 10 y ss.

¹⁹⁵ Foucault, 1996, pp. 4 y 5.

¹⁹⁶ En México la obra de Francisco Flores Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta el presente (1888) es un buen

tropical, que buscaba respuestas a los problemas partiendo de los principios conceptuales de sanidad, higiene y prevención para el combate de las enfermedades que se desarrollaban en climas cálidos.

El panorama epidémico que presentaba el Caribe lo hizo el gran laboratorio de la medicina tropical. Muchos eran los problemas sanitarios y epidémicos de la región y más las interrogantes acerca de su origen, desarrollo y erradicación. Los científicos de la época se dieron a la tarea de averiguar las posibles respuestas a estas preguntas. Estas investigaciones se conjugaban con las demandas y exigencias que los inversionistas y comerciantes establecidos en la región planteaban. Bastaría recordar la dinámica económica que se dio en la región caribeña en la segunda mitad del siglo XIX y que fue expuesta en el capítulo I.

El panorama epidémico, por un lado, y las demandas planteadas por el desarrollo del capital, por el otro, condujeron a la búsqueda de soluciones. Los médicos se abocaron a la tarea de proponer métodos que ayudaran a conseguir mejores condiciones en la región. La coyuntura por la que atravesaba la ciencia médica favoreció el surgimiento de propuestas médicas que se articularon en sugerencias de saneamiento, higiene y prevención de enfermedades. Era un

ejemplo de esta nueva concepción de la ciencia y articulación del discurso médico. En ella, el autor sostiene que la medicina había pasado por tres estados: el teológico, el metafísico y el positivo. Para Flores

hecho que la medicina había fracasado en sus reiterados intentos por erradicar enfermedades y encontrar cura para las mismas, de allí que el concepto preventivo adquiriera gran importancia como posible solución.

Médicos mexicanos, norteamericanos y cubanos intentaron profundizar en este sentido y buscaron soluciones. Carlos Finlay fue quien, quizá, avanzó con mayor firmeza en el campo de la medicina tropical. Como se demostró en el apartado anterior la zona integrada por los puertos de la Habana, Progreso, Campeche, Veracruz, Tampico y Nueva Orleans fue de la más severamente golpeada por las epidemias; y la fiebre amarilla la que condujo a la investigación de nuevos métodos médicos. Entre estas investigaciones las que mayor difusión tuvieron -debido al grado de comprobación que alcanzaron- fueron las realizadas por Finlay.

Es necesario señalar que en Cuba al interior del gremio de médico siempre había estado presente la preocupación por la fiebre amarilla y se habían iniciado investigaciones. De hecho, fue en 1861 cuando se fundó la Academia de Ciencias de La Habana, que tuvo como uno de sus objetivos buscar soluciones a problemas relacionados con la fiebre amarilla.

Los trabajos de Finlay se dirigieron principalmente hacia las enfermedades de carácter tropical como la malaria, el cólera y la fiebre amarilla. Valdría la pena señalar que

el estado positivo de la medicina se caracteriza por su apego a lo científico.

el concepto de enfermedad tropical fue asociado a enfermedades transmisibles e infecciosas y no se circunscribía a enfermedades enteras y exclusivamente de clima tropical. Estas eran consideradas dentro del concepto enfermedades que aparecían en otros climas. Después de muchos intentos por encontrar la cura y la forma de erradicar la fiebre amarilla no sólo de las aguas y tierras caribeñas sino del mundo entero, los logros al respecto habían sido escasos. Ante esta situación, entre sus primeros logros del médico cubano estuvo el demostrar la manera en qué esta enfermedad se difundía y cómo se convertía en epidemia y adquiría carácter endémico y pandémico. El galeno advirtió que este mal no se transmitía de hombre a hombre, sino que se requería de un agente intermedio que era el mosquito Culex, quien extraía un germen, lo albergaba para incubarlo e inyectaba un producto que él mismo se encargaba de acondicionar.¹⁹⁷ Más tarde se establecería la diferencia entre los distintos mosquitos transmisores de enfermedades como el Anopheles (paludismo) y el Stegomyia fasciata (fiebre amarilla). [Ver imágenes 4.1 y 4.2]

Estos planteamientos lo condujeron a realizar una serie de experimentaciones en la gran región caribeña. En este espacio centró su atención en las condiciones climáticas y geográficas y el ambiente que éstas conformaban para el desarrollo de enfermedades como la fiebre amarilla. El médico

¹⁹⁷ El Culex es el mosquito hoy conocido como Aedes aegypti. Delaporte, 1989, p. 14. Carrillo, 1993, pp. 108 y 109.

Imagen 4.1

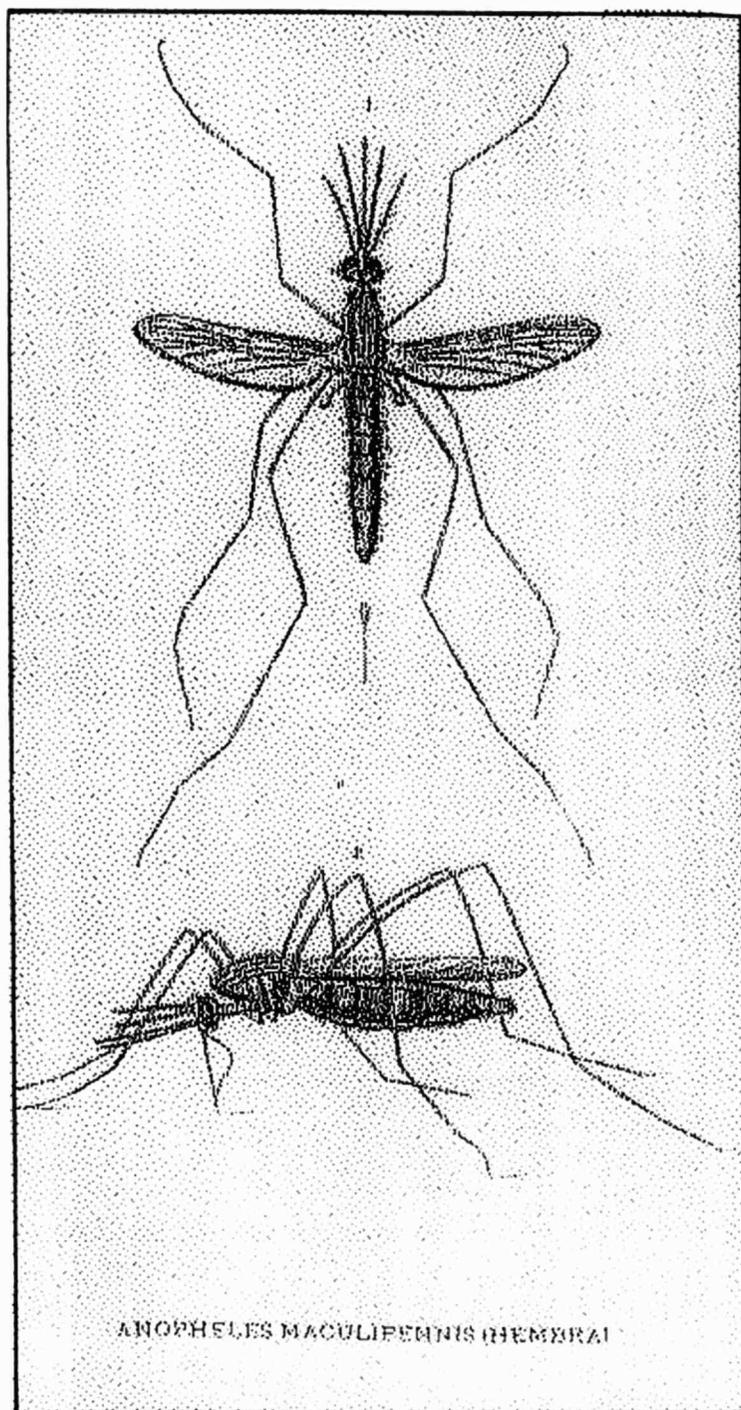
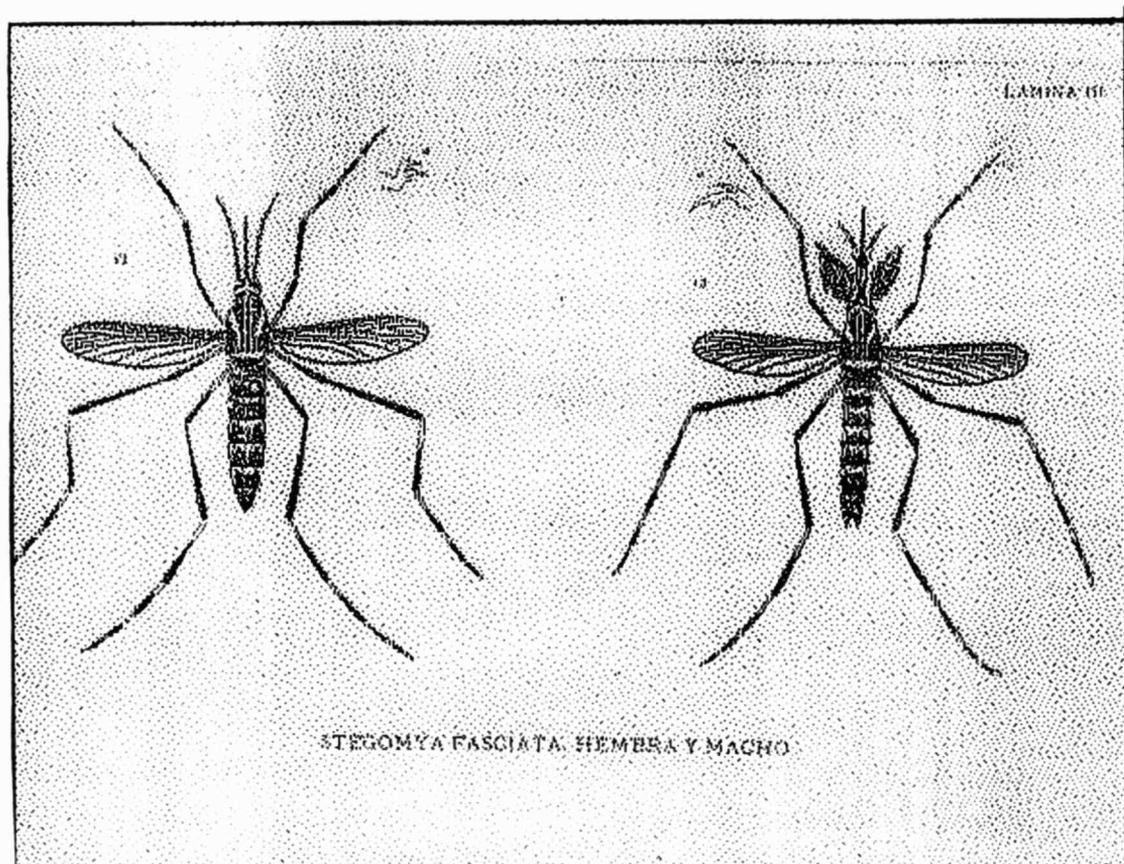


Imagen 4.2



cubano descubrió que para el desarrollo de la enfermedad se requerían de una serie de condiciones que la favorecieran y el clima y la geografía eran de los más determinantes.¹⁹⁸

En cuanto a la temperatura, el cubano señalaba que ésta era considerada entre los factores más importantes en el desarrollo de la enfermedad, pues ella determinaba en buena medida las condiciones en las cuales proliferaba con menor o mayor intensidad. Aunque también advertía que existían otras condiciones, y por tanto la determinación variaba, es decir, como la fiebre amarilla se transmitía a través de un mosquito. Este mantenía una capacidad de adaptación a variaciones de temperaturas.¹⁹⁹

Las investigaciones de Finlay concluían que había climas poco favorables al desarrollo de los insectos y en aquellos eran muy raros y hasta desconocidos los casos de fiebre amarilla, pero aceptaba la existencia de algunas excepciones. También, aseguraba que aunque existieran sitios con condiciones geográficas que podrían ser similares a las de las zonas tropicales con aguas estancadas o con depósitos de materias en putrefacción, en éstos no se producía ningún

¹⁹⁸Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p.117. Los médicos norteamericanos también realizaron investigaciones en torno al clima, y estudiaron la incidencia de estos factores en las enfermedades que se desarrollaban en sus puertos. Nueva Orleans y Nueva York fueron de los centros que tuvieron mayor atención para estas investigaciones. The Daily Picayune, 20 de julio de 1905.

¹⁹⁹Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 118.

factor que favoreciera la emergencia de una epidemia como la fiebre amarilla.²⁰⁰

Desde 1881, Finlay apuntaba resultados que serían determinantes para el resto de las investigaciones sobre fiebre amarilla. Por ejemplo, en la Conferencia Internacional celebrada en Washington en febrero de ese año:

Mi opinión personal es que tres condiciones son en efecto necesarias para que la fiebre amarilla se propague:

1.-La existencia previa de un caso de fiebre amarilla, comprendido dentro de ciertos límites de tiempo con respecto al momento actual.

2.-La presencia de un sujeto apto para contraer la enfermedad.

3.-La presencia de un agente cuya existencia sea completamente independiente de la enfermedad y del enfermo, pero necesaria para transmitir la enfermedad del individuo enfermo al hombre sano.²⁰¹

Finlay analizaba el caso de la Habana y asevera que en ella, como el clima se mantiene más o menos estable a lo largo de las cuatro estaciones del año, las condiciones insanas permanecían a lo largo de la isla de manera casi permanente durante todo el año.

Por otra parte, la temperatura incidía en la mortalidad causada por enfermedades típicas del verano como la fiebre amarilla. De acuerdo con los datos obtenidos por el

²⁰⁰Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p.117.

²⁰¹Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p.117.

Observatorio del Colegio de Belén de la Habana, el mayor número de casos de fiebre amarilla se registraron en los meses de julio, agosto y septiembre. Debido a esta situación los habaneros consideraban dos tipos de temporadas: la epidémica y la no epidémica, la primera ubicada entre mayo y octubre y la segunda iniciaba en noviembre y prolongada hasta abril. Algo similar sucedía en Nueva Orleans, en donde el mayor número de casos de esta enfermedad se registraban en el verano.²⁰² En este puerto, las fuertes lluvias fomentaban el crecimiento de la zona pantanosa y las altas temperaturas el nacimiento de mosquitos. Algunas descripciones sobre el ambiente que se vivía durante esta temporada eran acerca de verdaderas nubes de mosquitos que habitaban en los pantanos y se paseaban libremente por la ciudad.²⁰³

Finlay afirmaba que durante la temporada epidémica, la fiebre amarilla no sólo se transmitía a aquellos que frecuentaban lugares donde había pacientes con esta enfermedad o habitaran en el mismo edificio, sino que la infección también se extendía a través de grandes distancias por tierra y por mar, mediante personas o los mosquitos. Además agregaba:

Por otra parte, durante la temporada no-epidémica, algunos casos esporádicos pueden aún constituir

²⁰²LC, Tulane University, Augustin, George, "History of Yellow Fever", 1909: Comparative mortality 1904, 1905 and 1906 in New Orleans. (p. 1085). SC, Tulane University. Jones Collection, Report of the Board of Health of the State of Louisiana for the year 1880 (folleto), box 29, folder 11. En términos generales el sureste de los Estados Unidos -y sobre todo las costas de El Golfo de México- mantienen un verano muy caliente y húmedo. Ward, 1925, pp. 27 y 28.

²⁰³The Daily Picayune, mayo, junio y julio, 1905.

localizados focos de infección, éstos últimos raramente difundidos fuera de las casas siendo aparentemente chequeados en su progreso exterior en proporción, según la temperatura intemperie se acerque las cifras de 15 o 19 grados centígrados. La transmisión por fómites, aunque aun posible (previendo que los últimos son recibidos en localidades donde la temperatura es más elevada), aparece al propio tiempo mucho más restringida en espacio y en frecuencia.²⁰⁴

En términos generales la zona del Alto Caribe mantenía una temperatura similar y la circulación de los vientos y el tráfico constante en altamar y los contactos portuarios de la región permitían la rápida difusión de la enfermedad. Estos planteamientos llevaron al cubano Finlay a proponer la manera de erradicar la enfermedad, y así lo dio a conocer en el artículo publicado en el World's Congress Auxiliary of Chicago, en 1893. En este trabajo señalaba que las medidas especiales que debían adoptarse contra la propagación de la fiebre amarilla por medio del mosquito tendría que atender a las siguientes indicaciones básicas:

- 1) Evitar que dichos insectos piquen a los atacados de fiebre amarilla.
- 2) Destruir hasta donde sea posible los mosquitos que han sido infectados, teniendo en cuenta que la temperatura de 50 grados [Fahrenheit] en espacio o recinto cerrado es suficiente para este objeto.
- 3) Por último, deberá considerarse cualquier lugar en que existan mosquitos vivos que hayan picado a un enfermo de fiebre amarilla, como peligroso, teniendo en cuenta que el término de su existencia bajo las más favorables condiciones es de 35 a 40 días.²⁰⁵

²⁰⁴Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 119.

²⁰⁵Finlay, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 83.

Estos postulados condujeron a Finlay a plantear estrategias para prevenir y erradicar a la fiebre amarilla. Retomando algunas prácticas como el aislamiento de enfermos o el sistema de cuarentenas portuarias, el cubano propuso el saneamiento urbano como prioridad y la construcción de cuartos de aislamiento en hospitales como método de eliminación del contagio de enfermos.²⁰⁶

En cuanto al saneamiento urbano, el médico aseguraba que se debía atender a la destrucción de lagunas y charcos con capas de petróleo, que generalmente circundaban a los puertos y ciudades. Por lo que tocaba a otros depósitos de aguas tales como letrinas, sumideros, cloacas y en general aguas estancadas, debían ser fumigadas para evitar que en ellas se desarrollaran mosquitos. El médico cubano recomendaba el uso del permanganato de potasa, que según sus resultados había sido el de mayor efectividad en la destrucción del mosquito transmisor de la fiebre amarilla.²⁰⁷

Finlay también propuso técnicas médicas para enfermos contagiados de fiebre amarilla. Aseguró que era necesario retomar el aislamiento utilizado en otras enfermedades. Las instituciones de salud como asilos y hospitales debían contar con cuartos de aislamiento que impidieran cualquier contacto

²⁰⁶Finlay, 1967, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, pp. 84 y 85.

²⁰⁷Finlay, 1967, "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 84.

de los mosquitos. De igual manera, recomendaba el restablecimiento del sistema de cuarentenas en los puertos, lo cual facilitaría un mejor control de contagiados por este mal.²⁰⁸

De hecho, Finlay tenía conciencia de que el problema epidémico no era sólo de Cuba, sino del Caribe en general. De allí, que llegara a asegurar que tenía que buscarse soluciones en la medicina naval, en la reglamentación de la circulación marítima, pues la fiebre amarilla lo mismo atacaba a Cuba que al resto de las islas y las costas de los países que mantenían contacto con las aguas del Caribe.

Las pesquisas del cubano encontraron eco entre la comunidad científica. En México el grupo de médicos dirigido por Eduardo Liceaga estuvo pendiente de los avances de sus trabajos y dirigieron varias de sus líneas de investigación por los caminos que Finlay había marcado. Incluso en México el plan propuesto por Liceaga contra la fiebre amarilla seguía los planteamientos del cubano y la política sanitaria se dirigió a la prevención del contagio. El doctor Liceaga reconocía que las investigaciones de Finlay habían revelado que la única forma de extirpar a la fiebre amarilla de la región caribeña era el aislamiento de enfermos y el saneamiento urbano.²⁰⁹

²⁰⁸Finlay, 1967, t. "Factores climatológicos concernientes a la producción y propagación de la fiebre amarilla en la Habana", marzo de 1893, en Finlay, 1967, t. III, p. 84.

²⁰⁹AHSS, fondo: salubridad pública, sección epidemiología, caja 5, exp. 2. Informes y comunicados de Eduardo Liceaga.

Los médicos mexicanos como Domingo de Orvañanos o el propio Eduardo Liceaga iniciaron investigaciones en torno a la medicina tropical y en ocasiones, siguiendo los postulados de Finlay, analizaron la problemática sanitaria de las costas del país. Orvañanos en su obra "Los Estados Unidos Mexicanos", dada a conocer en 1893, analizaba los sitios donde se desarrollaba la fiebre amarilla. Liceaga, por su parte, también se dedicó a continuar con este cometido y pudo establecer el desarrollo de las enfermedades tropicales a lo largo de las costas del Golfo de México.²¹⁰

Liceaga, al igual que Finlay, estableció que la propagación de la fiebre amarilla era por medio del mosquito, y que se desarrollaba en zonas húmedas con temperaturas elevadas, pero que la enfermedad podía recorrer distancias e incluso llegar a climas menos calurosos. El médico mexicano aseguró que del puerto de Veracruz podría avanzar hacia el interior del país siguiendo la vía del ferrocarril e incluso llegar a sitios como Puebla y la propia ciudad de México.²¹¹

En México, las ideas higienistas tuvieron gran aceptación entre el gremio de médicos y las investigaciones en esta rama conducían a pensar en ellas como las soluciones apropiadas y de mejores resultados. Si bien se había avanzado en la determinación del cuadro epidémico en zonas tropicales, en el terreno de la curación el paso había sido mucho más

²¹⁰AHPD, legajo núm. 40, documento 000244. Folleto: "Contribución al estudio de la fiebre amarilla" de Eduardo Liceaga. 1894.

²¹¹AHPD, legajo núm. 40, documento 000244. Folleto: "Contribución al estudio de la fiebre amarilla" de Eduardo Liceaga. 1894.

lento y la aplicación de métodos profilácticos que tuvieran como base la higiene se presentaba como única solución.

El doctor Liceaga, basándose en el precepto higienista, proponía el método preventivo como posibilidad. La sanidad sostenida en el uso de agua potable y un conjunto de medidas preventivas que impidieran el desarrollo de las enfermedades, constituían el cuerpo de los resultados de las investigaciones del médico mexicano. Al igual que Finlay en Cuba, en México se insistió en que el aislamiento de enfermos sería una de las pocas medidas efectivas contra la fiebre amarilla.²¹²

Como medida para continuar en las investigaciones, el doctor Liceaga instruyó a los médicos cantonales para que realizaran observaciones y reportes sobre los casos de enfermos. En el puerto de Veracruz, por ejemplo, el galeno destacado para el cantón realizaba visitas a enfermos en cárceles y hospitales para observar cómo evolucionaban ante las epidemias. Los médicos cantonales tenían instrucciones de aplicar y experimentar los adelantos técnicos con estos enfermos para perfeccionarlas. El médico cantonal de Veracruz advertía que tanto cárceles como hospitales tenían que ser ventilados y los enfermos aislados.²¹³

El gremio de médicos mexicanos procuró estar al tanto y el Doctor Liceaga pidió a Díaz que éste, a su vez, solicitará

²¹²AHPD, legajo núm. 40, documento 000244. Folleto: "Contribución al estudio de la fiebre amarilla" de Eduardo Liceaga. 1894.

²¹³AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, serie: enfermedades-medicinas, caja, 260, exp. Varios. Informes del médico cantonal, 1902.

al cuerpo diplomático mexicano informara de cualquier avance en la medicina. A México llegaban noticias, lo mismo de Norteamérica y Sudamérica que del viejo continente, comunicando los adelantos realizados por los galenos en el extranjero.²¹⁴ Quizá, la información que más fluía era la de Cuba y los Estados Unidos. De Cuba por ejemplo, llegaban de manera más o menos puntual los logros de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales.²¹⁵

La medicina en América Latina había tomado un carácter de avanzada e intentaba incorporar a su saber las últimas propuestas científicas. En Brasil, se experimentaban técnicas y análisis en torno a diversas enfermedades. Entre los más destacados y discutidos estaban los trabajos del Doctor Domingos Freire, quien estudiaba el origen y desarrollo de la fiebre amarilla en las costas brasileñas. Freire centraba buena parte de sus hipótesis en la falta de higiene y en lo mal administrado de los cementerios.²¹⁶

Los médicos norteamericanos también realizaban investigaciones sobre las enfermedades tropicales. Concretamente en el sur del país y quizá de manera más precisa en Lousiana, varios médicos como Rudolph Matas y Joseph Jones habían iniciado investigaciones en torno a las enfermedades tropicales y de manera específica sobre la

²¹⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 3, exp. 3. Acta de sesión de 24 de septiembre de 1885.

²¹⁵AGN, fondo: relaciones exteriores. Correspondencia del consulado de la Habana. L-(729.1-5)-15. Comunicado de A.C. Vázquez, 1889.

²¹⁶AHSS, fondo: presidencia, sección: actas de sesión, caja: 3, exp: 2 y 3. Actas de sesión 1883-1885.

fiebre amarilla. Ambos habían sentado las bases sobre las cuales otros llegaron a continuar las investigaciones. Las soluciones propuestas mantenían concordancia con las propuestas por Finlay y estipularon que la prevención se veía como la única solución para los problemas que las enfermedades tropicales presentaban.²¹⁷

Incluso los norteamericanos habían destacado comisiones de médicos para que fueran a Cuba y observaran las investigaciones que allí se realizaban, con la intención de desarrollar propuestas que sanearan los puertos cubanos y la erradicación de las epidemias en las costas norteamericanas.

1898 marcó varios cambios políticos, económicos y sociales en Cuba, entre los que destacó el inicio de la presencia norteamericana en la isla. Con esta ocupación llegaron comisiones de médicos encabezados por Walter Reed y acompañado por Jesse W. Lazear, James Carroll y Aristides Agramonte. La comisión tenía como cometido desarrollar investigaciones en torno a la fiebre amarilla. En buena medida utilizaron los avances de Finlay para instrumentar una campaña de saneamiento de la Habana y de la isla en general.

En Europa se desarrollaban investigaciones como la de Patrik Manson quien destinó sus tareas a establecer criterios para determinar enfermedades como la elefantiasis, la malaria y la fiebre amarilla.²¹⁸

²¹⁷The Daily Picayune, 18 de junio y 30 de julio de 1905.

²¹⁸Hayward, 1993, p. 144 y ss.

Estas investigaciones dieron lugar a que se buscara impulsar una política sanitaria internacional en la región del Alto Caribe. Los países que la integraban (México, Cuba y los Estados Unidos) intentaron crear una serie de reglas y medidas basadas en el aislamiento y el sistema de cuarentenas con la intención de erradicar la fiebre amarilla. La nueva concepción médica sobre salud e higiene se trató de plasmar en un proyecto sanitario que fomentara condiciones en la región que encaminadas a responder a las exigencias de la modernidad capitalista.

II) De la ciencia a la política diplomática.

Esta situación se conjugó con una serie de coyunturas económicas y políticas que favorecieron la articulación de una nueva dinámica de organización del gremio de médicos, quienes iniciaron reuniones de trabajo que se tradujeron en espacios de discusión científica y de sugerencias de líneas políticas.

En la segunda mitad del siglo XIX, tuvieron lugar una serie de foros y escenarios en donde se reunieron médicos y científicos que discutían la problemática planteada por algunas enfermedades cuyos saldos -tanto económicos como poblacionales- en ocasiones resultaban nocivos.

Dentro de estos foros estuvieron varios congresos -unos de carácter internacional, otros de alcance panamericano, y algunos más locales o regionales. Quizá es posible establecer momentos en el desarrollo de los puntos que fueron conformando la discusión sanitaria regional a partir del desarrollo de la investigación médica. En 1872, con el nacimiento en Estados Unidos de la Asociación Americana de Salud Pública que fue involucrando paulatinamente a Canadá, México y Cuba, se comenzó a perfilar el nuevo proyecto sanitario de carácter regional.²¹⁹ En la década de los ochenta se verificaron varias investigaciones en torno a la problemática sanitaria en el Caribe, concretamente en

²¹⁹Entre los objetivos de la asociación estuvieron la difusión de los avances científicos en materia higiénica y la formación de consejos de salubridad. Liceaga, 1949, p. 221.

relación a la fiebre amarilla. Y en la última década del siglo XIX se organizaron los congresos sanitarios en donde se trataron de recoger las propuestas y postulados de investigaciones con el afán de definir el proyecto sanitario. Finalmente, los años de 1900 a 1920 marcarían las definiciones de líneas políticas más claras en materia sanitaria.

La situación epidémica regional, combinada con el obstáculo que ésta provocaba en el desarrollo económico, propició que se buscaran soluciones. La década de los ochenta fue particularmente activa en este sentido, sobre todo por el lado de los norteamericanos, quienes debido al interés que tenían por la puerta sur (Nueva Orleans) y las comunicaciones que de ésta salían, destinaron recursos, tanto médicos como económicos, para desarrollar investigaciones en torno a las enfermedades tropicales, principalmente la fiebre amarilla.

Desde 1880, se retomó la vieja discusión a cerca de la aparición, transmisión, difusión y consecuencias de la fiebre amarilla. El departamento de la marina norteamericana se abocó al estudio de la enfermedad, sobre todo a raíz del caso de los enfermos del vapor Plymouth.²²⁰ Más tarde los trabajos del médico inglés Patrick Manson y los del propio Finlay generó una serie de espacios de discusión pero ahora conducidos a la búsqueda de construir justamente el proyecto sanitario.

²²⁰Delaporte, 1989, p. 24 y ss.

En el último cuarto del siglo XIX, se celebraron varios foros de discusión en torno a la cuestión sanitaria, a nivel mundial y panamericano. El primero de estos eventos fue el congreso de medicina de Ginebra celebrado en 1877. A éste le siguieron otros como el Congreso de Medicina Interna de Copenhague; el Congreso de Medicina Legal de Nueva York en 1890, la segunda versión del de Ginebra, pero ahora en Roma, en 1892, el de Washington de 1893 y el de México de 1892. Junto con estos congresos también se realizaron convenciones sanitarias como la de cuarentenas celebrada en Washington en 1884, la de Enfermedades Contagiosas e Infecciosas entre México y Estados Unidos en 1891, y otras más.

Es importante señalar que los congresos sirvieron como foros de discusión y lugar donde los médicos, abogados, profesores e ingenieros exponían sus trabajos, opiniones y avances científicos, pero tenían más bien un carácter propositivo. Mientras que a las convenciones a las que, por igual, asistían los mismos profesionistas, lo hacían diferentes cuerpos diplomáticos, pues su carácter era resolutivo y en ellas se pretendían proponer las legislaciones de aplicación internacional.²²¹

Fueron varios los foros que se realizaron pero entre los que más sobresalieron estuvo el Primer Congreso Panamericano

²²¹De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, congreso es como una junta de varias personas para deliberar sobre algún negocio, puede ser una conferencia periódica con miembros de una asociación, cuerpo, organismo, profesión que se reúnen para debatir cuestiones previamente fijadas, mientras que convención se refiere a ajustes o conciertos entre dos o más personas, asamblea de representantes que asume todos los poderes.

de Washington (1893); que desde su convocatoria fue claro en sus objetivos:

Se convoca a las potencias que tienen jurisdicción sobre puertos expuestos a infectarse de fiebre amarilla o de cólera a fin de establecer un sistema internacional de comunicación sobre la exacta condición sanitaria de los puertos y lugares que estén bajo el dominio de esas potencias y la de los buques que de ellos se despachan.²²²

Los planteamientos y puntos a discutir partieron desde analizar cuál era la situación sanitaria de los puertos, a qué se debía el hecho de que en éstos se difundieran las enfermedades y epidemias, cuáles eran las condiciones que beneficiaban el surgimiento de ciertos males para, a partir de ello, plantear soluciones.

La convocatoria lanzada por el gobierno norteamericano aseguraba: "Los Estados Unidos intentan homogeneizar su política sanitaria en toda la costa desde Texas hasta Maine".²²³ Entre otros propósitos de esta reunión estuvo el de agilizar el comercio de la región que en ocasiones se veía obstaculizado por cuarentenas innecesarias.

En resumen, el congreso tenía como finalidad proponer una política y un sistema de inspección sanitaria internacional y un formato de patente que tendría la característica de ser confidencial, expedida en cada puerto de donde salieran los buques y navíos. La intención fue crear

²²²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 1, exp: 1. Convocatoria para el congreso.

²²³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 1, exp: 1. Convocatoria para el congreso.

una política sanitaria que beneficiaría el desarrollo del libre comercio en la región.

En el primer congreso se reconoció que las políticas seguidas hasta esos momentos se encontraban fundamentadas y apegadas a los lineamientos científicos. Lo que había fracasado era la acción de la autoridad, pues en repetidas ocasiones la corrupción había hecho mella en los funcionarios encargados de la articulación y aplicación de las medidas. Por eso se buscaba promover mecanismos que impidieran caer en estos vicios administrativos.²²⁴

Algunos congresistas -sobre todo los norteamericanos- consideraban que las medidas no surtirían el efecto deseado si no se les otorgaba el carácter de obligatorias, pues por haberlas dejado al libre arbitrio se había caído en la negligencia por parte de autoridades. Se pensaba a demás que estas medidas debían ser concensadas, para lograr la aceptación de la población en general y cambiar la individualidad por la colectividad, ya que muchas medidas eran seguidas por determinados sectores, pero la mayoría incluso las ignoraba y menos aún las respetaba.

Los mismos delegados norteamericanos señalaban la pertinencia de elaborar programas que tuvieran continuidad y que no fueran interrumpidos por hechos fortuitos o intereses creados. Este tipo de planes necesariamente conducía a negociar el proyecto sanitario como una política sanitaria

²²⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 5, exp. 2. Congreso de Washington 1893.

internacional respaldada por las naciones involucradas en la problemática. Así, era necesario plantear reglas, responsabilidades, obligaciones y sanciones.

En 1891 tuvo lugar una convención recíproca sobre enfermedades contagiosas entre México y los Estados Unidos. El punto medular fue la aplicación de las cuarentenas por parte de las autoridades sanitarias del estado de Texas a Veracruz, Tuxpan y Tampico. En esa ocasión el gobierno de México demandaba un mayor control con relación al uso de las cuarentenas, debido a que se les habían aplicado de manera indiscriminada a las embarcaciones procedentes de estos puertos y el costo económico había sido alto.²²⁵

El proyecto sanitario se abocó entre otras cosas a campañas de saneamiento y redefinición del espacio urbano. Campañas preventivas contra las epidemias y enfermedades de carácter tropical, las cuales consistían en crear brigadas sanitarias que se dedicaran a realizar visitas domiciliarias para observar las condiciones sanitarias y sobre todo vigilar que si había enfermos, que éstos estuvieran aislados.

El sistema de cuarentenas portuarias fue una práctica impulsada por los tres países y se intentó mantener un mejor control con relación a los barcos que llegaban a sus costas. Se buscó que un médico elaborara un dictamen sobre las

²²⁵AHSRE, exp. 7-11-29. Convención de Enfermedades Contagiosas e Infecciosas entre México y Estados Unidos.

mercancías que se transportaban y los pasajeros y tripulación que en ellos viajaban.

El Segundo Congreso Médico Panamericano, celebrado en 1896 en la ciudad de México, fue el que quizá mayor impulso proporcionó a las ideas higienistas y las articuló de manera más firme en un proyecto sanitario, posiblemente gracias al ambiente político y económico que prevalecían tanto en los Estados Unidos como en México -no así en la isla de Cuba.

El congreso fue organizado por México, concretamente por el Consejo Superior de Salubridad, que estaba presidido por Eduardo Liceaga. El gobierno de Porfirio Díaz vio en el evento la posibilidad de difundir los avances que el país experimentaba en materia de sanidad. Esto evidentemente redundaba en beneficios a la economía, pues no hay que olvidar que dentro de las relaciones de carácter económico tenían preponderancia las cuestiones sanitarias.

Eduardo Liceaga comunicaba a los médicos interesados en participar en el congreso que "no presentasen en sus trabajos las deficiencias que se tenían en todas las materias, pues sería más convenientes tratarlo en congresos nacionales, mientras que en los internacionales debía exhibirse lo que se había hecho de bueno en los veinte años que el país llevaba de vivir en paz."²²⁶ Evidentemente la imagen que se distribuiría sería de un México saneado y con logros importantes en la medicina, de tal manera que los

²²⁶Carrillo, 1993, p. 95.

inversionistas y dueños de capitales no dudarían en invertir en el territorio mexicano.

Las temáticas abordadas en el congreso fueron hasta un tanto repetitivas con respecto a las discusiones anteriores ocurridas en distintos eventos, pues el problema seguía siendo el mismo: la falta de sanidad ocasionada por diversas causas. La convocatoria era clara en su objetivo central al señalar que se requería que los participantes se abocaran a la elaboración de propuestas preventivas contra enfermedades infecciosas. Asistieron delegaciones o representaciones de Alemania, Francia, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Nicaragua, Perú, Haití, Venezuela, Estados Unidos y México.²²⁷

Entre las ponencias más destacadas estuvo la del médico Juan Santos Fernández, delegado de las Antillas españolas que discutía sobre la fiebre amarilla como un obstáculo mayor para el desarrollo regional en el Caribe. El mismo tema fue retomado por el Doctor Walter Wyman, cirujano de los servicios de la Marina de la Estados Unidos. El médico norteamericano señalaba la necesidad de establecer medidas internacionales para la erradicación de la fiebre amarilla. En algunas intervenciones como la del Doctor Lachapelle de Canadá fueron abordadas las investigaciones de Pasteur. Así como nuevas técnicas y terapias que profundizaban en los planteamientos higienistas.²²⁸

²²⁷Carrillo, 1993, p. 98.

²²⁸AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp: 3.

El mexicano Porfirio Parra pronunció un discurso, en el cual, haciendo una alusión al camino recorrido por la ciencia médica en México, señalaba que el final del siglo XIX era la culminación de un proceso. Con lo cual se había alcanzado un "estado positivo" en respuesta a las demandas de la modernidad. Evidentemente, el discurso de Parra respondía a la mentalidad médica del momento, la cual se encontraba dominada por el positivismo.²²⁹

A lo largo del congreso se insistió en el saneamiento de las ciudades del continente americano y la erradicación de las enfermedades que en él habitaban. Se subrayó que dichas enfermedades no sólo habían causado muertes y trastornos en la vida social, sino que el costo económico había sido muy elevado. Los médicos norteamericanos, mexicanos y cubanos, fueron de los más insistentes en este sentido.²³⁰ La intención de este grupo era mejorar el plan sanitario marítimo pero que al mismo tiempo se protegiera el libre comercio. Era un hecho que las políticas y medidas sanitarias tenían que ser reformuladas en términos de una mejor operatividad comercial; las cuarentenas, las inspecciones sanitarias (tanto a buques como a pasajeros), la expedición de patentes y la práctica del aislamiento debían ser perfeccionadas y en ocasiones reinstrumentadas.

²²⁹Es necesario advertir que el positivismo en México entró por la vía de la ciencia médica; médicos como Pedro Contreras Elizalde, Ignacio Alvarado, Gabino Barreda y Porfirio Parra fueron los primeros en adoptar el método positivista.

²³⁰AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja 4, exp: 3.

En el caso concreto del sistema de cuarentenas -vieja práctica sanitaria- se habían observado varios problemas como era su aplicación arbitraria que en ocasiones impedía la entrada a buques y pasajeros con patentes limpias y otras veces permitían el acceso con indicaciones de sospecha e incluso casos confirmados. Este asunto fue retomado por los congresistas, quienes discutieron las medidas higiénicas adecuadas pero que trataran de evitar la aplicación de las cuarentenas, pues eventualmente en vez de beneficiar impedían la circulación comercial, además de representar erogaciones excesivas y pérdida de tiempo.²³¹

Los médicos estaban de acuerdo que las cuarentenas eran necesarias para protegerse del contagio, sobre todo los seguidores de la teoría contagionista, sin embargo, éstas debían ser reguladas y reglamentadas. Por su parte, los anticontagionistas podrían llegar a asegurar su caducidad como mecanismo efectivo en la transmisión de enfermedades. Ana María Carrillo señala que:

Una de las ponencias del Congreso relacionaba las cuarentenas con las supersticiones del pasado, argumentando que era tan inútil tratar de detener con cuarentenas a enfermedades que se transmitían por el aire, peces o insectos, como antaño había sido intentar curar con exorcismos o sacrificios humanos; exhortaba a relegar la cuarentena al panteón del pasado.²³²

²³¹Carrillo, 1993, p. 99.

²³²Carrillo, 1993, p. 101.

Finalmente el congreso llegó a las siguientes conclusiones:

(...) buscar el saneamiento de los puertos y bahías, y mejorar la inspección sanitaria marítima hasta reducir al máximo la necesidad de cuarentenas; establecer un sistema cuarentenario uniforme para los países americanos, que, dando a la sociedad mayor protección, pusiera al comercio las menores trabas posibles; finalmente, establecer un sistema internacional de patentes y declaraciones sanitarias.²³³

El congreso panamericano de 1896 marcó un cambio en las discusiones científicas. En México, por ejemplo, se verificaron varios eventos y reuniones en que se continuó discutiendo la política a seguir en materia sanitaria. Pero quizá la mayor incidencia de éste fue que, a diferencia de las otras reuniones, se instrumentó una política sanitaria orquestada desde el Estado.

En la segunda mitad del siglo XIX, las instituciones de sanidad consolidaron un proceso que se venía gestando de tiempo atrás, que tenía que ver justamente con el desarrollo del capitalismo. De allí que poco a poco fueran quedando bajo el control del Estado y fuera éste quien dictara sus normas y vigilara su funcionamiento en beneficio del progreso del capital.

A decir de Juan Cesar García, "En el período 1880-1930, los países latinoamericanos ajustan sus servicios de salud a las necesidades de una producción capitalista destinada al

²³³Carrillo, 1993, p. 102.

mercado exterior".²³⁴ El Alto Caribe es un ejemplo de este proceso pues los intereses mercantiles que allí se desarrollaban demandaban un saneamiento del lugar en aras del desarrollo. La política sanitaria regional fue en este sentido y si los médicos propusieron y discutieron las posibles alternativas en el terreno científico, los abogados fueron los instrumentadores de dichos planteamientos y la legislación así lo demuestra. Evidentemente el trabajo legislativo también quedó enmarcado dentro de los cambios jurídico-políticos que el Estado necesitaba se tradujera en asistencia médica y sanitaria.

La institucionalización de la medicina se presentó como un elemento inherente al proceso capitalista, dentro del cual el desarrollo del comercio desempeñaba un papel fundamental. De allí que era necesario poner al servicio de éste la medicina con la intención de mejorar las condiciones que permitieran el crecimiento del capital.²³⁵

Lo anterior conduce a pensar que en el siglo XIX se registró un cambio en la concepción de la ciencia médica caracterizado por un reordenamiento de la misma. Nuevos conceptos fueron incorporados al lenguaje científico de la época y la higiene adquirió relevancia e importancia en esta nueva concepción. La prevención fue adoptada como principio

²³⁴García, 1981, p. 73.

²³⁵Juan Cesar García sostiene que en el continente europeo este proceso tuvo características más violentas que en América, pues el desarrollo industrial experimentado en el viejo continente produjo un gran número de desempleados. La medicina tuvo que entrar al quite mediante instituciones como asilos, casas de trabajo y hospitales, lugares destinados para crear hábitos de disciplina y hacerlos aptos para la producción. García, 1981, p. 74.

en las propuestas médicas y retomada en una política sanitaria.

El panorama pandémico que se presentó en el Alto Caribe permitió centrar los esfuerzos de una parte de la medicina en la prevención. De esta forma, la medicina preventiva adquirió un nuevo sentido y algunos de los médicos y seguidores de las corrientes higienistas creyeron encontrar en ella la solución a los problemas epidémicos.

Muchos de los esfuerzos en la búsqueda de la sanidad se vieron consolidados o adquirieron relevancia en la agenda diplomática, al iniciar el siglo XX, en donde también se celebraron reuniones que intentaron retomar las discusiones de las anteriores pero ahora con la consigna de iniciar una política sanitaria internacional reglamentada y sancionada. Ejemplos de este hecho fueron: el Congreso Médico Panamericano de la Habana en 1900, el de Chile del mismo año, el de Guatemala de 1905; el Congreso Médico Latinoamericano de Buenos Aires de 1902 y 1904. Así como las convenciones de París de 1903, México 1907, París 1912 y otras más.

Con el inicio del siglo XX, las reuniones -tanto congresos como convenciones- experimentaron un cambio, el cual estuvo básicamente en plantear alternativas con carácter resolutivo. Es decir, se pretendió que las reuniones tuvieran como propósito articular y definir líneas políticas a seguir en materia sanitaria. Las discusiones venideras se enfilaron hacia establecer convenios sanitarios. Los puntos que más

llamaron la atención fueron los relacionados con la navegación y de manera particular las cuarentenas.

Otro de los congresos más significativos fue el organizado en el puerto de la Habana en 1902 denominado Congreso Sanitario Internacional. La convocatoria señalaba que estaría compuesto por delegados de todos los gobiernos de Norte y Sudamérica que desearan formar parte en él, con el fin de preparar y procurar los medios y la manera de extirpar la fiebre amarilla y otras enfermedades infecciosas en el continente en que fueran endémicas y evitar la propagación de las mismas.²³⁶

Los Estados Unidos fueron los principales organizadores de este congreso y evidentemente las razones eran más que justificadas, pues cabría recordar que para esos momentos mantenían el control de la isla y la posición estratégica permitía una vigilancia efectiva del comercio regional. Con la Guerra Hispano-Americana había quedado claro que quien dominara los puertos dominaría el mar y con ella el comercio que allí se desarrollaba.

El Doctor Juan Santos Fernández fue el encargado de la organización en la isla y quien giró las invitaciones. La enviada al Doctor Liceaga fue insistente y cortés:

Supongo que habrá ud. recibido la invitación para el Congreso Sanitario que se celebrará en febrero próximo en la Habana y por si no la ha recibido, le dirijo otra con el reglamento.

²³⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Convocatoria para el Congreso Sanitario Internacional de la Habana. 1902.

Le ruego que nos honre esta vez con su visita.- ya ve ud. que no hay temor de fiebre amarilla puede decirse que está extinguida pero si no pudiese venir, no deje de mandarnos un trabajo sobre saneamiento que interese tanto como el que mandó sobre tuberculosis.

Recuerde que deben pregonarse los esfuerzos que ha hecho México en obras de saneamiento, muy principalmente los de la capital.²³⁷

El interés porque asistiera Liceaga era principalmente por compartir sus trabajos sobre el saneamiento de las costas de El Golfo de México y que se homogeneizara las normas de navegación entre los puertos. A México le convenía que los esfuerzos por el saneamiento regional se concretizaran en una política sanitaria y contestó que este congreso tendría que ser bien organizado y cuidarse de no cometer los mismos errores de los anteriores, de allí que comentara:

(...)recibí un reglamento general (...) y hallaba dificultad en llenar la prevención que establece el artículo 4o. de dicho reglamento, respecto a la integración de la comisión de cada país un comerciante y digo dificultad porque la experiencia nos ha demostrado que los comerciantes en general sin herir a ninguno, siempre procuran ante todo beneficiar sus intereses particulares, no importándoles gran caso el bien común a que tiende toda medida sanitaria. Sin embargo, aclarado que no es absolutamente necesario el comerciante, se intentará formar una comisión que se presentara a Díaz.²³⁸

De igual manera, el Doctor Liceaga procuró que la comisión estuviera compuesta por médicos y que los puertos

²³⁷AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Carta del doctor Juan Santos Fernández a Eduardo Liceaga, 15 de noviembre de 1901.

²³⁸AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Carta del doctor Liceaga a Juan Santos Fernández, 17 de diciembre de 1901.

que deberían ser promovidos tendrían que ser Veracruz y Tampico debido a los contactos comerciales tanto con Cuba como con los Estados Unidos. A los médicos Narciso del Río de Veracruz y Antonio Matienzo de Tampico se les pidió elaboraran una memoria de los logros en materia sanitaria y una expectativa de las condiciones que se requerían para alcanzar el saneamiento completo y la manera de articular ésta con una política internacional.

El Doctor Narciso del Río preparó una memoria que tituló "Inspección sanitaria de los buques", pues aseguraba que el problema radicaba ciertamente en el saneamiento de los puertos y en la búsqueda de medidas preventivas y de higiene, pero también era prioritario discutir y proponer alternativas al asunto de las inspecciones. Argumentaba que el tema era "importante, pues tal como se practica la visita de inspección, aquí, en Nueva York, Nueva Orleans y la Habana, según he visto, se pueden cometer fraudes con suma facilidad..."²³⁹ Para el médico éste era un tema fundamental ya que se debía aprovechar el carácter panamericano del evento y proponer un acuerdo en este sentido que ayudara a la navegación.

Liceaga estuvo de acuerdo y le propuso que además de las alternativas de inspección, destacara los logros en materia de prevención contra la fiebre amarilla y la malaria.

²³⁹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Carta del doctor Narciso del Río a Liceaga, 15 de enero de 1902.

Acordaron destacar la campaña con el mosquito y la práctica del aislamiento siguiendo los preceptos de Finlay.

El discurso inaugural del congreso corrió a cargo de Eduardo Liceaga, en él intentó ser congruente con lo acordado en México y señaló que si bien había quedado claro el cuadro epidémico regional, las medidas adoptadas hasta entonces no habían reportado los resultados esperados en buena medida debido a la debilidad de las mismas. Para el Consejo Superior de Salubridad del gobierno mexicano, que él encabezaba, las reglas tanto de navegación como de higiene y saneamiento debían ser más enérgicas. Los gobiernos tenían que adoptar un sistema de medidas profilácticas inflexible y de aplicación inmediata. Para Liceaga, las pérdidas económicas que se reportaban tanto por cuarentenas como muertes y sobre todo la mala fama de la región era la prueba fehaciente de la necesidad del tal sistema. Con relación a las cuarentenas, apoyó la postura de los Estados Unidos emitida a través del Doctor Walter Wyman:

Como ha dicho muy bien, en este mismo lugar, el Doctor Wyman: es increíble que se detenga delante de un puerto un gran buque, con un valioso cargamento, con pasajeros que van a dar vida al comercio, porque viene a bordo, en tercera clase, un pasajero inculto y desaseado que, por accidente, estaba viviendo en un barrio inmundo de una población infestada de donde el buque arriba. ¡Qué pobreza de medios para defendernos del contagio de aquel solo buque, cuando para liberarnos de él, detenemos el buque que lo conduce.²⁴⁰

⁴⁰AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 13 de marzo de 1902.

Tanto la delegación mexicana como la norteamericana acudieron al discurso de la modernidad, para apuntar que no era posible sostener este tipo de medidas en el pleno desarrollo, la "prosperidad urbana" y la creación de nuevas rutas y plazas mercantiles. Liceaga argumentó que las medidas adoptadas hasta esos momentos no correspondían a los adelantos tecnológicos. A decir del médico mexicano de nada servían los avances en materia técnica si la ciencia médica no aceleraba el paso. Así apuntaba:

El conflicto entre los intereses del comercio y los de la salubridad ha existido siempre; el criterio con que lo consideran los pueblos modernos es diferente. Antiguamente las medidas eran dictadas por el miedo; en la actualidad las debe dictar la ciencia.²⁴¹

Liceaga también destacó los avances científicos y no perdió ocasión para resaltar los adelantos de la medicina en el siglo XIX. De igual manera hizo un reconocimiento público a los trabajos de Finlay y la manera en que éstos eran retomados por Reed, Carrol y Agramonte y en México mismo para combatir la malaria y la fiebre amarilla.

Para Liceaga como para Wyman, el problema de salubridad radicaba en los viejos barrios y cinturones de miseria que rodeaban a los puertos, los cuales contrastaban con la modernidad urbana. Liceaga llegó aseverar que:

²⁴¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 13 de marzo de 1902.

(...)los verdaderos focos de las enfermedades infecciosas en esos barrios bajos, compuestos de manzanas pequeñas a que dan acceso calles estrechas, mal alumbradas y sucias, con casas de vecindad donde al lado de trabajadores honrados se hacinan los desocupados, los viciosos, los mantenedores de las epidemias.²⁴²

Para fundamentar esa idea se apoyaba en los trabajos de Wyman y Wilde, este último afanoso difusor de los trabajos urbanos y de saneamiento realizados en Argentina tanto en sus puertos como ciudades. También recordó la experiencia de Londres en donde señaló que:

(...)los trabajos de saneamiento que se están ejecutando hace más de 50 años, en Inglaterra; los colosales que se realizan en Londres para demoler manzanas enteras de casas viejas y mal sanas y sustituirlas por edificios nuevos, llenos de luz, aire, confortables, con todas las condiciones sanitarias que exige la higiene moderna, nos demuestran el camino que debemos seguir.²⁴³

En el mismo foro no se dejó de señalar que el modelo de ciudad que debía buscarse era una ciudad limpia, funcional, aseada, calles trazadas, casas bien pintadas y sin estanques de aguas sucias, una ciudad "moderna" que permitiera el desarrollo de la nación. Los norteamericanos aprovecharon para apuntar los trabajos que en este sentido estaban realizando en el puerto de la Habana y los resultados que los

²⁴²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 13 de marzo de 1902.

²⁴³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 13 de marzo de 1902.

mismos reportaban en cuanto a la erradicación de enfermedades.

La modernización debería consistir en el saneamiento y la planeación urbana, pero también en la adopción de medidas que no obstaculizaran el desarrollo del comercio como las cuarentenas y el uso de los lazaretos, los cuales, a decir de Liceaga " ... traen consigo la idea de cárcel de detención, de lugar de sufrimiento, de enfermedad y muerte".²⁴⁴

A diferencia de otros congresos, en el de la Habana se dio la discusión en torno al lenguaje utilizado en el proyecto sanitario. Para Liceaga, "la modernización" no sólo debía darse en la normatividad y la aplicación de la nueva fisonomía urbana, sino también en el lenguaje que se utilizaría. El médico mexicano fue de los más enfáticos en este sentido al señalar que el tránsito al nuevo siglo traía consigo cambios y que éstos deberían ser utilizados en beneficio del proyecto sanitario que se articulara en la región. Sostenía que el lenguaje de la medicina debía dar un cambio acorde con la culminación del proyecto modernizador.

El médico mexicano señalaba:

Empleemos, por ejemplo, las palabras "Medida de Policía Sanitaria", para designar las que se llamaban "Medidas cuarentenarias", la palabra "Estación Sanitaria" para sustituir palabra "Lazareto", pero no por vano placer de poner nombres nuevos a las cosas viejas, sino por significar que los buques no se detendrán en frente de los puertos, sino el brevísimo tiempo que se necesite

²⁴⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 13 de marzo de 1902.

para hacer la visita del buque para separa a los enfermos si los hubiere, para conocer a los sospechosos de llevar en germen la enfermedad; para desinfectar el buque o los departamentos de él que estuvieren infestados. Que la palabra "Estación Sanitaria" signifique lugar amplio y cómo para aislar a los enfermos en hospitales limpios, bañados por luz del Sol, bien ventilados y con el confort que tienen en las grandes ciudades, con departamentos para vigilar a los sospechosos -solamente en los casos en que no pueda hacerse la vigilancia en el lugar de destino de los pasajeros (...)²⁴⁵

Ahora bien, para realizar esta tarea se requería del trabajo conjunto, pero sobre todo de la disposición de los gobiernos para entablar una política diplomática adecuada en relación a la sanidad y la salubridad marítima.

El argumento fue que, si bien el saneamiento se traducía en gastos al invertir en la transformación urbana, en la introducción de drenajes y agua potable, en la demolición de viejos edificios y la modernización de servicios hospitalarios, éstos redundarían a mediano y largo plazo en beneficios, pues al ofrecer regiones saneadas las inversiones llegarían con mayor cuantía que antes.

El Congreso llegó a las siguientes resoluciones:

1.-La Policía sanitaria internacional se destinaría a evitar la invasión de enfermedades contagiosas y establecería la vigilancia de las detenciones marítimas y terrestres.

²⁴⁵AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 13 de marzo de 1902.

2.-Se establecía que los puertos de cada país tendrían dos tipos de detención: a) la de inspección y observación y b) la de desinfección.

3.-Se suprimía la cuarentena prohibitiva a los artículos manufacturados y demás mercancías; a las mercancías procedentes de puertos o lugares que sólo hubieran atravesado un territorio infestado sin haberse detenido en él más que el tiempo necesario para el tránsito,. Dichos productos no estarían sujetos a detención ni otra precaución sanitaria, excepto la inspección indispensable en el lugar de su destino. También se acordó que dicha inspección y la demora que ella implicara, no excedieran el tiempo absolutamente necesario para tal efecto, se aplicaría la misma regla a las comunicaciones internacionales por ferrocarril. Exceptuándose únicamente de las disposiciones anteriores el ganado, las pieles crudas, las tropas y los efectos pertenecientes a los inmigrantes.

4.-Los gobiernos representados en el congreso se prestarían mutua cooperación en la conservación de condiciones sanitarias adecuadas y la comunicación inmediata a través del cuerpo consular acerca de la existencia de las siguientes enfermedades: cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, viruela y cualquiera otra epidemia de carácter grave, imponiéndoseles a las autoridades sanitarias de cada uno de los puertos, la obligación hacer constar en la patente de

sanidad de los buques, antes de que éstos partieran, las enfermedades contagiosas existentes a la sazón en dichos puertos.

5.-Los gobiernos signarían convenios sanitarios, reformularían sus reglas sanitarias y facilitarían las relaciones comerciales.²⁴⁶

En el congreso se determinó de manera oficial que el único transmisor de la fiebre amarilla era el mosquito *Stegomya fasciata*, el que veinte años atrás Finlay había establecido como tal.

El mismo año de 1902, se convocó a una Convención Sanitaria Internacional, que ahora se reuniría en Washington, con la finalidad de reportar los avances en el saneamiento regional. Los Estados Unidos presentaron un informe de los trabajos realizados en el combate de epidemias y el saneamiento de puerto y ciudades. México, a través del Consejo Superior de Salubridad, elaboró un informe detallado de la manera en que se enfrentaba la insalubridad. En él se subrayaba la mejoría de los puertos del Golfo del México, sobre todo en Tampico y Veracruz. Sobre este último hizo hincapié cómo las obras del desagüe habían reportado excelentes resultados para destruir el ya famoso *Stegomya Fasciate*. El doctor Liceaga fue cuidadoso al manifestar cómo

²⁴⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 4, exp. 24. Recorte del Diario Oficial, México, 22 de marzo de 1902. Publicación de las resoluciones del Congreso Sanitario

el medio del aislamiento, acorde con las exigencias del mercado y la modernidad regional, eran normados por el Código Sanitario sin perjudicar el desarrollo comercial. El médico mexicano una vez más volvió a insistir que aun cuando estos logros conseguían beneficios para los puertos, no eran suficientes en tanto no se normatizaran las relaciones internacionales por vía marítima.²⁴⁷

Los Estados Unidos propusieron que se celebraran acuerdos como parte de los resultados de estos trabajos para dar seguimiento a lo estipulado en el congreso que se reuniría en Washington el año siguiente, en donde se tendría representantes de Canadá, Cuba, México y los Estados Unidos.²⁴⁸ Para asistir a la reunión se solicitó la certificación de sanidad de los puertos que serían representados. En México, el doctor Liceaga solicitó a los médicos de los puertos de Veracruz, Tampico y Progreso que prepararan un informe del estado de los mismos. Como en otras ocasiones, intentaron mostrar que las medidas implementadas en estas plazas habían arrojado resultados satisfactorios, sólo que ahora el propio gobernador de Tamaulipas comunicó a Liceaga que "con motivo de la epidemia de fiebre amarilla que se ha desarrollado en algunas poblaciones de este estado, no

Internacional celebrado en la Habana, Cuba, los días 15 al 20 de febrero de 1902.

²⁴⁷ AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 5, exp. 7. Informe del doctor Eduardo Liceaga a la Convención Sanitaria Internacional en Washington en diciembre de 1902.

creo conveniente enviar a algún médico residente aquí, por estar todos ellos, o poderlo estar por algún tiempo más ocupados en combatir la epidemia." ²⁴⁹ El mismo gobernador aseguraba que los gastos en el combate a la epidemia habían sido excesivos y el estado no contaba con más recursos para enviarlos a la reunión y menos aún reportar la situación que en ese territorio se vivía.

Tanto la postura de México como la de Cuba y los Estados Unidos estaba relacionada con las discusiones que se realizaban en la medicina en general. Como ya se ha mencionado, muchos de los postulados que se discutían en Europa fueron incorporados al saber médico en América, toda vez que las investigaciones realizadas por galenos y científicos americanos se daban a conocer en el viejo continente. Aunque los médicos de la región caribeña organizaron eventos y foros de discusión en que tuvieron como sede algún punto del continente americano, también participaron en los organizados en Europa. Quizá entre los más significativos estuvo la Convención Sanitaria de París en 1903, en la cual se acordaron varias medidas de sanidad como la firma de convenios sanitarios y de cooperación entre los países, el tema de las cuarentenas, el aislamiento de

²⁴⁸ AHSS, fondo salubridad pública, sección congreso y convenciones, caja: 6, exp. 1 Convocatoria para la reunión de la Asociación Americana de Salubridad Pública, Washington, 1903.

²⁴⁹ AHSS, fondo salubridad pública, sección congreso y convenciones, caja: 5, exp. 6. Carta del Gobernador de Tamaulipas al Doctor Liceaga. 6 de octubre de 1903.

enfermos y la propagación de enfermedades infectocontagiosas. México, Cuba y los Estados Unidos intentaron poner las bases para ratificar los acuerdos de París, mediante una convención.²⁵⁰

A partir de los congresos y convenciones organizados y difundidos por México y los Estados Unidos, la higiene obtuvo una mayor difusión, tanto los foros de discusión científico-política como en otros espacios tales como la Exposición Internacional de Higiene celebrada en Buenos Aires, la cual consistió en un congreso médico acompañado de exposiciones fotográficas de los avances sanitarios. En dicha exposición se mandó fotografías e imágenes de las obras de saneamiento como el desagüe de la ciudad de México, las obras de saneamiento emprendidas en los puertos y las estaciones sanitarias como ejemplo del perfeccionamiento de las técnicas higiénicas.²⁵¹

Como resultado de estos eventos se planteó la necesidad de firmar tratados sanitarios, los cuales tendrían la función de regular la circulación por puertos y fronteras. En el caso específico de la región del Alto Caribe, estos convenios o tratados se presentaban como una necesidad prioritaria debido

²⁵⁰AHSRE, exp. 7-20-64. Convención Sanitaria de París, 1903. AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 6, exp. 5. Protocolo de la Convención Sanitaria de París, 1903.

²⁵¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 5, exp. 5. Congreso Médico Latinoamericano, Buenos Aires, Argentina. 1904.

al panorama epidémico, pero sobre todo, por la mala administración de la circulación marítima.

En principio, el gobierno mexicano intentó signar un convenio sanitario con Cuba. El Ministerio de Relaciones Exteriores, a través del cuerpo consular en la isla, propuso la constitución del mismo como una necesidad para salvar los obstáculos que las cuarentenas ponían a la circulación mercantil.

Por su parte, los Estados Unidos, a través de doctor Walter Wyman, organizaron la Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas en Washington en 1905. La convención tenía el propósito de acordar medidas en materia de política internacional y resoluciones de carácter higiénico que ayudaran al saneamiento de puertos y fronteras.

En los preparativos de la convención Liceaga hizo propuestas a Wyman para conseguir los objetivos. Por ejemplo, sugirió que para el programa científico cada una de las repúblicas en cuyo territorio existiera la fiebre amarilla, presentara una relación de los trabajos que hubieran ejecutado y las medidas que hubieran dictado para desterrar de su suelo la citada enfermedad; con relación a los desacuerdos diplomáticos apuntó "... que las resoluciones de orden práctico que de adopten en la convención (...) descansen sobre las resoluciones científicas aprobadas en la convención (...) para que después de ser aprobadas por ellos,

adquieran el valor de una verdadera convención que se ajustará por el tiempo que los citados gobiernos juzguen conveniente y se resuelva en dicha convención".²⁵²

El presidente Díaz designó a Eduardo Liceaga como representante del gobierno mexicano y lo autorizó para celebrar y firmar los convenios que la reunión emanara y acordara los reglamentos que a su juicio beneficiaran al país sobre todo en su actividad comercial.²⁵³ De la Secretaría de Gobernación se le comunicó a Liceaga que "Llevará Ud. escrita la memoria de que habla el artículo 10. del Programa adoptado por la Oficina Internacional Sanitaria"²⁵⁴ la cual insistía en la regularización sobre medidas de cuarentena, y el aislamiento de enfermos. También le señalaban que "(...)fundándose en esas consideraciones, se esforzara en conseguir que las repúblicas representadas en la Convención se adhieran a las leyes de Policía Sanitaria Internacional que rigen actualmente en México", y que de manera especial se trabajara en la firma del tratado sanitario con los Estados Unidos y Cuba.

El discurso de Eduardo Liceaga fue planteado con el objetivo de reforzar las propuestas hechas por México desde tiempo atrás. El médico mexicano insistió en que no era

²⁵²AHSRE, exp. 7-2-16. Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, 1905.

²⁵³AHSRE, exp. 7-2-16. Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, 1905.

²⁵⁴AHSRE, exp. 7-2-16. Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, 1905.

posible seguir discutiendo sobre lo mismo, si los acuerdos pactados no se reglamentaban de manera que se cumplieran. Liceaga recordó que desde 1902 México había implementado una "Policía sanitaria internacional" y al parecer había sido el único en establecerla, pues no encontraba eco en el resto de las naciones. Las cuarentenas continuaban entorpeciendo las actividades comerciales y causando daño a la economía regional y nacional, enfermedades que se creían controladas o extirpadas reaparecían de manera endémica y continuaban causando muertes. A decir de Liceaga, el problema era que en estas convenciones se acordaban y pactaban una serie de medidas sanitarias que al fin de la convención se olvidaban y no se sancionaban, ni reglamentaban los gobiernos convocados a dichas reuniones.²⁵⁵

Al terminar el evento Liceaga presentó su informe a Díaz en el que señalaba que la convención no fue tal, sino más bien un congreso en el que se volvió a discutir sobre lo mismo: las cuarentenas, la fiebre amarilla, la retención de enfermos, etc. A decir del médico, los países concurrentes no habían cumplido los acuerdos estipulados con anterioridad, sólo México había incluido las resoluciones, tanto en el Código Sanitario como en el Reglamento de Sanidad Marítima. El problema no se resolvería si sólo se tomaban decisiones:

²⁵⁵AHSRE, exp. 7-2-16. Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, 1905. Discurso del Doctor Eduardo Liceaga.

unilaterales. ²⁵⁶ Ciertamente, el médico mexicano no mentía al señalar que los compromisos estaban incluidos en la legislación, lo que no reconocía era la inconsistencia de su aplicación.

El gobierno norteamericano discutió al interior del senado la ratificación de los acuerdos de la convención. Los legisladores norteamericanos estaban conformes en que el problema de la sanidad no se resolvería si no se aplicaban medidas conjuntas. Por supuesto, que el factor económico fue el más recurrente en la argumentación para acordar medidas conjuntas. Allí nuevamente se retomó el tan llevado y traído tema de las cuarentenas. Algunos apuntaron la necesidad de que el gobierno norteamericano no signara acuerdo alguno en tanto el sistema cuarentenario no fuera modificado. Aseguraron que la Public Health and Marine Hospital Service of the United States debía cuidar de manera más expedita los servicios de saneamiento de puertos y ciudades fronterizas, así como erradicar del todo enfermedades contagiosas como la fiebre amarilla. Además, debía cuidar que no circulara publicidad sobre las malas condiciones de las costas norteamericanas. ²⁵⁷

²⁵⁶AHSRE, exp. 7-2-16. Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, 1905. Informe del Doctor Eduardo Liceaga a Porfirio Diaz. Diciembre de 1905.

²⁵⁷AHSRE, exp. 7-2-16. Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, 1905. Reporte de las sesiones del congreso de los Estados Unidos de Norteamérica 1906.

Posterior a la reunión de Washington se celebraron otros congresos y convenciones, pero ninguna tuvo tanta influencia como ésta. Chile, por ejemplo, organizó un Congreso Científico Panamericano en 1908, cuyo tema especial fue definir el método profiláctico por países y la legislación sanitaria, la organización de los servicios administrativos tanto marítimos como terrestres, el régimen sanitario de las mercancías, las instalaciones sanitarias en puertos y fronteras, el aislamiento de enfermos y nuevamente las cuaretenas.²⁵⁸

Quizá lo más importante de dicho congreso fue el convenio firmado entre los gobiernos de Bélgica, Brasil, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, Rumania, Rusia, Suiza y Egipto en el cual se establecía que convenían en crear la Oficina Internacional de Higiene Pública cuyo objetivo era:

... coleccionar y transmitir a los demás Estados para su conocimiento los hechos y documentos de carácter general, y que interesen, con especialidad, a la salubridad pública, principalmente en todo lo relativo a las enfermedades infecciosas, particularmente el cólera, la peste y la fiebre amarilla, así como las medidas, que deban tomarse para combatir esas enfermedades.²⁵⁹

²⁵⁸AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 7, exp. 3. Convocatoria para el Congreso Científico de Chile, 1908.

²⁵⁹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 7, exp. 3. Estatuto Orgánico de la Oficina Internacional de Higiene pública, 1908.

Las discusiones entorno a la sanidad marítima y su reglamentación continuarían y se centraron sobre todo en el problema de las cuarentenas, tal vez el tema más recurrente a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y las primeras tres décadas del siglo XX, tanto en congresos como en convenciones.

III) Salubridad marítima y las cuarentenas.

Desde la octava década del siglo XIX, el problema de las cuarentenas llegó a ser tan severo que se convocó a convenciones especiales sobre el tema. El objetivo de este inciso es presentar las discusiones que se realizaron de manera específica sobre las cuarentenas en los congresos y convenciones.

En 1884 se celebró en Washington una reunión sobre cuarentenas. México, a través de su ministro Matías Romero, participó en la convención y mostró su postura. El ministro solicitó informes con los cónsules mexicanos destacados en la frontera y puntos de entrada a los Estados Unidos, desde Brownsville hasta El Paso, Nueva Orleáns, Galveston y San Antonio, para conocer el un panorama general sobre las epidemias y la insalubridad en estas regiones y la manera en que esto afectaba las relaciones comerciales.²⁶⁰ Cabría recordar las gestiones de Matías Romero sobre la comercialización del café mexicano.

En la convención de 1884 se discutieron los problemas y los obstáculos que la aplicación de las cuarentenas ocasionaban para el comercio regional. Si bien en algún sentido estas habían ayudado a evitar el contagio de enfermedades, la falta de control de las mismas, el abuso de

²⁶⁰ AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas de Washington, 1884.

las reglas y la propia corrupción de algunos agentes sanitarios había ocasionado que se transformaran en obstáculo más que en beneficio para las actividades mercantiles.

Las discusiones se habían colocado en dos posturas, los que querían y apoyaban el sistema de cuarentenas tal cual estaba concebido y los que consideraban que era necesario modificarlo y transformarlo en un sistema más eficaz y menos problemático. Los primeros se basaban en las investigaciones que sobre la difusión de enfermedades tropicales había realizado Finlay, quien había demostrado que el contagio de enfermedades o transmisión tenía unos días de peligro y después de los mismos desaparecía. Sin embargo, desde la década de los ochenta del siglo XIX, se manifestaba también una postura contraria, la cual sostenía que:

El aislamiento absoluto que teóricamente parece el medio profiláctico más eficaz contra las invasiones de enfermedades epidémicas, no da, en la práctica, resultados satisfactorios, como medidas sanitarias, y tiende, por otra parte, a perjudicar notablemente los intereses comerciales de los pueblos.²⁶¹

Durante varios años estas diferencias se hicieron manifiestas y los debates tuvieron lugar en los distintos foros en que el tema de las cuarentenas fue abordado. Ciertamente, la corrupción había llevado a que este tipo de medidas fueran mal empleadas. Pero el consenso de los médicos era que ante la carencia curas y remedios para enfermedades

²⁶¹ AHSRE, exp. L-E-135. Primera Conferencia Internacional Panamericana Washington D.C. octubre de 1889.

que hacían su aparición de manera endémica no se disponía de otra alternativa. De allí que no se pudiera plantear su desaparición definitiva, sino más bien su perfeccionamiento o una mejor regulación.

En la convención de cuarentenas de 1884, se discutió con gran insistencia la manera de mejorar el sistema y la forma de perfeccionarlo. En el caso específico de México la ruta que seguían dos de sus productos de importación más importantes como lo era el café y el henequén se veían entorpecidos por estas medidas.

La convención llegó a las siguientes resoluciones: sólo se aplicaría las cuarentenas a embarcaciones y pasajeros en los casos que 1) Por enfermedad endémica, infecciosa y contagiosa en la especie humana o animales, en el puerto de donde zarpó el buque desarrollada en los siete días anteriores, a contar desde aquel de su salida; 2) Si la embarcación hubiese tocado o hecho escala durante su travesía, en un lugar donde reinasen epidemias de alguna enfermedad infecciosa o contagiosa en la especie humana o en los animales; y 3) Si se hubiera desarrollado una enfermedad de la misma naturaleza y proporciones en algunas de las personas de la tripulación, pasajeros o animales abordo, durante la travesía.²⁶²

También hubo que establecer y delimitar la lista de enfermedades infecciosas y contagiosas, por las cuales se

²⁶² AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas Washington, 1884.

aplicaría la cuarentena. Quedó claro que sólo se aplicaría cuarentena por enfermedades como: cólera asiático, fiebre amarilla, fiebre tifoidea o fiebre abdominal, tifo exantemático, tifo recurrente, tifo o peste de oriente, viruela, sarampión, escarlatina, difteria, disentería, meningitis cerebral, muermo, carbón o pristula maligna, lamparones y escorbuto.²⁶³ La intención de establecer el cuadro de enfermedades susceptibles de cuarentenas fue delimitar los lineamientos para la detención de barcos. El problema de falta de criterios en más de una vez había provocado tensiones, pues eventualmente la enfermedad era menor y no significaba ningún peligro para el puerto y si presentaba en obstáculos económicos, pues algunas embarcaciones reportaban pérdidas en cuanto eran detenidas, en otros casos, los cargamentos eran afectados al permanecer innecesariamente estacionados en las bahías de los puertos.

La expedición de patentes de sanidad constituyeron otro factor de conflicto, pues sirvieron como elemento de corrupción y en varias ocasiones se expidieron sin control alguno. La convención intentó resolver este problema anotando:

Toda embarcación deberá proveerse dentro de treinta y seis horas anteriores a su salida de cualquiera de los puertos de una de las dos partes contratantes con destino a un puerto de la otra parte contrastante de la Patente de Sanidad de que se habla en el artículo 5, sin cuyo documento no tendrá derecho a

²⁶³ AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas Washington, 1884.

que se le permita la entrada en el puerto de destino, si no que le podrá considerarse como una embarcación sujeta por lo mismo a lo que determine las leyes, reglamentos o disposiciones de dicho puerto de destino respecto a embarcaciones infestadas.²⁶⁴

La convención se trató de dar respaldo y validar a la patente de sanidad, asegurando que ésta sería un documento considerado por las autoridades respectivas del puerto de destino como prueba oficial fehaciente del estado sanitario del puerto de salida, de las condiciones sanitarias del barco, tripulación, pasajeros, animales y carga al tiempo de la salida y de las mismas condiciones sanitarias durante la navegación. Tanto México como los Estados Unidos acordaron adoptar un modelo único de patente.

La patente se expediría en el puerto de salida e iría con la firma del médico nombrado para este efecto por el gobierno a que perteneciere dicho puerto y sería revisada por otro médico del puerto receptor. En caso de que los médicos que debían firmar la patente estuvieran en desacuerdo, se buscaría un punto de consenso entre otros médicos nombrados responsables por la autoridad a que correspondiera el puerto de salida, el cónsul de la nación del puerto de destino y otro común de acuerdo entre autoridades, y su decisión se consideraría en el puerto de destino como la expresión del estado sanitario del puerto de partida. Con esto se buscaba evitar la corrupción o una decisión sesgada por parte de las autoridades sanitarias.

²⁶⁴ AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas Washington, 1884.

El problema de las cuarentenas estaba en relación directa al hecho de no haber un punto de acuerdo de cuando se consideraría epidemia a una enfermedad. En este sentido había mucha controversia, pues la mayoría de las veces con el simple hecho de reportarse un caso, las autoridades declaraban estado epidémico, que era razón suficiente para declarar una cuarentena.

La convención dispuso artículos que normarían esta situación:

Art. 9.- No se declara que una enfermedad contagiosa reina epidémicamente en un lugar, cuando haya casos aislados de él, en las habitaciones particulares o en los oficiales, sino que se necesita que dichas casas existan en la proporción que se expresa en el artículo siguiente.

Art. 10: Los Estados Unidos Mexicanos y los Estados Unidos de América convienen en aceptar para los efectos de esta Convención que una enfermedad reina epidémicamente en un lugar, en todos los casos en que la última semana anterior a contar desde la fecha de la expedición de la Patente contare en los registros de la Junta de sanidad o en la de los hospitales o en el registro civil, o los dos oficiales de sanidad que habido en la población.²⁶⁵

Se intentó establecer cuándo se le consideraría limpia o sucia a una patente de sanidad y se acordó:

Una patente internacional de sanidad se considera limpia en los casos en que en el puerto de salida no hubiere habido epidemia de una enfermedad contagiosa al tiempo de la salida o en la semana anterior o dicha salida y que durante la travesía no hubiese sido atacado de dichas enfermedades ninguna de los pasajeros,

²⁶⁵AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas Washington, 1884.

tripulación o animales a bordo; en los casos contrarios dicha patente se tendrá como sucia.²⁶⁶

Con lo anterior se pretendía agilizar la circulación marítima y no detener innecesariamente las embarcaciones, aunque sí se llegó a señalar:

Las embarcaciones que hubieren hecho escala por treinta y seis horas o más en algún puerto de su tránsito, en donde reinare alguna epidemia de una de las enfermedades [establecidas] se les podrá tener como sospechosas y estarán sujetas en ese caso a sufrir una cuarentena de observación y a las demás leyes, reglamentos y disposiciones anteriores vigente en el puerto de llegada.²⁶⁷

En realidad las cuarentenas fueron un asunto permanente en la agenda diplomática y sanitaria regional. En 1912, se celebró una convención en París con la intención de dictaminar la pertinencia de la aplicación. Allí se firmaron acuerdos para la suspensión de dicha medida, sin embargo, la Primera Guerra Mundial cambió el panorama y las cuarentenas no sufrieron transformaciones significativas. Tan fue así que diez años después permanecía la misma discusión.

En 1922, en la convención sanitaria México-Cuba, celebrada en la Habana en agosto de ese año, la delegación mexicana insistió en la supresión de las cuarentenas aplicadas a las embarcaciones procedentes de México. Se aseguraba que esto hacía notar:

²⁶⁶ AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas Washington, 1884.

²⁶⁷ AHSRE, exp. 7-11-12. Expediente relativo a la Convención de Cuarentenas Washington, 1884.

(...)la ineficacia de las actuales convenciones sanitarias, ya por que Cuba ha hecho varias reservas sobre estipulaciones más importantes de ellas, o bien por que dado el número de naciones signatorias de las mismas. Ha sido imposible determinar más concretamente algunos puntos de grandísimo interés para México. Por lo que es conveniente celebrar a la mayor brevedad posible, un convenio Sanitario entre México y Cuba que determine los siguiente puntos: el límite de las zonas que puedan influenciar a cada uno de nuestros puertos del Golfo, con relación a la fiebre amarilla y peste bubónica: el término máximo que pueda mantenerse una cuarentena después del último caso de dichas epidemias; la manera de comunicarse rápidamente y si fuere posible directamente entre las respectivas Direcciones de Salubridad Pública, los avisos y boletines sanitarios; la mutua ayuda que puedan prestarse ambas naciones para la extinción de una plaga.²⁶⁸

A raíz de la convención, se reanudó una vieja discusión en la región de la necesidad firmar un convenio de sanidad marítima. Desde 1904 se había insistido que el problema de la circulación y la navegación en la región se resolvería en el momento que se instrumentara un plan fundamentado en estrategias concretas que hicieran efectivas las medidas de sanidad. En esa ocasión se planteó la necesidad de firmar un tratado de sanidad marítima que permitiera el control de enfermedades -de manera específica la fiebre amarilla- y que el sistema de cuarentenas fuera realmente un sistema preventivo y de ayuda a la circulación marítima.

Las negociaciones entre los representantes de Cuba y México trataron básicamente dos puntos: la corrupción y anomalías entre los encargados de las acciones sanitarias. El

²⁶⁸AHSRE, exp. 37-18-190. Convención Sanitaria México-Cuba, proyecto para celebrarse, 1922.

representante de México solicitaba que fuera más cuidadosos en la aplicación de las cuarentenas al puerto de Veracruz, pues en repedias ocasiones se les había impuesto el estado de cuarentena a sus embarcaciones "(...)por el simple hecho que, enfermos de fiebre amarilla que han contraído la epidemia en lugares del interior de República, como el Istmo de Tehuantepec, Huasteca veracruzana, etc."²⁶⁹

Entre los temas de debate estuvo el problema de la corrupción y los abusos de la autoridad. El delegado de México insistió que era necesario:

(...) normalizar la situación anómala en que se encuentran nuestras autoridades sanitarias, en los puertos de Veracruz y Tampico, en los que las fumigaciones de los barcos extranjeros que hacen tráfico entre nuestras costas y la Habana, Nueva York y aún los puertos europeos, tienen que ser forzosamente fumigados por un empleado americano, que además de cobrar a las compañías sumas exorbitantes, ha ocasionado varias desgracias por su falta de pericia y prevención.²⁷⁰

Todo esto se planteaba como el escenario sobre el cual se debía signar un convenio de sanidad marítima y se aseguraba que

(...) las dificultades surgidas con motivo de la implantación de cuarentenas por la República de Cuba, durante los últimos tres años contra puertos mexicanos, demuestran la necesidad absoluta de un estrechamiento de

²⁶⁹AHSRE, exp. 37-18-190. Convención Sanitaria México-Cuba, proyecto para celebrarse, 1922.

²⁷⁰AHSRE, exp. 37-18-190. Convención Sanitaria México-Cuba, proyecto para celebrarse, 1922.

relaciones más directas entre las Autoridades Sanitarias de República y las de México.²⁷¹

En este mismo sentido se puntualizó que existía la costumbre de que las autoridades cubanas otorgaban mayor crédito a las anotaciones que el agente sanitario norteamericano en Veracruz hacía al expedir la patente de sanidad que a la elaborada por las autoridades mexicanas.

El asunto de las cuarentenas fue el más claro ejemplo de los tropiezos y obstáculos que el proyecto sanitario no logró superar. Aunque los médicos se esforzaron en proponer alternativas y maneras de salvarlo, no conseguían hacerlo, quizá porque se entrelazaron varios problemas que escaparon a ellos mismos y al propio Estado. No fue por falta de legislación ni de normatividad como se verá a continuación, sino a la incapacidad de hacer efectiva la aplicación de dichas medidas.

²⁷¹AHSRE, exp. 37-18-190. Convención Sanitaria México-Cuba, proyecto para celebrarse, 1922.

IV) Sanidad y legislación.

En el terreno legislativo la lucha contra las condiciones de insalubridad tenía viejos antecedentes, sin embargo, su aplicación no había arrojado tan buenos resultados. Por ello, en el último cuarto del siglo XIX.

En el caso de México, el presidente Manuel González desde 1884 señalaba que las condiciones insalubres que prevalecían en el territorio demandaban una legislación adecuada y dentro de ésta un código sanitario apropiado.²⁷² Durante los siguientes seis años se trató de legislar y buscar medidas que ayudaran a mejorar las condiciones sanitarias y prevenir la propagación de enfermedades epidémicas.²⁷³ Por ejemplo, en el verano de 1884 se conoció la existencia de una epidemia de cólera en Europa e inmediatamente se instrumentó una política preventiva según los acuerdos de sanidad marítima el del primero de septiembre del mismo año, que exigía una patente de sanidad.²⁷⁴

México, Estados Unidos y Cuba volvieron a viejas discusiones sobre la manera de estipular medidas higiénicas para las ciudades y puertos. Se retomó y modificó la

²⁷²González Navarro, 1973, vol. 3. p. 103.

²⁷³Durante este período algunas grandes epidemias cubrieron el territorio mexicano. En 1882 el cólera, registró un primer foco en Chiapas, en este mismo año otra de sarampión que tuvo su inicio en Yucatán y en 1883 otra de fiebre amarilla que comenzó su recorrido en Mazatlán, Sinaloa.

²⁷⁴Dublán y Lozano, Acuerdo de la Secretaría de Gobernación sobre medidas para impedir la invasión del cólera asiático, 25 de julio de 1884, vol. 17, p. 7. Acuerdo de la Secretaría de Gobernación sobre patentes de sanidad que deben proveerse los buques que con destino a Veracruz pasen por las islas Canarias, 1 de septiembre de 1884, vol. 17, p. 14.

legislación sobre el aseo de calles, plazas y vías públicas, y se llegó a la conclusión que la suciedad seguía provocando la propagación de enfermedades entre la población.²⁷⁵ La intención fue -una vez más- tratar de crear conciencia entre la población sobre los beneficios que la limpieza e higiene tendrían en la erradicación de enfermedades.

También se procuró mejorar los servicios médicos y clínicos; se volvió a ordenar el establecimiento de lazaretos en los puertos para evitar la entrada de enfermos. Se pedía a los médicos que utilizaran los últimos descubrimientos de la medicina, se les exhortaba a retomar el aislamiento de enfermos como medida preventiva y adoptar el sistema de cuarentenas. Se publicaron bandos con medidas sanitarias y se acordó que los directores y encargados de hospitales debían mantener informado al gobierno sobre el estado de los mismos y de los movimientos de enfermos.²⁷⁶

Se estipuló el cierre de puertos cuando hubiera amenaza de epidemias. Por ejemplo, en enero de 1887 el gobierno mexicano acordó que los puertos -tanto del Pacífico como los del Golfo de México- se cerrarían a los barcos procedentes de puntos infectados por el cólera. Se buscó un mejor control en

²⁷⁵Dublán y Lozano, acuerdo de la Secretaría de Gobernación sobre medidas para prevenir la invasión del cólera asiático, 16 de julio de 1885, vol. 17, p. 288. Bando del Gobierno del Distrito sobre el aseo de vías públicas de la Ciudad de México. 1 de febrero de 1886, vol. 17, p. 364.

²⁷⁶Dublán y Lozano, Circular de la Secretaría de Gobernación sobre el establecimientos de Lazaretos en los puertos y estufas desinfectantes, 17 de enero de 1886, vol. 17, p. 368. Circular de la Secretaría de Guerra sobre los estados que deben remitir los directores de los hospitales militares y los médicos de los cuerpos, 2 de agosto de 1888, vol. 19, p. 213. Bando del Gobierno del Distrito sobre medidas sanitarias para impedir el desarrollo de enfermedades contagiosas, 14 de marzo de 1889, vol. 19, p. 352.

la navegación y se pensó en agilizar las negociaciones con otras naciones para la firma de tratados de navegación, en donde además de establecer reglas de comercialización se comprendieran medidas de sanidad en los barcos y buques. En abril de 1888, se firmó el tratado de amistad, comercio y navegación con la República Francesa.²⁷⁷

Otra de las medidas fue la de mejoras materiales y se implementó una reglamentación de los panteones. El primer reglamento se elaboró para el Distrito Federal y salió a la luz el 15 de marzo de 1887. En él se establecían reglas para realizar los entierros y situarlos en lugares adecuados, que no se convirtieran en focos de infección.²⁷⁸

Si bien todos estos esfuerzos habían logrado importantes avances en el control de los problemas sanitarios y epidémicos del país, el logro mayor -tanto de la medicina como del gobierno porfiriano- se vio hasta la promulgación del Código Sanitario el 15 de julio de 1891. En este documento se pretendieron establecer reglas claras y medidas precisas. Sin embargo, el nuevo código no cumplió con todas las expectativas que en él se fincaron, ya que su sola expedición no resolvería los problemas sanitarios de manera inmediata. Los conflictos epidémicos y de sanidad del país requerían de una estrategia médico-política mejor planeada.

²⁷⁷Dublán y Lozano, Acuerdo de la Secretaría de Gobernación sobre la orden de cierre de los puertos del Golfo y del Pacífico para las procedencias de puntos infestados por el cólera. 31 de enero de 1887, vol. 18, p. 9 Decreto del Gobierno en el que se publica el Tratado de Amistad, Comercio y Navegación celebrado con la República Francesa. vol. 19, p. 77.

²⁷⁸Dublán y Lozano, Gobierno del distrito, Reglamento de Panteones del Distrito Federal. 15 de marzo de 1887, vol. 19, p. 182.

En realidad el código de 1891 tenía serias deficiencias; no había disposiciones que realmente resolvieran la falta de higiene que era palpable en todo el territorio mexicano. El Economista Mexicano apuntaba en un largo editorial titulado "Entre Escila y Charibdis" que el código no mencionaba a las bebidas adulteradas, por lo que "(...) las leyes todas necesitan reunir dos condiciones: La conveniencia de su aplicación y la facilidad en su aplicación. Con referencia al nuevo Código Sanitario, diríamos, que ya comienzan a sentirse las insuficiencias y defectos, que, como toda obra humana, tiene..."²⁷⁹ A decir del mismo rotativo, la legislación se debía preocupar por la imagen de las ciudades mexicanas en el extranjero. Pues era un hecho que con frecuencia los visitantes se topaban con "tugurios, pocilgas, cuevas y cavernas tétricas" que daban claras señales de descuido y desaseos urbano. También demandaba mayor cuidado en la vigilancia de fondas, restaurantes, hoteles y sitios de recreo.

En junio de 1894 se expidió un nuevo Código Sanitario en donde se incluyeron algunos artículos del promulgado cuatro años antes, pero reformados y mejorados ahora con propuestas de algunos médicos, no sólo capitalinos sino también de provincia. El nuevo código creaba delegaciones sanitarias en los puertos y fronteras.²⁸⁰ Las epidemias del cólera -tanto la 1833 como la de 1850- habían dejado claro que en ocasiones

²⁷⁹El Economista Mexicano, 31 de octubre de 1891.

²⁸⁰González Navarro, 1973, vol. 3, p. 103.

las enfermedades entraban por las fronteras y puertos y de allí se difundían tierra adentro.

En 1895 se expidió otro código, con mayor hincapié en las fronteras y puertos, y en las medidas sanitarias y profilácticas. Se otorgó mayor autoridad al Consejo Superior de Salubridad para delinear las medidas y políticas a seguir en materia sanitaria, manifestando el año siguiente cuando el gobierno de Díaz decidió que el Consejo encabezado por Eduardo Liceaga organizara el Congreso Panamericano de Salud.

La nueva política seguida después del código de 1895 y del congreso de 1896 habla, por un lado, del compromiso del gremio de médicos con la política sanitaria y, por el otro, de una descentralización de dicha política. A partir de entonces no sólo los médicos capitalinos mantuvieron la responsabilidad de la sanidad nacional, sino que los médicos de provincia también empezaron a compartirla.

Se inició una nueva etapa en la sanidad mexicana que intentó responder a las necesidades más apremiantes, partiendo del principio regional. El porfiriato buscaba como línea general de gobierno y proyecto político incorporar al país dentro de sistemas económicos fuertes de alto rendimiento, eficiencia y productividad. El gobierno de Díaz vio con buenos ojos las nuevas propuestas médicas -la mayoría de ellas con fuerte influencia de las corrientes higienistas y positivistas- y la implementación de métodos y técnicas con aplicaciones y adecuaciones acordes con cada región.

La legislación que surgió después de 1896 puso de manifiesto la lógica de un proceso descentralizador, por lo que se buscó que las legislaturas estatales elaboraran su propio código sanitario de acuerdo con sus condiciones y necesidades. Aun cuando la expedición de estos códigos no se realizó al unisono, sí fue un proceso que poco a poco tomó forma y cumplió con la iniciativa de Consejo Superior de Salubridad.

Dentro de la legislación regional o local, la más acabada era la de la ciudad de México, debido a que hasta esos momentos había recibido la mayor atención. Varias entidades siguieron su modelo; tales fueron los casos de Morelos, Michoacán, Jalisco y Chihuahua. Otros estados trabajaron a ritmos diferentes, como fue el caso de Campeche, Veracruz y Tabasco que hicieron sus códigos en 1902, mientras que Puebla lo hizo hasta 1906. ²⁸¹

En este segundo período se observó un mayor ordenamiento en las disposiciones legislativas y una planeación que respondía a líneas de descentralización y a los planteamientos médicos de saneamiento y prevención. Si bien, la capital del país siguió siendo un punto de interés y muchos de los esfuerzos continuaron dirigiéndose hacia ella, lo cierto es que otras áreas también cobraron importancia, sobre todo las costeras debido a la actividad comercial que en ellas se desarrollaba.

²⁸¹González Navarro, 1973, vol. 3, pp. 103 y 104.

La legislación incluía las concesiones de navegación sólo a compañías que fijaban dentro de sus disposiciones algunas de carácter sanitario. Necesitaban tener las patentes; sus barcos estaban obligados acatar al delegado sanitario del puerto cuando exigía desinfección o su cuarentena, éstos debían acatarla. Lo anterior estuvo en relación con el hecho que desde 1894 se promulgó el reglamento de sanidad marítima.²⁸²

Esta nueva dinámica respondía a la concepción original del Consejo Superior de Salubridad, el cual desde sus inicios se había dividido en comisiones de trabajo para un mejor desempeño. Existían comisiones de epidemiología, teatros, hospitales, escuelas y asilos, cárceles, cuarteles, panteones, alimentos, vacunas, estadísticas, meteorología y topografía médica, hidrología, boticas, veterinaria, farmacia, entre otras.²⁸³ El Código de 1891 además de mejorar las funciones del Consejo, le concedió facultades ejecutivas, con lo cual su importancia y eficacia fue mayor.

Mejorado el Consejo y ampliado en sus funciones, éste se dio a la tarea de preparar disposiciones sanitarias más redituables, que incorporaran los descubrimientos y avances médicos de la época. Las campañas preventivas y de saneamiento fueron las de mayor promoción y la teoría higienista la más recurrida, pues ante el hecho de no haber

²⁸²Dublán y Lozano, Decreto del gobierno en el que se establece el Reglamento de Sanidad Marítima, 14 de septiembre de 1894, vol. 24, p. 304.

²⁸³González Navarro, 1973, vol. 3, pp. 102 a 103.

encontrado la cura de enfermedades altamente peligrosas, tanto por su difusión como por su mortalidad (como era el caso del cólera, la peste bubónica o la fiebre amarilla), se dio un giro hacia la búsqueda de conceptos y prácticas alternativas como la prevención.

Dentro de la legislación se continuó trabajando en el saneamiento de las ciudades, así como en la promoción de la limpieza de sus calles y en la atención a lugares en donde se había descubierto que eran focos de infección, como eran los rastros, los cuales en ocasiones estaban en completo descuido y abandono. A ellos acudían perros callejeros en busca del sobrante de carne o de desperdicios de animales sacrificados.²⁸⁴

Las instituciones de salud también fueron atendidas y se buscó la manera de introducir en ellas las nuevas terapias y técnicas médicas. Los asilos y casas de asistencia sufrieron algunas reformas con la intención de que allí, al igual que en los hospitales, contaran con los métodos higienistas y de asepsia. En este rubro se trabajó con mayor insistencia en el buen funcionamiento de los lazaretos y se buscó que en ellos los sistemas de desinfección y cuidados a enfermos en cuarentenas fueran de lo mejor,²⁸⁵ pues ellos constituían el

²⁸⁴Dublán y Lozano, Acuerdo del ayuntamiento de la Ciudad de México para el Reglamento del Rastro de la Ciudad. 26 de enero de 1897. vol. 27, p. 61.

²⁸⁵Dublán y Lozano, Acuerdo del Consejo Superior de Salubridad.- Tarifas para el cobro de derechos de los lazaretos y por desinfección. 12 de julio de 1894, vol. 24, p. 231.

filtro y la principal barrera para impedir que las epidemias invadieran las tierras mexicanas.

El gobierno porfirista trató por varios medios de impulsar la utilización de los sistemas preventivos y solicitó a los cónsules mexicanos destacados en distintos puntos, que lo mantuvieron informado sobre cualquier peligro epidémico o enfermedad infecto-contagiosa de que se tuviera noticia a fin de poner en marcha todos los sistemas preventivos. También se solicitaba a los cuerpos consulares vigilar la expedición de patentes de sanidad y las posibles violaciones o desacatos que a este tipo de medidas. El gobierno mexicano estuvo pendiente de los brotes de epidemias que pusiera en peligro la estabilidad de México. Los cónsules alertaron de algunos brotes. Por ejemplo en 1893, se declararon infectados por cólera los puertos italianos, por lo que se pidió extremar medidas en relaciones a los buques y navíos que provinieran de éstos o hubieran tenido contacto con ellos. En este mismo año se decretó que la influenza sería considerada como epidémica y anotada en las patentes de sanidad.²⁸⁶

²⁸⁶Dublán y Lozano. Circular de la Secretaría de Relaciones en la que se manda que la influenza, en caso de desarrollo epidémico, sea anotada en las patentes como enfermedades contagiosa, 11 de enero de 1893, vol. 23, p. 11; acuerdo de la Secretaría de Gobernación en el que se declara infestados de cólera los puertos italianos, 18 de agosto de 1893. vol. 23, p. 393

V) Los puertos y fronteras como puntos prioritarios de la legislación.

Entre las regiones que mayor atención merecieron estuvieron los puertos y fronteras. Los puertos resultaban de gran importancia debido a las actividades comerciales que en ellos se realizaban. La región del Alto Caribe resultó con mucha actividad en este sentido.

Cuba, desde 1848, insistía en la necesidad de regular la circulación marítima. Se aseguraba que el cometido del gobierno era impedir a toda costa la introducción por mar o tierra de enfermedades contagiosas o pestilentes a la isla.²⁸⁷ En realidad Cuba era de las más afectadas debido a su condición insular. Las autoridades sanitarias advertían que en tanto no se legislara sobre el asunto seguirían con el problema del contagio y por tanto la residencia de enfermedades que impedían el desarrollo económico regional.

Uno de los puntos más claros fue el referente a los códigos de sanidad marítima tanto de México como de Cuba. El de esta última fue promulgado en 1893 por el Ministerio de Ultramar de España. En él se estipulaba la visita a embarcaciones que arribaran a los puertos cubanos sin las cuales no se les daría acceso, ni se les permitía descargar o

²⁸⁷ Memorias sobre el estado político, gobierno y administración de la isla de Cuba por el teniente general Don José de la Concha, Madrid. Establecimiento tipográfico de D. José Trujillo, 1853, p. 51.

desembarcar pasajero alguno.²⁸⁸ La inspección se realizaría mediante un interrogatorio y la revisión de la patente.

El código advertía que las medidas serían para todo tipo de embarcaciones, incluyendo a los buques de guerra tanto nacionales como extranjeros de los que se advertía "... que no se les harán más preguntas, que las relativas a su procedencia, accidentes de la travesía y estado sanitario actual, a cuyas preguntas responderán los comandantes, bajo su palabra de honor".²⁸⁹

El código insistía que las reglas debían adoptarse de manera multilateral, para que realmente fueran eficaces. Se proponía establecer ciertas normas para realizar inspecciones y hacer patentes y cuarentenas. En cuanto a las patentes se acordó que no se aceptaría bajo ningún motivo aquéllas que indicaran sospechas de contaminación. Se debían extremar precauciones con la introducción de productos y géneros procedentes de lugares con tradición epidémica. A este tipo de embarcaciones se les aplicaría el sistema de cuarentenas.

Con relación a éstas señalaba que:

Art. 195.- Luego de fondeado el buque en la consigna que le corresponda, se desembarcarán y expurgarán los géneros siguientes:

Vestidos y ropas de uso y efectos de los pasajeros y tripulantes; objetos de algodón, cañamo, yute, lino y materias textiles análogas; lana y seda en rama o manufacturada; papel usado o sin usar; caballos, crines

²⁸⁸ Ministerio de Ultramar, Código de Sanidad Marítima para la isla de Cuba, 1893, p. 13.

²⁸⁹ Ministerio de Ultramar, Código de Sanidad Marítima para la isla de Cuba, 1893, p. 20.

o plumas manufacturadas o no; pieles y cueros en cualquier estado que se hallen; despojos o fragmentos de animales frescos o hiervas prensadas en fardos, y por regla general, todo efecto o sustancia en estado de humedad habitual.

Si lleva ganado o animales vivos, se desembarcarán enseguida, señalándose tierra o si no presentan novedad, o encerrándolos en los corrales y cuadras del lazareto, en caso contrario.

Además, desembarcarán los pasajeros que lo deseen, no habiendo accidentes a bordo, y siempre los individuos de la tripulación que no sean necesario para el cuidado de la nave.²⁹⁰

También se planteó la fumigación de embarcaciones que arribaran a cualquier puerto cubano y perfeccionar el funcionamiento de los lazaretos y hospitales. Los lazaretos se planteó que fueran de dos tipos: "los sucios" y "los de observación". Los primeros serían destinados a la cuarentena de los pasajeros de buques con la patente negativa (de peste y cólera especialmente), así como aquellos que presentasen alguna alteración durante el viaje. Los lazaretos de observación funcionarían para aquellos que eran sospechosos.²⁹¹

En realidad la legislación cubana trató de cuidar la entrada de los inmigrantes, pues se atribuía a ellos la contaminación epidémica de la isla. Se legisló a favor de ciertas inmigraciones, por ejemplo desde las Canarias. La ley de 11 de julio de 1906 decía que el Estado ayudaría al traslado de familias de Europa e Islas Canarias cuando sí

²⁹⁰Ministerio de Ultramar, Código de Sanidad Marítima para la isla de Cuba, 1893, p. 38.

²⁹¹Ministerio de Ultramar, Código de Sanidad Marítima para la isla de Cuba, 1893, p. 33.

fueran a residir en Cuba en alguna finca de un hacendado, terrateniente o colono.²⁹² A decir de Consuelo Naranjo y Armando García González, la política migratoria en Cuba demandaba el saneamiento para una mejor aclimatación de los inmigrantes.²⁹³

La política sanitaria en la isla tenía por objetivo buscar el saneamiento de las ciudades como una necesidad de higienizar para mejorar las condiciones de trabajo. Los discursos buscaban concientizar de lo benéfico que sería para Cuba contar con condiciones laborales adecuadas.²⁹⁴ La legislación cubana planteaba que los avances científicos de la época, incluidos, por supuesto los de Finlay, habían demostrado que era necesario modificar actos, usos y costumbres de la población para obtener un verdadero saneamiento. Se ponía de ejemplo enfermedades como la tuberculosis, el cólera, la malaria y la fiebre amarilla, las cuales se desarrollaban en condiciones insalubres.

Otro aspecto que abordó la legislación fue el relacionado con la vivienda y los sitios de hospedaje. En el caso de México el Código Sanitario era claro en advertir que se debía observar una serie de medidas tanto en la construcción como en la adecuación de las mismas. Las casas habitación tenían que ser ventiladas y cuidar que los cuartos no quedaran encerrados. En cuanto al terreno apuntaba que

²⁹² Citado en García Pedrosa, 1936, pp. 584-585.

²⁹³ Naranjo y García González, 1996, pp. 81 y ss.

²⁹⁴ Cuba, Gobierno de, Actas y trabajos del Segundo Congreso Médico Nacional de la Habana febrero de 1911, s/e, 1911, p. 295.

Antes de emprender la construcción de un edificio, será saneado, si fuere necesario, el terreno sobre el cual se va a edificar, y será cuidadosamente desinfectado, si antes ha servido para cementerio, mercado, matadero o muladar. Cuando se trate de convertir en habitación privada algún hospital, hospicio, cárcel o cuartel, el edificio y sus dependencias, serán previa y escrupulosamente desinfectados.²⁹⁵

Se dispusieron medidas técnicas de construcción como el tipo de materias a usar -se debía evitar la madera por ejemplo- y el tipo de dimensiones que tendrían las estructuras, con la intención de procurar que no se introdujera en las viviendas la humedad. En el caso de los hoteles, mesones, dormitorios públicos y casa de huéspedes o de vecindad. "Los aposentos tendrán cuando menos, una capacidad de sesenta y cuatro metros cúbicos, y estarán comunicados con el aire exterior por una ventana."²⁹⁶ También se acordó que el ayuntamiento sería responsable de expedir licencias para la apertura de este tipo de establecimientos.

Los arrendamientos de casas-habitación estarían bajo la supervisión de las autoridades sanitarias y para autorizar su alquiler se debían cubrir requisitos como un adecuado saneamiento tanto de paredes como de pisos, desinfectados y ventilados los dormitorios. En caso de que algún enfermo

²⁹⁵Veracruz, Gobierno del Estado, Código Sanitario del Estado de Veracruz-Llave, Veracruz, 1900, p. 7

²⁹⁶Veracruz, Gobierno del Estado, Código Sanitario del Estado de Veracruz-Llave, Veracruz, 1900, p. 8.

hubiera habitado dicha casa, se tendría que desinfectarla también.²⁹⁷

Se advertía que las autoridades deberían estar pendientes que los caños y desagües estuvieran cubiertos, con las condiciones necesarias para facilitar el escurrimiento de los desechos, evitando en todo momento las filtraciones en las paredes y pisos, así como tratar de evitar el paso de los gases al interior de las habitaciones. Los caños estarían a una distancia prudente de los acueductos y cañerías de agua potable, para evitar las filtraciones. Tampoco se permitiría que los desechos o líquidos que condujeran los caños fueran vertidos en acueductos o canales que funcionaran como conductos de agua destinada al uso doméstico.

Con relación a las letrinas se buscaría que tuvieran las condiciones necesarias para evitar las filtraciones y emanaciones. Se estipuló que habría por lo menos un excusado para cada veinte personas. En los hoteles, casa de huéspedes y mesones habría por lo menos uno por cada 16 cuartos.²⁹⁸

El código también señalaba lineamientos para la traza urbana y la manera que las calles debían definirse. En principio tendrían que tener un espacio suficiente para que circulara el viento, debían mantenerse limpias y de ninguna manera se permitiría almacenar en ellas basura o excremento de bestias y desechos de las pasturas.

²⁹⁷El Dictamen, 4 de junio de 1902.

²⁹⁸Veracruz, Gobierno del Estado, Código Sanitario del Estado de Veracruz-Llave, Veracruz, 1990, p. 9 y 10.

En realidad los proyectos legislativos y normativos impulsados en la segunda mitad del siglo XIX mostraron una nueva manera de concebir la circulación marítima en aras de fomentar el desarrollo de comercio, pero también evidenciaron nuevas concepciones en el comportamiento humano. El proyecto modernizador buscaba normar -y por tanto establecer sanciones para quienes violaran su aplicación- a la conducta de los habitantes de la región caribeña. Desde la perspectiva de los médicos y juristas, el no-cumplimiento de la legislación significa un crimen, una anomalía, una inadaptación al nuevo patrón.²⁹⁹ La legislación estableció un modelo para juzgar a la población entre la que se ajustaban a los lineamientos de la modernidad y la que no querían o no podían hacerlo. Es decir, el proyecto sanitario se transformó en lo que Foucault señala como "un saber, unas técnicas, unos discursos "científicos" se forman, se entrelazan con la práctica del poder castigar".³⁰⁰

Fue durante la última década del gobierno de Díaz cuando se observaron las medidas médicas con mayor insistencia. A partir de 1900 se articuló una política preventiva que dictó medidas para evitar la llegada de enfermedades a territorio nacional. Liceaga y su grupo hacían circular, con el apoyo del gobierno de Díaz, folletos, panfletos, bandos y decretos

²⁹⁹Foucault, 1997, pp. 24 y 25.

³⁰⁰Foucault, 1997, p. 29.

con normas y disposiciones de prevención a enfermedades infecciosas.³⁰¹

La nueva etapa de la sanidad mexicana, cubana y norteamericana significó la articulación de un proyecto de medicina nacional. Dentro del discurso de modernización y de progreso, los médicos creían que la medicina mexicana había llegado al estado positivo de la ciencia.

A manera de conclusión es posible señalar que en la segunda mitad del siglo XIX se conjugaron una serie de ideas y discursos que, en combinación con las condiciones que el nuevo régimen proporcionaba, encontraron un espacio para ser desarrolladas. El proceso de consolidación del Estado, que perseguía la estabilidad y el fortalecimiento, pretendió incorporar a los países de la región al orden capitalista. Esto condujo a la búsqueda de condiciones que permitieran tales objetivos. La insalubridad y los problemas epidémicos que asolaban a la región constituían uno de los obstáculos en el seguimiento de estos propósitos. De allí, la necesidad de intentar soluciones.

Esta situación coincidió con el auge en la ciencia médica y la difusión de nuevas técnicas y terapias que ante los ojos de gremio médico constituían verdaderos avances. La medicina preventiva y las corrientes higienistas entraron de lleno en la región del Alto Caribe y fueron articuladas en el discurso de una medicina nacional. Sin embargo, es necesario

³⁰¹Dublán y Lozano, acuerdo de la Secretaría de Gobernación en el que se dictan providencias para combatir la epidemia de tifo. 26 de marzo de 1902, vol. 34, p. 51.

atender al diálogo que sostuvieron tanto en su recepción como con las propuestas alternativas que surgieron casi a la par de ellas.

CAPITULO V

De miedos y paranoias.

El cuadro epidémico que se vivía en la región del Alto Caribe generó diversas reacciones que fueron desde las manifestaciones de carácter oficial hasta las de un cariz netamente social. Las diferentes tuvieron que ver con el comportamiento social, económico y político que se definió en la región.³⁰²

La historiografía relacionada con los desastres sostiene debates en relación a los efectos que éstos causan en la esfera de lo social. Hay quienes apuntan que estos fenómenos no cambian los comportamientos sociales, pero otros tienden a pensar que los desastres son detonadores de los cambios sociales. Para el caso que ocupa esta tesis, el cuadro epidémico regional en el Alto Caribe generó elementos de rompimiento del orden que se manifestaron en resistencia al proyecto sanitario propuesto por el Estado.³⁰³ Las manifestaciones de resistencia fueron desde protestas, temores, miedos, paranoias, etc. que en ocasiones resultaban ser manifestaciones veladas u ocultas hasta protestas

³⁰²Una discusión ampliamente documentada se encuentra en García Acosta, 1992, pp. 19 a 26. William H. McNeill en su libro Plagas y pueblos sostiene como las enfermedades generaron cambios en los comportamientos, es decir, cómo estos fenómenos -que se hacen residentes en ciertas zonas- delimitan formas de comportamiento social. McNeill, 1984, p. 3.

abiertas y públicas. Como respuesta se tomaron diferentes medidas, providencias, órdenes, bandos, reglamentos, decretos, resoluciones y prevenciones.

El objetivo de este capítulo es justamente observar las acciones-reacciones ante el complejo panorama epidémico, pero también frente al proyecto sanitario. Es decir, analizar el cumplimiento de la normatividad sanitaria y la tensión que ésta guardó con el comportamiento social.

En el puerto de Veracruz, durante la epidemia de cólera de 1882, el temor de que llegara a las costas del golfo de México y de allí se esparciera llevó a impedir el paso o arribo de embarcaciones que procedieran de Tabasco. El delegado sanitario en Veracruz comunicaba al secretario de Gobernación que

El alcalde municipal de Veracruz me dice por esta vía: Facultad Médica y Junta de Sanidad reunidas hoy, han acordado que mientras se ratifica noticia referente al cólera, no se dé entrada a ningún buque procedente de Frontera, Tabasco. Esta medida me ha acordado comunicarla a los demás puertos del Golfo y darle la mayor publicidad. Se acordó igualmente exigir al vecindario el mayor aseo, haciéndose visitas domiciliarias por la comisión, no obstante que el estado sanitario de ella, es enteramente perfecto por ahora.³⁰⁴

Paralelo a estas medidas se adoptó la aplicación de la cuarentena a los barcos procedentes de Tabasco.

³⁰³Scott, 1990, pp. 1-16 y 136-182. Falcón, 1998, pp. 385-386.

³⁰⁴La Voz de México, 18 de octubre de 1882.

El cuadro que se difundió en torno a la epidemia que se desarrollaba en México provocó la movilización de las acciones preventivas en la región del Alto Caribe. Las autoridades sanitarias cubanas difundieron medidas propuestas por la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana como concientizar al público del uso y consumo del agua; igualmente se puntualizó en el cumplimiento de las cuarentonas y las patentes de desinfección.³⁰⁵

Los Estados Unidos hicieron lo propio en sus puertos y alertaron a las autoridades sobre el problema. El cónsul mexicano en Nueva York comunicaba las noticias que allá se estaban difundiendo en torno a la epidemia en México y la manera en que se dictaban las medidas que evitaran la penetración de ésta en el territorio norteamericano.³⁰⁶

El problema del cólera siguió presente por varios años y en 1892 volvió a los escenarios del Caribe, y con él el temor de que extendiera. En México, el Doctor Eduardo Liceaga presentó al Consejo Superior de Salubridad una iniciativa que señalaba:

Los últimos cablegramas anuncian que el cólera ha invadido una gran parte de la Rusia y que se han presentado algunos casos en París y sus alrededores. Aun cuando los últimos pudieran ser de cólera esporádico, no lo son los ocurridos en el Imperio moscovita y una vez que la epidemia se extendiera por Europa, podría traerla

³⁰⁵AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 3, exp. 3.

³⁰⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 3, exp. 2.

a la República los buques procedentes de aquel continente.³⁰⁷

La propuesta de Liceaga consistía en aplicar el sistema de cuarentenas y vigilar la patente de sanidad de los barcos procedentes del viejo continente.

En los Estados Unidos, los encargados de la salud debían tomar medidas "enérgicas contra el cólera", y se acordó una proclamación en la cual se ordenaba una cuarentena de veinte días a todo buque procedente de los puertos infestados.³⁰⁸ Nueva York aplicó de manera estricta la cuarentena a varios vapores, entre éstos los procedentes de Hamburgo y Havre.

Cuba también empleó el sistema de cuarentenas y el 4 de septiembre dio a conocer que "Se han puesto en vigor rigurosas cuarentenas contra todos los buques procedentes de puertos con cólera".³⁰⁹ La preocupación de las autoridades cubanas era evitar los terribles estragos que el cólera había causado en reiteradas ocasiones. Su erradicación había resultado difícil y el costo había sido muy alto. Por ello, en esta ocasión, trataron de ser firmes y sin concesión en su sistema de prevención.

México también actuaba en este sentido y las autoridades del puerto de Veracruz aseguraban que:

³⁰⁷El Universal, 22 de julio de 1892.

³⁰⁸El Universal, 3 de septiembre de 1892.

³⁰⁹El Universal, 6 de septiembre de 1892.

(...)debido a las noticias alarmantes llegadas de Europa con respecto a la reaparición del cólera, la H. Corporación Municipal se ha reunido exclusivamente para iniciar cuantas medidas higiénicas estén a su alcance, a fin de prevenir que el aterrador viajero del Ganges venga a sembrar el exterminio en la ciudad.³¹⁰

Se nombraron comisiones de vigilancia en todas las manzanas y se autorizó éstas a disponer de policías, para que se cumplieran de las medidas higiénicas de aseo y limpieza en sitios públicos y privados.

El gobierno de Díaz ordenó al cónsul mexicano en Nueva York informar al Consejo Superior de Salubridad el desarrollo de la epidemia en aquel puerto, así como el confirmar cualquier información que pudiera surgir a fin de tomar las medidas adecuadas y no adoptar posturas contraproducentes.³¹¹ La política de México fue mesurada en la medida que la información que llegaba de Nueva York era contradictoria y eventualmente un comunicado era desmentido o confirmado más de una ocasión, lo cual dificultaba establecer las medidas a seguir.

El sentido alarmista que se le dio a las noticias sobre la epidemia tanto en Europa como en América del Norte había ocasionado un estado de temor en México y habían provocado que se dieran avisos de incidentes donde no los había. El Partido Liberal señalaba en uno de sus editoriales:

³¹⁰El Monitor Republicano, 4 de septiembre de 1892.

El cólera y las estupideces.- Hay personas que tienen interés decidido en provocar alarma entre el público, desde ayer ha corrido el rumor de que el cólera se encontraba en Veracruz. Esta es una noticia totalmente desprovista de sentido común. Existen personas que creen posible que la terrible epidemia aparezca un día en Rusia, y a los cinco minutos desembarque en alguno de nuestros puertos, clasificada como una mercancía de importación extranjera...³¹²

Sin duda, el editorial de El Partido Liberal se refería al periódico El Universal que había dado amplia cobertura al asunto y advertía de una posible difusión en las costas mexicanas. Evidentemente, la pugna entre la prensa mostraba reacciones de enojo y ponía de manifiesto la opinión pública en torno a la manera en se intentaba difundir la información.³¹³

En México llegaron reportes de medidas tomadas en Europa como el uso de las cuarentenas y el aislamiento de enfermos en lazaretos en Francia. Las compañías trasatlánticas que radicaban en Liverpool ordenaron a sus agentes en el continente europeo que no dieran billetes de pasaje a los emigrantes cuya procedencia fuera de sitios con cólera. Se ordenó a los hoteles y casas de huéspedes extremar precauciones en cuanto a la limpieza entre sus moradores. En Hamburgo se prohibió el uso de agua sin que previamente fuera hervida.³¹⁴

³¹¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 5, exp. 2.

³¹²El Partido Liberal, 2 de septiembre de 1892.

³¹³García Acosta, 1992, p. 23. Chartier, 1992, pp. 50 y ss.

³¹⁴El Monitor Republicano, 6 de septiembre de 1892.

El puerto de Veracruz se preparó para la posible invasión de cólera, y el ayuntamiento local dictó varias medidas preventivas bajo el argumento que:

Habiendo tenido noticias tanto oficiales como extraoficiales, de la aparición y rápida extensión del cólera asiático en varios puertos europeos que están en relación directa con el nuestro, el regidor de salubridad que suscribe, tiene la honra de someter a la ilustrada deliberación del cabildo (...) proposiciones de higiene profilácticas.³¹⁵

Las medidas consistían principalmente en exhortar a la población a limpiar sus casas y calles; también se solicitaba voluntarios para formar el Cuerpo de Comisarios de Salubridad quienes, bajo la dirección del regidor de salubridad, se encargarían de hacer cumplir las medidas higiénicas correspondientes, como era la visita a casas habitación promoviendo un mayor aseo, vigilar el estado de las cañerías de agua potable a fin de evitar la mezcla de ésta con las de desecho, prevenir la acumulación de basura, recomendando el barrido de casas, patios, corredores y azoteas; advertir a los inquilinos sobre el peligro del agua de algibes o de pozos, recomendando beber siempre agua del río Jamapa filtrada; aconsejar el uso de desinfectantes de letrinas y caños, en especial el sulfato de cobre al 50 % o la de cloruro de zinc al 20 % y el aseo personal.³¹⁶

³¹⁵El Monitor Republicano, 6 de septiembre de 1892.

³¹⁶El Monitor Republicano, 6 de septiembre de 1892. El Universal, 14 de septiembre de 1892.

El periódico El Universal señala en uno de sus editoriales que:

La gran preocupación en los Estados Unidos, y naturalmente también en México, es la epidemia colérica que ha estallado en Europa. La aparición del cólera en los tres grandes puertos del Havre, Amberes y de Hamburgo, que están en comunicación constante con Nueva York y con los puertos mexicanos, ha hecho nacer en ambos países el temor a la próxima aparición de la epidemia en América. Allí y acá han tomado las autoridades sanitarias, inmediatamente, todas las precauciones necesarias para evitar la introducción de tan temible azote.³¹⁷

En Nueva York, también estuvieron pendientes de este tipo de noticias y las precauciones fueron más estrictas, se mandó a los agentes sanitarios no permitir el arribo de los barcos si antes no se confirmara la limpieza de su patente. Los vapores de la línea White Star fueron de los más vigilados y no se permitía el desembarco de sus pasajeros hasta que no fueran escrupulosamente examinados.³¹⁸

La publicidad señalaba que "sería un milagro de la higiene si se pudiera excluir completamente la enfermedad". La intención fue concientizar a la población para cuidar mejor la higiene y evitar que se pudiera convertir en epidemia. Es decir, el discurso médico-político buscaba crear una recepción, pero éste provocaba diferentes reacciones y

³¹⁷El Universal, 7 de septiembre de 1892.

³¹⁸Es de mencionarse que este tipo de medidas en ocasiones generaba otros conflictos, pues los reclamos por el exceso de vigilancia estuvieron a la orden del día, tanto para los Estados Unidos como México. El Monitor Republicano, 6 de septiembre de 1892.

frecuentemente era ignorado por grandes sectores de la población que no tenían acceso a la palabra escrita.

A la par, las autoridades sanitarias intentaron erradicar la indolencia y la negligencia con respecto a las medidas adoptadas y ponían como mal ejemplo a Rusia, en donde se habían recibido emigrantes de lugares sospechosos sin ningún control. Ahora pagaba con un alto número de enfermos de cólera. Las autoridades alertaban sobre los inmigrantes llegados a los Estados Unidos procedentes de puertos infestados, quienes debían ser rigurosamente examinados. También advertían que de no evitar la entrada de inmigrantes enfermos, significaría un duro golpe a la economía norteamericana pues si se declararía al puerto de Nueva York infectado de cólera las actividades económicas disminuirían considerablemente.³¹⁹ El imaginario generado por "las inmigraciones indeseadas" era de rechazo y animadversión.³²⁰

Las noticias procedentes de Nueva York activó un cordón sanitario y situación de alerta en las aguas del Alto Caribe; los barcos y vapores procedentes de aquel punto o que se dirigían hacia él eran advertidos sobre la situación y se hacía notar el peligro que significaba para las actividades mercantiles tanto el puerto de Veracruz, como en la Habana y Nueva Orleáns.

³¹⁹El Universal, 7 de septiembre de 1892.

³²⁰El caso de Cuba es uno de los mejores documentados en este aspecto por parte de Consuelo Naranjo y Armando García González. Naranjo y García González, 1996.

Los médicos desarrollaron campañas preventivas acerca del cólera y la manera de evitarlo, pero sobre todo las dirigieron a la manera de advertir su presencia. Tanto en México como en Estados Unidos y Cuba circularon folletos informativos sobre esta enfermedad; señalando que era de origen intestinal de difícil manejo, por lo que era necesario que se reportaran los sospechosos para ser atendidos por médicos, pues sólo ellos tenían los conocimientos para administrar medicamentos y tratamientos adecuados. Se dieron a conocer algunos procedimientos básicos para su erradicación:

En tiempo de cólera las funciones digestivas de la población se afectan más o menos, de manera que aún la cantidad ordinaria de alimentos puede ocasionar enfermedades del estómago. En los casos en que éste se sienta cargado y haya náuseas, todo procedente de la ingestión de alimentos indigestos y grasos, deberá tomarse un vomitivo, de ipecacuana por ejemplo, y beberse té caliente. El aceite de recino, en la dosis de dos gramos cada hora, hasta que se produzca el efecto deseado, es muy recomendado en los casos de diarrea, borgorismos, etc. (...) en algunos individuos [produce] un estado de policólico, acompañado de sequedad y mal sabor en la boca, mucha sensibilidad en el hígado, náuseas y dolor en la frente. Para estos casos recomienda el doctor potio-riveri, limonadas, agua de sosa, la decocción de tamarindo, el ácido muriático y compresas calientes o sinapismos...³²¹

La situación de alerta que prevalecía en el Alto Caribe generó una ola de información en torno al recorrido y

³²¹El Partido Liberal, 19 de agosto y 1 de septiembre de 1892.

desarrollo que la enfermedad tanto en Europa como en Nueva York. La información circulaba entre los barcos y pasajeros retenidos en puertos y lazaretos y el número de casos registrados en los puertos. Hamburgo fue el que quizá acaparó más la atención por la virulencia que la enfermedad allí adquirió.³²²

La atención dio un giro hacia el sur de los Estados Unidos cuando comenzaron a circular las noticias de que existían sospechas de cólera en los estados del sur como Texas y Lousiana. En Austin, se ordenó a las autoridades de sanidad observar e instalar inspecciones de cuarentena en todos los puntos del estado por donde entraran ferrocarriles procedentes de puntos sospechosos.³²³

En la Habana las noticias sobre el desarrollo del cólera causó expectación y alarma al enterarse de la eventual expansión de la enfermedad en otros estados de la unión americana. Desde que se declaró oficialmente la existencia de la enfermedad en Nueva York, se insistió a las autoridades cubanas cortar la comunicación con este punto. A El Monitor Republicano llegó la siguiente información

Los avisos de haberse declarado oficialmente la existencia de varios casos de cólera en la ciudad de Nueva York, produjeron en la Habana bastante sensación, al pensarse lo difícil que es escapar de ese azote en ese puerto, comunicado casi diariamente con el norte.

³²²El Universal, 13, 14, 21, 22 y 30 de septiembre, 1 de octubre de 1892.
El Monitor Republicano, 18, 20, 22 y 30 de septiembre de 1892.

³²³El Universal, 20 de septiembre de 1892.

Los periódicos excitan grandemente al gobierno para que sin contemplaciones injustificadas se corte toda comunicación con Nueva York, hasta que pase el peligro.³²⁴

En Progreso, Yucatán, circulaba el mismo temor y comerciantes del lugar solicitaban a las autoridades no dejar desembarcar a pasajeros sospechosos, pues esas tierras eran propicias para la rápida difusión de la misma.³²⁵ Cabe recordar que el henequén se encontraba en uno de sus momentos de auge y la sola posibilidad del cólera ponía nerviosos a los productores.

Porfirio Díaz también se encargó de declarar en torno al peligro y para tranquilizar a los comerciantes y empresarios establecidos en las costas del Golfo de México señalaba:

Desde que se tuvo noticias de que el cólera había invadido una parte de Rusia, se dictaron por la Secretaría de Gobernación providencias adecuadas para librar de ese terrible azote a la República, teniendo en cuenta la naturaleza de nuestras comunicaciones con el extranjero por la costa oriental. La reciente conferencia sanitaria de Venecia, a la que 14 grandes naciones delegaron peritos especiales, sirvió de base al Consejo de Salubridad para ese estudio que terminó sometiendo al Ejecutivo un proyecto de medidas precautorias. Estas fueron publicadas y circuladas a nuestros puertos en ambos mares, en virtud de las noticias recibidas de nuestros agentes diplomáticos y consulares en París, Bruselas y Hamburgo.³²⁶

³²⁴El Monitor Republicano, 28 de septiembre de 1892.

³²⁵El Partido Liberal, 13 de septiembre de 1892.

³²⁶El Universal, 18 de septiembre de 1892.

La alarma cundió cuando Portugal declaró que restringiría su contacto marítimo con los puertos de los Estados Unidos por encontrarse infectados de cólera. El perjuicio de esta declaración se extendía a Cuba y México, pues era de sobra conocido el contacto entre éstos, lo cual causaba expectación entre las compañías navieras que circulaban por los puertos de dichos países. El gobierno norteamericano ordenó a su cuerpo consular en Lisboa elevar una protesta por esta situación y envió a Portugal los reportes médicos sobre la situación en sus puertos, concretamente Nueva York y Nueva Orleans.³²⁷ En realidad, lo que inquietaba a los Estados Unidos era que esta declaración encontrara eco en otros puntos como Madrid o Londres.

El gobierno mexicano, por su parte, comunicó a sus cónsules que estuvieran en alerta sobre la imagen que de las costas mexicanas se diera en el extranjero, pues era evidente el daño que una declaración como la que se hacía en Lisboa ocasionaría en la economía mexicana. El gobierno de Díaz intensificó sus campañas de limpieza y prevención en sus costas y ordenó al Consejo Superior de Salubridad trabajar con mayor intensidad.³²⁸

Si bien el cólera no cobró tantas víctimas como durante las epidemias de 1833 y 1850, la sola sospecha de que pudiera

³²⁷AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 6, exp. 2.

³²⁸AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja 5, exp. 2.

invadir y transformarse en lo que anteriormente fue, imprimió gran movimiento y expectación en torno a su ataque y desarrollo, así como en las consecuencias y los costos en términos económicos que ésta podría ocasionar.

No sólo el cólera causaba reacciones. El cuadro epidémico regional contaba también con el paludismo, el cual provocaba bajas significativas de población. Esta situación llevó a que, se articulara políticas sanitarias para su prevención y erradicación.³²⁹

Los brotes más significativos de tifo se registraron en la Ciudad de México. En diciembre de 1876, al Consejo Superior de Salubridad llegaron informes advirtiendo de los problemas que se podrían avecindar por esta situación:

(...) por los datos estadísticos de defunciones ocurridas últimamente en esta capital, no puede decirse que existe una epidemia de tifo, sin embargo se nota un aumento considerable de esta enfermedad de dos años a esta parte; y qué espera el Consejo a la Comisión Municipal para dictar la medidas higiénicas y contestar a las preguntas de que se trata.³³⁰

El temor residía en el hecho que estos brotes podían extenderse no sólo en el territorio nacional, sino hacia el extranjero.

³²⁹AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, serie: consejo de salubridad-código sanitario, caja: 258, núm: 36, letra: L. Informe presentado a la Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington, 1905.

³³⁰AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 2, exp. 6.

Algo similar sucedía con el tifo que en la década de los ochenta provocó que fuera recurrente las prácticas preventivas como el aislamiento de enfermos y la fumigación de ropas y cuartos destinados para enfermos. También se difundieron medidas higiénicas en los cuarteles, colegios, hospitales y en todos los sitios donde hubiera aglomeraciones. Se giraron instrucciones a los hospitales para que destinaran salas especiales para los enfermos.³³¹

La Voz de México fue de los más severos en su crítica al referirse a la situación del tifo y señalaba "Sigue esta horrible enfermedad causando muchas víctimas en esta ciudad [Pachuca]. Ni las autoridades municipales, ni la inútil junta de salubridad dan señales de vida ni toman precauciones para prevenir el mal".³³² Críticas como éstas siguieron por algunos años más y en ocasiones subieron de tono, generando protestas ante las autoridades sanitarias.

El Consejo Superior de Salubridad giró instrucciones al delegado sanitario en el puerto jarocho para que difundiera medidas preventivas para evitar un contagio mayor, las cuales consistieron en el aislamiento, desinfección de ropa de cama y vestidos de pacientes.³³³

³³¹El Monitor Republicano, 3 y 21 de marzo de 1882.

³³²La Voz de México, 30 de septiembre de 1882. El Diario del Hogar, reportaba que en Mérida el número de casos registrados no eran suficientes para declarar a la enfermedad como de carácter epidémico. 5 de julio de 1882.

³³³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 7, exp. 2. El Universal el 20 de junio de 1894 informó que ese año se habían registrado 97 casos en el estado de Veracruz, y destaca

Otro componente del cuadro de enfermedades fue la viruela. En 1882 en Nueva Orleans se dictaron medidas de emergencia para controlar la epidemia. Se dispuso, entre otras cosas, que los propietarios de establecimientos destinados al alojamiento de viajeros reportaran de inmediato cualquier caso o sospecha de ello a las autoridades sanitarias.³³⁴ Esta y otras medidas como el control de pasajeros que llegaban a los puertos fueron impulsadas..³³⁵

En México la información que se recibía sobre el desarrollo de la viruela causaba temor de contagio, pero sobre todo que se extendiera. Las noticias de que el norte del país se encontraba seriamente amenazado ponían al Consejo Superior de Salubridad en guardia.

La Secretaría de Relaciones Exteriores comunicaba que la viruela avanzaba por varios puntos de los Estados Unidos como Nueva York y Nueva Orleans y en general en la costas del Este.³³⁶

Los diarios capitalinos podían señalar "Se desarrolla notablemente en una y otra banda del Río Bravo. En El Paso del Norte no hay Junta de Sanidad y ninguna medida se ha

que otros como Campeche y Yucatán ninguno, mientras que en Tamaulipas uno.

³³⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp.4. Informe del cónsul mexicano en Nueva Orleans dirigido a la Secretaría de Gobernación de México.

³³⁵En el caso de México, los inmigrantes italianos fueron de los más culpados de esta enfermedad.

³³⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 3 exp. 1.

tomado a fin de que la epidemia no se extienda".³³⁹ Las autoridades respondían a estas demandas con comunicados en donde exhortaban a la población a extremar precauciones, pero sobre todo pedían a los médicos locales a reportar los casos detectados de viruela y a promover el uso de la vacuna y medicamentos adecuados.

El gobierno mexicano dispuso que su cuerpo consular en la Habana y en Nueva Orleans estuviera alerta al desarrollo y avance de la epidemia. La atención se centró principalmente en Nueva Orleans, debido a que en este último la epidemia fue más severa que en otros lugares. Por eso, el cónsul mexicano en esta plaza mantuvo una estrecha vigilancia. En 1882 el secretario de Gobernación reportaba a Profirio Díaz:

Habiendo llegado a conocimiento de esta Secretaría por conducto de la Relaciones y con referencia a noticias comunicadas por los Cónsules de la República en la Habana y Nueva Orleans, que en los Estados Unidos de norte ha aparecido la viruela negra importada por los emigrantes extranjeros, y que tan peligrosa enfermedad se ha desarrollado en aquella nación con carácter epidémico, según lo acredita la declaración de la Junta Nacional de Sanidad de Washington, el C. Presidente tuvo a bien acordar que se pasara tan delicado asunto al estudio del Consejo Superior de Salubridad, a fin de que propusiera las medidas que a su juicio deberían dictarse, para evitar que tan grave mal se comunique a la República.³⁴⁰

³³⁹El Diario del Hogar, 9 de abril de 1882.

³⁴⁰AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp: 4. Circular de la Secretaría de Gobernación, 1881-82.

El gobierno mexicano estableció que los gobernadores de los estados costeros en el Pacífico y el Golfo de México, así como los fronterizos -sobre todo los del norte- dieran seguimiento a las normas establecidas para el control de entrada de inmigrantes a territorio nacional.³⁴¹ Evidentemente, el peligro de que el contagio se generalizara en toda la República era muy grande. La circular que se dirigió a los gobernadores señalaba:

El ejecutivo tomará todas las precauciones que alejaban el peligro de contagio que pudiera traer el desembarco en nuestros puertos de personas procedentes del extranjero, y está dispuesto a auxiliar la acción eficaz de los CC. Gobernadores.³⁴²

La comisión de epidemiología del Consejo Superior de Salubridad comunicó a la Secretaría de Gobernación que ante el problema de viruela y otras enfermedades en los Estados Unidos era necesario:

I) Que se comunicara a los estados la declaración de la Junta Nacional de Salud de los Estados Unidos y extender la vacunación.

II) Que los cónsules en los Estados Unidos rindieran informes sobre el desarrollo del problema en sus lugares.

³⁴¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp: 4. Circular de la Secretaría de Gobernación, 1881-82.

³⁴²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp: 4. Circular de la Secretaría de Gobernación, 1881-82.

III) Los gobernadores dieran informes a la Secretaría de Gobernación de manera inmediata la existencia de algún caso.

IV) A la llegada de cualquier buque procedente de los Estados Unidos a alguno de nuestros puertos, debería averiguarse si traía abordo enfermos de viruela. De ser así se procedería al aislamiento y se declararía en cuarentena.

V) Se debería proceder a la desinfección de buques si durante la travesía sucumbía algún enfermo.³⁴¹

El gobierno de los Estados Unidos efectivamente tomó medidas, y desde Washington se dispuso que los puertos y puntos generalmente considerados como la entrada de enfermedades extremaran precauciones. La epidemia de viruela llegó a tal gravedad que fue llevado a la Junta Nacional de Sanidad en Washington en donde se discutió desde el origen de la epidemia hasta la manera de erradicarla y desterrarla. Como medida emergente se propuso que en los vapores que navegaran por aguas caribeñas se contara con un médico abordo que certificara que los pasajeros estuvieran completamente sanas y en caso de encontrar algún enfermo o sospechosos de estarlo, inmediatamente aislarlo para prevenir su contagio. Una vez en tierra serían remitidos a hospitales y su equipaje sería desinfectado.³⁴²

³⁴¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 3, exp. 1.

³⁴²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 2, exp. 4. Circular de la Secretaría de Gobernación, 1881-82. Informe rendido desde Nueva York por el cónsul mexicano a la Secretaría de Gobernación.

En 1887, hubo noticias de un brote en la Habana, lo cual alarmó tanto a las costas mexicanas como a las norteamericanas y los navíos que tuvieron ese puerto como origen o punto de contacto se les aplicó el sistema de cuarentenas. Lo mismo sucedió en 1894, pero ahora con respecto a los vapores norteamericanos, en los cuales se descubrieron varios casos de esta enfermedad. Dos años después, Cuba volvió a reportar varios casos de viruela, incluso el delegado sanitario en Veracruz reportó al Consejo Superior de Salubridad mediante telegrama que según "noticias [de] la Isla de Cuba, y en particular en la Habana, se están desarrollando en grado extraordinario las viruelas, y las patentes de los buques procedentes del citado puerto vienen limpias".³⁴³ Ante esta situación las autoridades mexicanas ordenaron aplicar cuarentenas a todos los buques que vinieran de ese puerto. La epidemia como tal no tuvo mayores repercusiones hacia México, pero sí alertó nuevamente del peligro que la misma significaba para las aguas del Alto Caribe.

La peste bubónica causó otra movilización tanto política como social. El miedo a las ratas, pulgas y piojos, principales transmisores de la enfermedad, ponía en estado de alerta a los gobiernos regionales y a la sociedad en general. La epidemia, a principios del siglo XX, llevó al gobierno

³⁴³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de

mexicano a extremar precauciones y girar instrucciones nuevamente a los agentes aduanales y sanitarios para que cumplieran al pie de la letra las reglas de sanidad en fronteras y puertos. El administrador de Nogales, Arizona, informaba de sus actividades en este sentido:

Procedentes de San Francisco, California, llegaron en tren anoche a Nogales, Arizona, diecinueve chinos con sus equipajes, para Guaymas y Hermosillo.- Los he detenido 24 horas a fin de hacerlos examinar por un médico de la localidad y pedir a Usted instrucciones. Todos los chinos están provistos de un certificado de Sanidad expedido por el agente federal de San Francisco, los equipajes fueron también desinfectados en dicho puerto.³⁴⁴

El doctor Eduardo Liceaga resolvió que era necesario vigilar muy de cerca el movimiento portuario del país, sobre todo en el Golfo de México que tradicionalmente era el punto de entrada de las epidemias. Liceaga giró la voz de alerta a los delegados portuarios; de manera especial lo hizo con el gobierno de Yucatán, debido a que se reportaron algunos casos en Cozumel que podrían invadir el puerto de Progreso. El gobierno norteamericano solicitó a Díaz que informara sobre esta situación en la península de Yucatán a fin de articular

sesión, caja, 10, exp. 2.

³⁴⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 1. Correspondencia general.

medidas que evitaran que se contagiaran tanto el resto de los puertos como el de Nueva Orleans.³⁴⁵

Debido a la gravedad las epidemias, el gobierno británico también intervino en este problema y requirió informes al gobierno porfirista sobre el desarrollo epidémico en el litoral caribeño.³⁴⁶ La intranquilidad de los ingleses se debía a sus intereses económicos y a diplomáticos establecidos en Belice, Honduras y otras parte de Centro y Sudamérica. La preocupación de los británicos llegó a tal grado que decidieron enviar a un inspector a fin de que investigara la situación. Los informes que rindieron tanto el enviado inglés como Liceaga indicaban que no se corría peligro pandémico y que esperaban controlar la enfermedad. El gobierno de Inglaterra solicitó insistentemente al general Díaz que extremara la vigilancia. Por esta razón el gobierno mexicano determinó que:

(...) para evitar la posibilidad de que llegara la plaga por buques venidos de las repúblicas del sur, se ha cerrado al comercio la Isla Mujeres, para las procedencias del Brasil, y se acaba de pedir al gobierno de la república que cierre también la sección aduanal

³⁴⁵AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 1. Correspondencia con S. Wyman, cirujano general de los Estados Unidos, con Eduardo Liceaga.

³⁴⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 1. Correspondencia de Henry Nevill Bering, enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de su Majestad Británica y Eduardo Liceaga.

que existe en la isla de Cozumel, para esas mismas procedencia y para las de la República de Argentina.³⁴⁹

Este tipo de medidas afectaba directamente los intereses económicos de la región, pues los barcos que normalmente venían a comercializar con estas plazas tenían que desviarse hacia otros puertos. Algunos mexicanos con intereses en la región se inconformaron ante este tipo de medidas. Tal era el caso del abogado y gestor de firmas con inversiones en bancos, ferrocarriles y compañías navieras Joaquín Casasús quien aseguraba que el problema no se resolvería con cerrar los puertos, sino que se tenía que impulsar otro tipo de estrategias como la cooperación en la limpieza de ciudades. El mismo Casasús a los puertos mexicanos como sucios, las aguas contaminadas y los drenajes en mal estado. Se aunaba a esto los malos hábitos de la población que no aceptaba los métodos de prevención propuestos y los avances de la medicina y continuaban con sus prácticas curativas que en la mayoría de los casos agravaban la situación más que mejorarla.³⁵⁰

Las medidas que se giraron a los agentes sanitarios destacados en los puntos de alto riesgo -tanto por el gobierno mexicano como el norteamericano- fueron nuevamente

³⁴⁹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp: 1. Correspondencia de Henry Nevill Bering, enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de su Majestad Británica y Eduardo Liceaga.

³⁵⁰La discusión entre Casasús y Liceaga por la política impulsada en la región reviste singular importancia si se toma en cuenta de que quien se oponía y discutía con el Liceaga no era un simple inversionista, sino una persona con poder y autoridad. Joaquín Casasús fue uno de los ideólogos con mayor prestigio en México. AHSS, fondo: salubridad pública, sección:

de carácter preventivo a fin de evitar un contagio mayor. Se estableció que si llegara un pasajero infectado de peste o si se sospechara que lo padeciera debería ser aislado de la manera más rigurosa, cuidando durante el tratamiento de destruir sus ropas. El agente sanitario informaría rápidamente al organismo gubernamental correspondiente sobre el caso y el avance del mismo. Asimismo, se le haría llegar de la forma más expedita una vacuna, tanto para el enfermo como para las personas que lo asistían.

En caso de muerte, el cuerpo sería envuelto en una sábana mojada con de bicloruro de mercurio, se le colocaría en un ataúd y se inhumaría en un sitio especial del cementerio, cuidando de que la caja quedara entre dos capas de cal viva. Si el enfermo sanaba, continuaría el aislamiento, hasta que terminara su convalecencia y que hubiera tomado un baño antiséptico; las personas que se hubieran ocupado para asistirlo permanecerían en rigurosa cuarentena, hasta diez días después de terminada la convalecencia, teniendo que tomar también un baño antiséptico y desinfectar sus ropas o quemarlas.

El cuarto del enfermo se quemaría si fuera de madera y si no se desinfectaría con bicloruro de mercurio y se

mantendría desocupado y bien ventilado durante un período de 15 días cuando menos.³⁴⁹

Este tipo de medidas generaba descontento entre la población, pues no sólo era el aislamiento de enfermos, que de por sí era un hecho que hacía a la gente no los, sino que las medidas sanitarias invadían el espacio doméstico o privado, al tratar de establecer reglas de convivencia con enfermos que en ocasiones se contraponían a costumbres, tradiciones y valores; afentando la economía familiar sobre todo a al quemar su casa.³⁵⁰

La fiebre amarilla, por su parte, también contribuía a las reacciones sociales. Generalmente la gente con escasos recursos permanecía en los puertos a pesar de la presencia de la enfermedad, pero los que mantenían una mejor condición económica emigraba hacia lugares que ofrecían mayor seguridad. Entre los jarochos, muchas familias pasaban el verano en sus haciendas o casas ubicadas en la región de Xalapa u Orizaba. En Nueva Orleans los comerciantes y empresarios al llegar el mes de abril se embarcaban en el Mississippi, iniciando su migración hacia tierra adentro y se establecían en ciudades como Memphis, Tennessee; San Luis, Missouri; o Chicago, Illinois o algún condado que les

³⁴⁹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 1. Expediente de circulares.

³⁵⁰Scott, 1990, pp. 1-16.

ofreciera un clima benigno y protegido de los terribles mosquitos.³⁵³

Las reacciones ante la epidemias fueron variadas tanto en el sector social como gubernativo. Por ejemplo en 1878, se originó una de las epidemias más severas que se registraron en el puerto de Nueva Orleáns y en el sureste de los Estados Unidos. La fiebre amarilla de ese año fue una de las epidemias realmente significativas que se hayan asentado en el sur de la unión americana, pues los casos se multiplicaron con suma facilidad tal cual lo reportada el Doctor J. M. Woodworth:

(...) It now becomes my duty to report the existence of yellow fever in New Orleans. About the 12 th., cases began to occur in the practice of several of our physicians near the intersection of Constance and Terpsichore Streets, which presented suspicious symptoms, and we now reckon fourteen cases at that focus of infection, with six deaths. In addition to those, seven other cases have come to light at different points, and much more scattered, four of which have already resulted fatally.³⁵⁴

Si bien se dictaron varias medidas para controlar la proliferación de los casos de fiebre amarilla, tales como la fumigación y las cuarentenas, éstas no lograron controlarla y se extendió rápidamente y rebasó los límites de Nueva Orleáns.

³⁵³Citado en Novo, 1964, p. 128. LC, Tulane University, "Observations on the Epidemic of Yellow Fever in Natchez and of the South West" by John W. Monette, M.D. 1842.

Durante los años de 1878 a 1882, la rápida difusión de la fiebre amarilla puso nuevamente en alerta al cuerpo diplomático mexicano destacado en Nueva Orleáns y en la Habana. La Secretaría de Relaciones Exteriores comunicó al cónsul mexicano en Nueva Orleáns que los informes y noticias llegadas a México acerca del desarrollo, y difusión de la fiebre en aquel puerto resultaban suficientemente alarmantes para estar en alerta y extremar la vigilancia con los buques, vapores o barcos que tuvieran como destino las costas mexicanas.³⁵³

El gobierno norteamericano envió a médicos para ocuparse del desarrollo de la epidemia en los estados del sur. Los mayores esfuerzos se concentraron en Texas, en donde la epidemia había cobrado más fuerza, sobre todo en Brownsville. En Nueva Orleáns los médicos también estuvieron activos y establecieron un cordón sanitario que ayudaría a la prevención y detección de enfermos de fiebre.³⁵⁴ La preocupación de las autoridades sanitarias se centró en los barcos procedentes de las costas mexicanas, aunque a la ciudad también llegaron informes del posible desarrollo de la misma en La Florida.

³⁵²LC, Agustín George, "History of Yellow Fever New Orleans", 1909, Tulane University.

³⁵³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, Caja: 3, exp. 1.

³⁵⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 3, exp. 2. La Voz de México, 2 de septiembre de 1882.

Las autoridades mexicanas comunicaban a la opinión pública que no sólo las costas mexicanas (Veracruz, Campeche, Tabasco y Tampico) y norteamericanas (Nueva Orleáns) sufrían los estragos de la fiebre amarilla, sino algunos puntos del sur del continente y alertaban a las costas del Pacífico a extremar precauciones, sobre todo de los barcos procedentes del Perú, donde se habían reportado varios casos de esta enfermedad.³⁵⁵

En el segundo lustro de la década de los ochenta, el delegado sanitario en Tampico informó al Consejo Superior de Salubridad del contagio en los barcos; en un telegrama decía " (...) las patentes de Veracruz traen la observación de que se dan algunos casos de fiebre amarilla" y consultaba si debía o no aplicar "el artículo 22 del código de procedencias de ese puerto". La comisión de asuntos federales comunicó al delegado sanitario la autorización para aplicar el código en todo su rigor y así evitar una mayor infección de dicha enfermedad.³⁵⁶

En la costa Este de los Estados Unidos la fiebre amarilla causaba los mismos trastornos a la navegación que en las mexicanas, al periódico El Universal llegaron notas como la siguiente:

³⁵⁵La Voz de México, 27 de agosto de 1882. Miguel Bustamante cita que antes de 1880 no se tenía tanta preocupación por la fiebre amarilla en las costas del Pacífico, pues su difusión no fue tan severa pero, a partir de este año, los contagios fueron frecuentes, sobre todo los procedentes de Panamá y el punto más afectado fue Mazatlán. Bustamante, 1959, p. 122.

Un despacho especial dirigido al "Times" de esta ciudad, Jacksonvilles (Florida), dice que a bordo de la goleta "Eva Douglas" había habido cuatro casos de fiebre amarilla. La "Eva Douglas" había llegado a Mullet procedente de la Habana y en camino para Fuente Tampa, con un cargamento de fosfatos. El buque ha sido fumigado y se le ha sujetado a una cuarentena de 6 días.³⁵⁷

Las noticias sobre el desarrollo epidémico de la fiebre amarilla tenía preocupados tanto a las autoridades como a los vecinos de los puertos y ciudades amenazadas. Por ejemplo, de Veracruz se reportaban solicitudes de informes acerca de si las ampliaciones o modificaciones de calles no causaban más peligro, pues era un hecho que al realizar estas obras se ocasionaban baches o fosas con aguas que beneficiaban el criadero de mosquitos transmisores de la enfermedad.³⁵⁸

Incluso en otras poblaciones de tierra adentro hubo reclamos de mayor seguridad. De Córdoba se informaba que en ocasiones las autoridades locales negaban la existencia de la enfermedad pero, ante el hecho inminente de su presencia y los casos reportados por médicos y el público en general, el jefe político había decidido tomar medidas preventivas, así como el establecimiento de un nuevo hospital para asistir solamente a atacados por fiebre amarilla.³⁵⁹

³⁵⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 5, exp. 2.

³⁵⁷El Universal, 13 de agosto de 1892.

³⁵⁸El Partido Liberal, 19 de agosto de 1892.

³⁵⁹El Universal, 18 de septiembre de 1892.

La preocupación se manifestaba de diversas maneras. La inestabilidad política y sanitaria que se vivía en Cuba preocupaba no sólo por las repercusiones internas, sino también por las externas. En México y los Estados Unidos los responsables de la sanidad advertían de los problemas que se avecindarian si se llegara a perder el control de enfermedades en la perla de la Antillas. En México, el delegado en Veracruz decía:

(...) no obstante las noticias cablegráficas publicadas por la prensa, anunciando una verdadera epidemia de fiebre amarilla y viruela en la Habana, el cónsul mexicano en dicho puerto ha estado expidiendo patentes limpias a los buques que de allí zarparon [sic] para Veracruz, dice que los vapores "Pio IX" y "Saratoga" llegaron con patentes expedidas por las autoridades de la Habana expresando que el estado sanitario de la población es satisfactorio...³⁶⁰

El mismo delegado señalaba que el vapor "Pio IX" se dirigía ahora a Nueva Orleáns con casos de fiebre amarilla y ni las autoridades sanitarias mexicanas ni las norteamericanas lo habían puesto en cuarentena.

El gobierno mexicano comunicó a las secretarías de Relaciones, Hacienda, Guerra, Comunicaciones y Obras Públicas que se declaraban oficialmente infectados de fiebre amarilla los puertos del Golfo de México.³⁶¹ Lo anterior fue trasmitido a los delegados sanitarios en los puertos (Progreso,

³⁶⁰AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 10, exp. 2.

Campeche, Frontera, Coatzacoalcos, Veracruz, Tuxpan y Tampico) para que instrumentaran medidas adecuadas de protección.

El cónsul mexicano en la Habana anunciaba que los Estados Unidos habían adoptado la política de no recibir pasajeros procedentes de puertos cubanos que denotaran síntomas de padecer la enfermedad. De igual manera, proponía al gobierno de Porfirio Díaz recurrir a la misma medida, pues el contacto con los puertos mexicanos era un peligro latente.³⁶²

Los norteamericanos estaban interesados en la erradicación de la fiebre amarilla de los puertos con los cuales mantenía contactos comerciales. La preocupación se centró en Cuba debido a su situación interna y la inminente independencia de España, pues aparecía como una posibilidad de contar con ésta para el mejor desarrollo de su comercio con México y los países de Caribe.

El gobierno de los Estados Unidos nombró comisiones para estudiar las causas de la enfermedad, para que de allí se hicieran propuestas de solución. La primera comisión salió el 4 de octubre d 1897 y la segunda estuvo bajo la dirección del médico Walter Reed el 25 de junio de 1900.

³⁶¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 10, exp. 2.

³⁶²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja, 10, exp. 2.

El cuerpo diplomático mexicano en la isla reportaba que "El nuevo gobernador provisional Sr. Taft ha dictado órdenes al Departamento de Sanidad, para que proceda a ocuparse con todo rigor y con los recursos necesarios a extirpar la fiebre amarilla existente en la esta ciudad [la Habana], pues han ocurrido unos cuantos casos, a fin de evitar su progreso..."³⁶³

La comisión de médicos norteamericanos estuvo pendiente del desarrollo de la enfermedad en las costas mexicanas y se dio cuenta de cualquier brote y casos que se registraran. Lo mismo sucedía en Cuba y allí el cónsul mexicano destacado en la Habana en 1903 comunicó al gobierno de Díaz que en ese puerto se corría el rumor que en Tampico se estaba desarrollando una fuerte epidemia de fiebre amarilla y que las instrucciones por parte de las autoridades sanitarias allí eran estrictas en el sentido de no permitir el desembarco de navíos procedentes de ese punto.³⁶⁴

El 21 de julio de 1905 se declaró oficialmente la existencia de una epidemia de fiebre amarilla en el puerto de Nueva Orleáns, desde sus inicios se mostró como altamente difícil de manejar y mucho menos de ser erradicada. Los casos se extendieron rápidamente por la ciudad y el pánico también. Las experiencias anteriores habían demostrado que los brotes

³⁶³AHSRE, exp. L-E-386. Informe del delgado mexicano en la Habana, 4 de octubre de 1901.

³⁶⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 12, exp. 3.

de esta enfermedad requerían de acciones inmediatas, sin embargo, en esta ocasión, el panorama se vislumbraba complicado porque, pese a los esfuerzos por controlarla, los casos se multiplicaban con una rapidez inusual.

De acuerdo con un reporte de la Louisiana State Board of Health la epidemia de fiebre amarilla en 1905 fue introducida nuevamente por el mar. Un barco procedente, al parecer, de Belice, trajo de la enfermedad. El mismo Board informó que dobló el número de víctimas causadas por el mismo mal en 1878.

Los médicos residentes de Nueva Orleáns juzgaron a ésta como una de las más desastrosas que se recordaran en dicho lugar. La rápida difusión de la epidemia despertó diversas reacciones entre la población, que iban desde el temor a ser contagiados y por lo tanto la conveniencia de huir de los focos de infección, hasta la de organizarse para combatirla. El doctor Matas, uno de los médicos residentes en el puerto norteamericano, señalaba y destacaba la buena voluntad de la gente al unirse a la campaña que ese año se organizó para controlar y erradicar, así como la conciencia de que su azote generó entre los propios residentes y visitantes del puerto, pues las denuncias de casos y posibles enfermos fueron constantes con el afán de evitar un contagio mayor.³⁶⁵

³⁶⁵ SC, Matas Collection, Tulane University, New Orleans, Louisiana, exp. 868:39, 21.

La epidemia de fiebre amarilla desató toda una maquinaria para observarla y evitar la contaminación; prensa, boletines, comunicados, bandos y decretos surgieron dando la voz de alerta en torno al camino y desarrollo de la epidemia iniciada en el puerto de Nueva Orleans, que había llegado de la Habana y amenazaba seriamente las costas mexicanas del Golfo de México. El cuerpo diplomático mexicano destacado en estos dos puertos fue muy activo en sus informes acerca de este padecimiento y comunicaba detalladamente cualquier evento relacionado con la misma.

Desde finales de 1904, por ejemplo, el cónsul mexicano en la Habana comunicó al gobierno mexicano que en aquella plaza se tenían noticias que al puerto veracruzano habían arribado barcos sospechosos de transportar enfermos de fiebre amarilla, por lo que recomendaba aplicar a las embarcaciones, cuya procedencia o escala fuera Veracruz, la cuarentena obligatoria antes de arribar a la Habana.³⁶⁶En la ciudad cubana circulaban noticias de los estragos que la fiebre amarilla estaba causando en otros puntos como Nueva Orleans y las amenazas en los puertos del Golfo de México (Veracruz, Coahuila, Progreso y Tampico). La prensa local informaba de estas amenazas y exhortaba a la población habanera a extremar precauciones.

³⁶⁶AHSS, fondo salubridad publica, sección: presidencia, serie: actas de sección, caja 13, exp. 15. Octubre de 1914..

El gobierno mexicano, por su parte, también inició acciones de prevención en contra de la fiebre amarilla instando al personal de sanidad destacado en sus costas para intensificar la vigilancia sobre las embarcaciones y someterlas a cuarentenas; se solicitaba a los delegados sanitarios observar y mantener en mejores condiciones a hospitales y lazaretos para no ser sorprendidos por la fiebre amarilla.³⁶⁷

Para el caso de las costas mexicanas, después de 1905, el panorama epidémico cambió debido principalmente a la campaña sanitaria titulada "La defensa contra la fiebre amarilla". Los niveles de contagio y casos en el ámbito urbano disminuyeron, pero en los rurales fue diferente. A decir de Miguel Bustamante

Los casos que ocurrían en la zona rural y semirural que rodea a Veracruz, renovaban el virus de la endemia del puerto... que mantenía un alto grado de virulencia porque recibía cada año numerosos viajeros inmunes, y a su vez producía reinfestación de los poblados de la costa. En 1910 sólo quedó Mérida, Yuc., como centro urbano del que dependió el sostenimiento de la endemia que originó la epidemia final.³⁶⁸

Lo anterior demuestra que el cuadro epidémico que subsistía en la región del Alto Caribe condujo a reacciones e incluso detonadores sociales de protesta y resistencia unidos

³⁶⁷AHSS, fondo: salubridad pública, sección: salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja: 2, exp. 1 al 5.

a posiciones de temor, desconfianza, pánico y miedo en los diversos sectores sociales, pero de preocupación y desventaja en el terreno político y económico. Las epidemias evidenciaron que la sociedad se convirtió en receptor activo de la situación y de ninguna manera se mantenía pasiva o al margen. Lo anterior induce a plantearse primero, que no es posible afirmar que en la región se estructuró un sólo proyecto sanitario, sino varios, uno de los cuales fue el científico-político y otros fueron en el terreno social; segundo, que si bien la sociedad actuó de manera independiente frente a la situación antihigiénica, también lo es que fungieron como receptores del proyecto político e hicieron una lectura diferenciada de él. Incluso puede afirmarse que entre ambas propuestas se establecieron diálogos, tensiones y enfrentamientos.

³⁶⁸Bustamante, 1959, p. 145.

CAPITULO VI

I) La recepción del proyecto sanitario.

Como se ha señalado el proyecto sanitario que se planteó para la región del Alto Caribe se instrumentó desde el Estado, el cual intentaba normatizar el comportamiento social en la persecución de objetivos claros que tenían que ver con el desarrollo comercial regional. Pero ¿Qué papel desempeñaba la sociedad en su conjunto frente a este proyecto? ¿Cuáles eran sus reacciones? ¿Cuál su percepción? y ¿Cuáles sus acciones? Planteamientos como éstos conducen a indagar el plano de la recepción, de allí que este capítulo inicie con la construcción de las representaciones, los imaginarios y los mitos generados a partir de la problemática epidémica y de las alternativas propuestas, tanto por el Estado como por la sociedad.

Cabe señalar que las representaciones son entendidas, según Roger Chartier, como los significados y prácticas que el receptor da a los discursos,³⁶⁹ el cual evidentemente estará determinado por varias circunstancias como el sitio u horizonte de enunciación y de recepción.

³⁶⁹Chartier, 1992, 50 y ss.

El proyecto sanitario generó una serie de discursos sanitarios, higienistas, urbanísticos y normativos; pero de ellos se hicieron diferentes lecturas, que hablan de una percepción diferenciada en términos sociales. Dichas lecturas no siempre fueron de manera directa, más bien en su gran mayoría fueron indirectas, que de igual manera producían imaginarios diferenciados.

El proyecto sanitario diseñado por los médicos contenía un cuerpo conceptual propio del discurso médico, determinado por el liberalismo del siglo XIX y el positivismo, es decir una narrativa propia,³⁷⁰ que delinearon a partir del uso y aplicación de ciertos constructores, conceptos, nociones y categorías del método positivista.

En términos generales los grupos sociales con poder adquisitivo demandaban un saneamiento, limpieza y ornato. Muchas de las demandas estuvieron relacionadas con la búsqueda de una mejor imagen de los espacios urbanos.

En el caso del puerto de Veracruz, el periódico local, El Dictamen, publicaba demandas por parte de la sociedad y era posible leer notas como ésta:

Con motivo de lo mucho que llueve en esta población, las calles se han cubierto de yerba, por lo que se suplica al Sr. Regidor del ramo subsane cuanto antes ese defecto, evitando así el mal aspecto y el escondite de sapos y otros bichos que de noche dan la lata. En muchas de las calles céntricas se forman

³⁷⁰Ricoeur, 1995, 1 y ss.

lagunatos que en mucho perjudican a la salubridad pública y que deben por esto ser cegados.³⁷¹

El proyecto trató de ser difundido por varios medios como fueron los periódicos, panfletos, folletos, propaganda suelta, pláticas, conferencias, la instrucción pública y los servicios religiosos. Se intentó despertar una conciencia de la higienes. Pero ¿Quiénes tenían acceso directo a éstos medios? Seguramente un público reducido que en su mayoría debían saber leer. Sin embargo, existen otros tipos de lecturas no directas en que la información viaja por diferentes canales: de boca en boca, por lectores, etc.; incluso por los servicios religiosos.

Ante la muerte se tomaban diversas posturas, que iban desde su percepción como castigo hasta el combate a sus causas. El proceso salud-enfermedad cobró diversas significaciones que en ocasiones se transformaron en "mitos" y prejuicios.³⁷² Algunas autoridades como el Doctor Liceaga estaban conscientes de lo difícil que era lograr hacer entender las obligaciones ciudadanas en torno a la sanidad. En una conferencia pronunciada en 1910 advertía que

Para las agrupaciones humanas tan necesaria es el agua como el alimento; naturalmente de éstos el hombre se provee sin que haya autoridad que cuide la manera como lo haga; pero desde el momento en que los hombres

³⁷¹El Dictamen, 25 de junio de 1908.

³⁷²"Mitos" en el sentido de Roland Barthes que analiza cómo la vida diaria a través de procesos socio-culturales se nutre de mitos, es decir, construcciones e imaginarios. Barthes, 1999, pp. 7-9.

se enferman en grandes colectividades, ya no se puede confiar ese cuidado al individuo mismo y hay que pensar no en la manera de proceder de los alimentos, sino en buscar que sean de buena calidad.³⁷³

El discurso médico se nutrió de mitos e imaginarios que intentaron transmitir a la colectividad. Tal fue el caso del uso del agua, el cual tomó diversas connotaciones y significados que variaron de acuerdo a la recepción del discurso. Para algunos sectores era un castigo; los prisioneros eran obligados a bañarse con agua fría; y para otros era un recurso vital e indispensable en la higiene.³⁷⁴[Ver imágenes 6.1, 6.2 y 6.3]

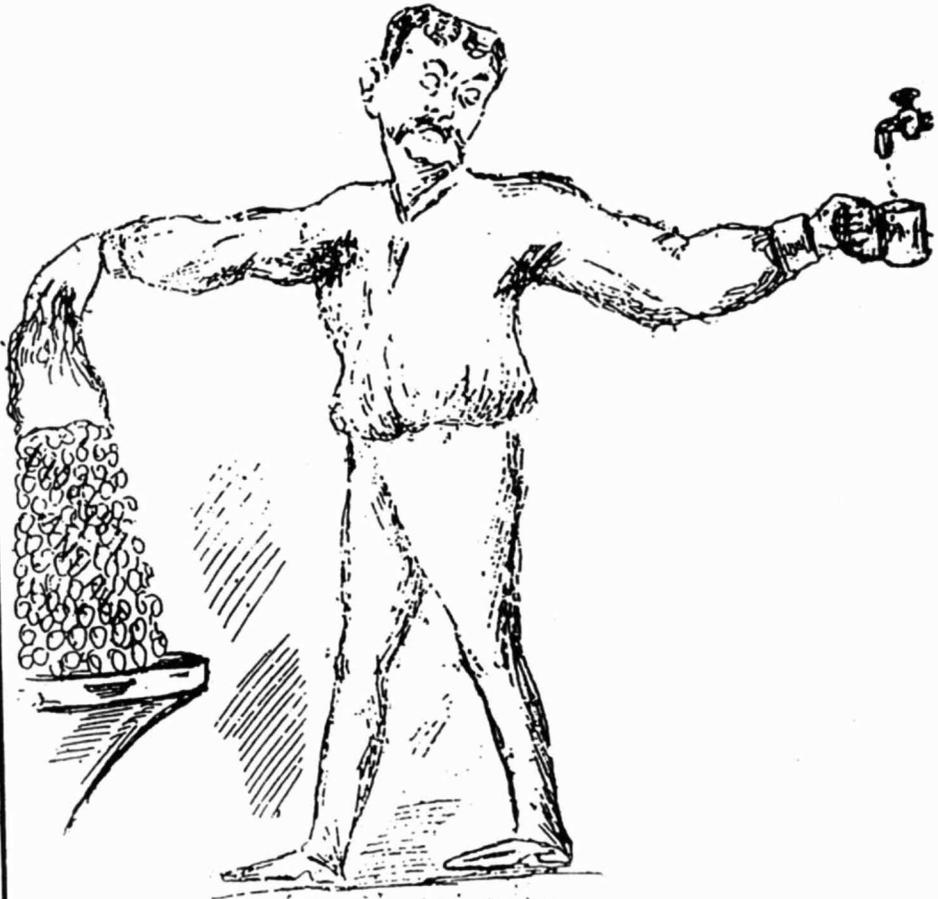
El uso del agua constituyó un elemento de tensión. Había quienes pensaban que no debían utilizar grandes cantidades en la limpieza de calles y sitios públicos, que ésta debía ser racionado, pues el costo de hacerla potable era alto y la gente poco instruida en su uso racional.

El baño también representó un problema dentro de las campañas sanitarias. El aseo diario a través del baño se consideraba fundamental, sin embargo, no siempre estaban dispuestos hacerlo. En la campaña contra el tifo, se recomendaba bañarse diariamente; muchos se negaban a hacerlo.

³⁷³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 9, exp. 9. Conferencia del doctor Eduardo Liceaga, titulada "Progresos alcanzados en la higiene, de 1810 a la fecha", 1910.

³⁷⁴En algunos casos por ejemplo se crearon mitos como que la vida sexual activa beneficiaba el desarrollo de enfermedades por la debilitación que a decir de ellos propiciaban. AGEV, fodo: gobernación, sección salubridad, serie: enfermedades-medicinas, caja: 261. Folleto "Profilaxis o prevención de la tuberculosis" por el doctor V.B. Albuerne, 1910.

El Agua en Veracruz



LO MUCHO QUE SE PAGA Y LO POCO QUE SE COJE.

LA GUESTION DEL AGUA.



El pueblo se queja por la falta de agua! Ahí me las den todas. Yo, caballeros, muy reservadamente les diré que se pasan los años sin que pruebe el líquido jamapeño, y jamás me baño. Si todos supieran mi conducta, estoy seguro que el aceducto estaría de más y nadie se quejaría de la escasez de agua.....

Agua! Agua! Agua!



Bañarme? Imposible, no hay agua ni para lavarse las manos en todo Veracruz.

El Dictamen publicó una noticia acerca de un hombre que tenía 10 años sin bañarse.³⁷⁵

El problema del agua tenía viejos antecedentes y desde la primera mitad del siglo XIX, se discutía el uso del agua como causante de enfermedades. En 1843 Benjamin M. Norman que visitara las costas del Golfo de México, escribía que:

Veracruz está más sujeta a la fiebre amarilla que quizá otro lugar de la costa. Esto se debe principalmente a la sucia zanja de que he hablado, de la que las clases bajas se ven obligadas a obtener parte de su suministro de agua, y a los pantanos de agua estancada que abundan entre los montículos de arena de vecindad. Si esto pudiera drenarse, y abastecer a la ciudad con agua limpia, no hay duda de que llegaría a ser tan sana como cualquier otro lugar de la costa, en vez de ser considerada, como lo es ahora, por lo médicos españoles, como la cuna y fuente de la fiebre amarilla para todo país. Apenas hay estación del año exenta de sus devastaciones, pero prevalece más en la estación lluviosa, particularmente en septiembre y octubre.³⁷⁶

Existían varios mitos entorno al agua. Se le llegó a llamar el "vapor venenoso" en relación a las aguas estancadas.³⁷⁷ Los pantanos tenían mala fama y en torno al uso del agua se creó toda una concepción llena de contradicciones y tensiones, incluso entre el mismo gremio de los científicos, pues algunos opinaban que estas aguas podían ser utilizadas y había otros: que definitivamente las descartaban.

En las costas del Golfo del México era costumbre que en las casas existieran pozos enteramente descubiertos de los

³⁷⁵El Dictamen, 2 y 3 de febrero de 1906.

³⁷⁶Citado en Novo, 1964, p. 87.

cuales se tomaba agua para el uso doméstico. Con la implantación de las normas sanitarias, se acordó cegarlos pues se había comprobado que en ellos se criaban mosquitos transmisores de enfermedades.³⁸⁰ Al intentar aplicar estas medidas la gente se resistía pues esos pozos constituían una forma de subsistencia y en ocasiones su único abastecedor del líquido.

Para Liceaga quedó claro que el desarrollo de la medicina era lento y lleno de obstáculos y entre éstos estaba el enfrentarse a lo que él llamaba "formas primitivas" del comportamiento humano, así apuntaba:

(...) Voy a hacer pasar a la vista de Uds. una serie de proyecciones que les indicarán las formas primitivas como se hacía el expendio y la provisión de los alimentos hasta los mercados que se usan actualmente y las tiendas de comestibles que habrán visto Uds. en la Exposición. Ahí están representados los expendios primitivos; el de carnes en el que se vendía al mismo tiempo la manteca en grandes pirámides o conos, mancillados por las manos de los expendedores; al mismo tiempo que la carne, se vendía veñas y jabón y no se cuidaba allí de la limpieza de los objetos ni de resguardarlos del contacto de la moscas y los polvos, ni la limpieza de los expendedores.³⁸¹

Otro punto de controversia era el sepultar a los muertos conforme a los usos y costumbres, algunos todavía a la usanza

³⁷⁹Novo, 1964, p. 88 y 89.

³⁸⁰AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, caja: 261, exp: 39, letra: a. Avisos 1908.

³⁸¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 9, exp. 9, Conferencia del doctor Eduardo Liceaga, titulada "Progresos alcanzados en la higiene, de 1810 a la fecha", 1910.

colonial utilizando las iglesias para tal fin.³⁸⁰ Con el proyecto de modernización del siglo XIX estos aspectos fueron discutidos y nuevas propuestas llegaron a crear nuevas tensiones, así Liceaga afirmaba que:

Aquí vamos a entrar a la manera de conducir los cadáveres y a la manera de sepultarlos. Es un asunto que merecería un poco más de detención, pero no quiero cansar la atención de Uds. y me voy a reducir a pasar a su vista esto que ya apareció y que es el modo más primitivo de conducir los cadáveres.

Después se comenzaron a hacer enterramientos, primero en las iglesias, después en los cementerios, después se hicieron ya debajo de la tierra, verdaderos enterramientos, pero siempre protegidas las cajas con bóvedas, ya fuera que se dispusieran en el suelo, ya fuera lo que extendió por todo el país, depositar las cajas en nichos. Estos nichos son verdaderos cuartos en donde parece que se tienen el empeño de hacer la conservación de los cadáveres y no su descomposición lenta como la hace la naturaleza en el transcurso del tiempo, y con el adelanto y el auxilio poderoso de la ciencia se ha venido a comprender que el único método racional de tratar los cadáveres es obtener la descomposición por los procedimientos y en la forma que la hace la naturaleza. Los estudios de bacteriología descubrieron que hay una capa a poca profundidad de la tierra, en donde hay bacterias que se encargan de la conversión de la materia orgánica en materia inorgánica. Desde que este pensamiento se ha extendido, se ideó depositar los cadáveres en la tierra misma defendidos únicamente por la caja, pero como ésta es de madera se destruye prontamente y entonces la materia orgánica de los cadáveres se pone en contacto con las bacterias que han de hacer su transformación en materia mineral. Nosotros estamos todavía en esta etapa intermedia, todavía la gente no se acostumbra a pensar que sobre la caja misma se ha de poner tierra, sino que la protegen con una bóveda, por fortuna débil, que consiste en dos muros laterales y que son hechos de ladrillo o de otro material permeable, pero siempre cubiertos por los que

³⁸⁰Juan Javier Pescador en su libro De bautizados a fieles difuntos destina el primer capítulo al estudio de algunos aspectos en torno a la dirección que la parroquia desempeñaba en ciertos aspectos de la vida cotidiana en la época colonial. Pescador, 1992, pp. 17 y ss y Staples, 1977.

son impermeables; de manera que siempre se depositan los cadáveres en nichos que están debajo de la tierra.³⁸¹

La cuestión del manejo de cadáveres llegó a constituir un problema tan grave y hacia 1911 se discutía con insistencia la posibilidad de la cremación. En Veracruz se decía que el Vaticano estaba por promulgar una encíclica que autorizaba la cremación, pues era evidente que éste sería un método efectivo para erradicar la presencia de enfermedades.³⁸²

En Cuba también se presentaron problemas y resistencias por parte de la sociedad por las disposiciones en torno tanto a los enfermos como a los muertos. Las medidas tomadas durante la ocupación militar norteamericana se iniciaron en Santiago de Cuba (1899), sobre todo a partir de la aparición y difusión de una epidemia de malaria. Las autoridades sanitaria establecieron una serie de normas como la limpieza de calles, desinfección de ropas de enfermos y muertos, quemar de objetos, etc. Este mismo tipo de normatividad trató de impulsarse en el otro puerto importante de la isla, la Habana. A diferencia de Santiago, las condiciones resultaron extremadamente complicadas debido a varios factores pero

³⁸¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: congresos y convenciones, caja: 9, exp. 9. Conferencia del doctor Eduardo Liceaga, titulada "Progresos alcanzados en la higiene, de 1810 a la fecha", 1910.

³⁸²El Dictamen, 6 de enero de 1911.

quizá entre los más fuertes fueron las dimensiones de la ciudad y el crecimiento poblacional.³⁸⁵

En términos del imaginario generado por las autoridades sanitarias se buscaba crear representaciones de "progreso" y "desarrollo". El discurso modernizador se construía a partir de conceptos y nociones como "proyecciones luminosas", "progresos sanitario", "desarrollo higiénicos", etc. Pero ¿qué generaba esto en la sociedad en general? ¿Qué significaban estos conceptos? ¿Qué imágenes representaba?

³⁸⁵BLAC, UT. Civil Report of Brigadier General Leonard Wood, Military Governor of Cuba, January 1 to May 20 of 1902, vol. I, parte I, F. R. McCoy Aide de Camp to the Military Governonr, pp. 160-161.

II) De las protestas a la resistencia.

La percepción diferenciada del proyecto sanitario ocasionaba varias acciones de resistencia que, como apunta James Scott en su libro Domination and the Arts of Resistance. Hidden Transcripts, algunas eran ocultas y otras abiertas, en una confrontación total y absoluta. Así, cuando se estipularon las visitas domiciliarias para observar enfermos y determinar si el padecimiento era epidémico se suscitaron varias reacciones. En ocasiones los familiares se negaban a permitir las visitas y ocultaban sus enfermos, e incluso los cambiaban de lugar con tal que estos visitantes no los vieran, pues era seguro que determinarían su aislamiento para prevenir la epidemia.³⁸⁴ Los visitantes llegaron al punto de entrar a las casas sin previo aviso

(...)abrazaban a las personas de la casa como demostración de afecto y al tocarlas, por este medio llegaban a saber si tenían calentura. Así casi era imposible que no se descubriera a los que estaban enfermos; sin embargo, hubo ocasiones en que los atacados de la peste, al tener noticias de que iban a practicarse tales visitas, procuraban cambiarse a otros lugares.³⁸⁵

³⁸⁴AHSS, fondo: salud pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 2, Comunicación del doctor Eduardo Liceaga a la Academia Nacional de Medicina de México, febrero de 1904.

³⁸⁵AHSS, fondo: salud pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 2, Comunicación del doctor Eduardo Liceaga a la Academia Nacional de Medicina de México, febrero de 1904.

No sólo los sectores bajos y marginados de la sociedad resistían al proyecto. También otros lo hacían, por ejemplo en Veracruz el Doctor Manuel S. Iglesias comunicaba a Eduardo Liceaga

El resultado del incidente del licenciado Rodríguez que se rehusó a que el agente sanitario entrara a su casa, como le dije a Ud. en mi anterior fecha 16 del próximo pasado fue que él me hablara sobre el particular dándome tales o cuales disculpas a causa de lo que creía conducta incorrecta del agente y suplicándome no mandara a dicho agente accedí, en vista de la actitud tomada por él, advirtiéndole que eso era relajar el principio de autoridad, pero que bastaba lo hiciera en tono de súplica para que yo accediera, esperándome guardara la reserva sobre el particular. Creo que su actitud varió a causa de alguna recomendación que vino del Sr. Gobernador.³⁸⁶

Evidentemente la resistencia implicaba varios niveles, resistencia abierta y directa como en este caso, y en otros de manera velada y a escondidas en acciones engañosas que ocultaban el rechazo a las medidas adoptadas.

También se presentaron problemas al momento de intentar levantar censos sobre la población. Valdría la pena recordar las insistencias por numerar y formar estadísticas que al final del siglo XIX se suscitaron en varios países. El problema era que al realizar las encuestas, las familias tendrían que reportar a sus enfermos y nuevamente aparecía el riesgo de aislarlos. En el caso de Veracruz se intentó

³⁸⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 1. Comisiones de funcionario del Consejo Superior de Salubridad a la Campaña contra la fiebre amarilla, 1903-1905.

enfrentar el problema al crear nominaciones especiales como "inmunes" y "no-inmunes", lo cual permitiría saber cuáles eran los riesgos de ataques epidémicos. Sin embargo, la población resistía a cualquier tipo de interrogatorio y el simple hecho de ver a estos visitantes generaba desconfianza.

Liceaga aseguraba que

(...) Los agentes llevan una libreta en la que consta el padrón de los no-inmunes de su distrito: asientan el nombre y apellido de dichas personas, el lugar de procedencia, el tiempo que llevan de residir en Veracruz y la casa en donde viven. Organizado así el servicio, el personal visita diariamente las casas de su demarcación y puede, por un medio análogo al que se seguía en Mazatlán, descubrir si hay entre los visitados alguno que tenga calentura, lo que se comprueba por medio del termómetro. Si hay fiebre, -cualquiera que sea la causa que la produzca- el enfermo es considerado como sospechoso e inmediatamente es aislado en las salas con puertas y ventanas alambradas, en el Hospital Militar, si el individuo es de la guarnición; en el Hospital Civil, si es paisano, y si se trata e personas que puedan pagar su asistencia, se les aísla en al "casa de salud" especial que el Consejo Superior de Salubridad ha establecido en el citado puerto.³⁸⁷

Las protestas eran inevitables, sobre todo por el tipo de medidas que se impulsaban. En el caso de México el doctor Liceaga era enfático al ordenar que los enfermos fueran trasladados a lugares seguros y libre de contagio. Así podía

³⁸⁷AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 2, Comunicación del doctor Eduardo Liceaga a la Academia Nacional de Medicina de México, febrero de 1904. La "casa de salud" eran instituciones de salud destinadas para personas con recursos que podían pagar para recibir cuidados especiales, tanto de atención médica como hospitalaria, sin embargo también mantenían restricciones de aislamiento, lo cual ocasionaba protestas y desacuerdos por parte de sus usuarios.

disponer que enfermos en Tierra Blanca de fiebre amarilla u otra enfermedad contagiosa fueran trasladados al puerto de Veracruz para su aislamiento.³⁹⁰ Esto provocaba que los familiares se opusieran y que los ocultaran de los vigilantes. El gobierno del estado decidió establecer rutas para el traslado de enfermos, con la intención de controlar mejor el recorrido.³⁹¹

Las protestas también provenían de los distintos sectores comerciales que se oponían a las cuarentenas bajo el argumento de que más que beneficiarlos, les ocasionaba pérdidas. La protesta podía ser oficial e institucional. El ministro de Alemania era de los más inconformes con el asunto de las cuarentenas y apuntaba que en ocasiones el puerto de Veracruz o Tampico debían someterse a la inspección sanitaria, dejando en mar abierto las embarcaciones, lo cual ocasionaba además los peligros propios del mar -como los fuertes vientos y marejadas- que perjudicaban las mercancías.³⁹² El mismo ministro se inconformaban con las fumigaciones, pues el uso del azufre, además de molesto, podía dañar productos como el azúcar y el tabaco. Claro que el argumento contrario era que la ley obligaba a las embarcaciones a someterse a la fumigación.

³⁹⁰AHSS, fondo salubridad pública, sección epidemiología, caja 5, exp. 6. Organización del servicio de vigilancia epidemiológica. 1904-1908.

³⁹¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp: 6. Organización de vigilancia epidemiológica contra la fiebre amarilla en Tampico y en Veracruz. 1904-1908.

El Consejo Superior de Salubridad insistía en seguir practicando las fumigaciones y así se los hacía saber a algunas compañías navieras como fue el caso de la inglesa "Hayland" a quien a pregunta expresa le contestó:

No se puede dejar de practicar la desinfección porque se han tenido graves dificultades de hacerla en Veracruz. Si se ejecutan antes de que se introduzca la carga, con ésta pudiera llegar mosquitos infectados a las bodegas ya desinfectadas; si se verifica cuando estén llenas las bodegas tal vez sería ineficaz porque no penetra el gas a todos los intersticios y se correría peligro de incendio como sucedió en Progreso cuando un médico americano por orden de su gobierno desinfectó un buque que llevaba henequén. Por otra parte, las excelentes razones que ha dado Vd. en su informe para que la desinfección de los buques sospechosos se practique fuera de la barra han decidido al Consejo a que se siga haciendo esa operación en Tampico mientras se estudia la manera de ejecutarla en Veracruz.³⁹¹

Las constantes violaciones al reglamento de sanidad y los abusos ocasionaban disputas y tensiones. Se llegó a señalar que las disposiciones legales sólo eran efectivas en el papel, pues a la hora de aplicarlas eran interpretadas al libre albedrío. Ciertamente el proyecto discutido en los congresos y las convenciones y que más tarde fue articulado en una legislación comprendía el plano formal y teóricamente apuntaba a un alto grado de efectividad, pero al momento de aplicarlo se topó con problemas tanto de orden logístico como de su comprensión y aceptación.

³⁹⁰AHSS, fondo salubridad pública, sección epidemiología, caja 5, exp. 6. Correspondencia del ministro alemán a la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1904.

El doctor Liceaga también apuntaba que:

A pesar de que tanto en la Habana como en los Estados Unidos se había impuesto contra las procedencia de México, una cuarentena de cinco días contados desde aquel en que llegaran los buques, se hizo todavía una restricción arbitraria: se declaró que aquellas embarcaciones que anclaran en el muelle de Veracruz se considerarían como infectadas, y, las que no hubieran llegado al muelle o permanecieran en bahía, no tendrían semejante restricción, pues serían reportadas como inmunes.³⁹⁴

Las protestas podían señalar que los encargados de hacer cumplir la legislación (agentes sanitarios) no desempeñaban sus papel adecuadamente, de allí que constantemente se les hiciera llegar comunicados recordándoles sus funciones y obligaciones. Empero, ellos se defendía reportando que algunos sectores se resistían a acatar la legislación. Por ello, en algunos reglamentos se estableció que:

Las leyes imponen también penas a las personas que se resistan a permitir que sus deudos sean conducidos a la "Casa de salud" o a las que ocultan a los enfermos a los dueños de haciendas o de fábricas o de talleres que impidan que los enfermos sean llevados a dichas casas de salud.³⁹⁵

³⁹³AHSS, fondo salubridad pública, sección epidemiología, caja 5, exp. 6. Correspondencia de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1904.

³⁹⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 2. Comunicación del doctor Eduardo Liceaga a la Academia Nacional de Medicina de México, 1904.

³⁹⁵AHSS, fondo: salubridad públicas, sección: epidemiología, caja: 6, exp: 1-2, Instrucciones para defenderse de la fiebre amarilla e impedir la propagación de esa enfermedad, 1905.

En realidad se intentaba evitar que las normas sanitarias fueran obviadas y violadas. A los agentes se les recordaba constantemente las facultades que mantenían y que debían aplicar sin excepción, lo cual indica que las autoridades tenían información de las resistencias al proyecto sanitario.³⁹⁴

En algunos casos la resistencia desembocaba en enfrentamientos abiertos como el caso de un agente sanitario en Tehuantepec, Oaxaca, quien fue asesinado.³⁹⁵ También había denuncias en contra de las negligencias cometidas por algunos agentes sanitarios.

(...) se nos dice que uno de los agentes sanitarios que presta sus servicios entre este puerto (Veracruz) y Tierra Blanca, muy lejos de cumplir con su deber, se tira a la bartola en el coche de primera y cuando bien le parece saca su cartera y anota a los pasajeros conocidos, sin tomarse tan siquiera la molestia de ver si tienen alguna enfermedad.³⁹⁶

En el caso de las cuarentenas su simple mención provocaba rechazo. La recepción del concepto mismo presentó varios matices, si bien fue adoptado en el uso corriente del lenguaje. Pocos entendían su significado y muchos lo asociaban a problemas. En este sentido efectivamente -como en algún momento lo señalara Liceaga- el proyecto sanitario se

³⁹⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 7, exp. 9, Reportes telegráficos de diarios de la campaña contra la fiebre amarilla y el paludismo, 1908. El Economista Mexicano, 6 de agosto de 1887.

³⁹⁵El Dictamen, 25 de agosto de 1908.

enfrentaba a lo incomprensible que eventualmente resultaba su lenguaje. Para el médico Liceaga también quedaba claro que mientras existiera la resistencia a las medidas los problemas higiénicos no se resolverían, pero también entendía que la mala aplicación causaba problemas y así lo aseguraba en 1908 al referirse a la campaña instrumentada contra la fiebre amarilla en 1903-1904 en el puerto de Veracruz: "El comercio resintió igualmente enormes perjuicios, por las restricciones cuarentenarias que imponían Cuba y los Estados del Sur de la Unión Americana, especialmente la Louisiana."³⁹⁷

Sin embargo, aunque Liceaga reconocía los males que la legislación causaba y a decir de él eran comprensible las manifestaciones de protesta y desacuerdo en contra de ellas, aseguraba que hasta esos momentos no se había encontrado otras que permitieran controlar el ingreso de las enfermedades infecto-contagiosas. Por ello apuntaba:

Es cierto, Sr. Gobernador (se refería a Teodoro A. Dehesa), que la fiebre amarilla está prácticamente desterrada de nuestro suelo; más para que este beneficio sea definitivo, es indispensable continuar la campaña por uno o dos años más, mientras la enfermedad no desaparezca de las naciones en donde existe y que, por las incesantes relaciones de comercio que tienen con nuestra República, pudieran importarnos la fiebre, que veríamos reaparecer en nuestro suelo. Si no conservamos los servicios establecidos, en la forma y extensión que tienen actualmente, nos exponemos a que nos suceda lo que ha pasado en Cuba, en donde fue totalmente

³⁹⁶El Dictamen, 10 y 11 de julio de 1906.

³⁹⁷AGEV, fondo: gobernación, sección salubridad, serie: fiebre amarilla, caja: 267, núm. 1, tomo: 3, letra: F. Correspondencia entre Teodoro A. Dehesa y Eduardo Liceaga.

extinguida la fiebre amarilla, durante la primera intervención americana; pero como no cuidaron de mantener sus servicios mientras existía la enfermedad en otros pueblos que tenían relaciones con ellos, como Nueva Orleans, de allí pasó nuevamente la fiebre amarilla a Cuba, en donde se ha arraigado hace más de un año, a pesar de los enormes gastos que se están haciendo con objeto de que desaparezca de nuevo.³⁹⁸

Liceaga reconocía que la aplicación de las normas sanitarias de aislamiento y cuarentena combinadas con el saneamiento urbano eran la única solución a la condición epidémica de la región. Si bien aceptaba sus fallas y parte de las protestas, él mismo aseguraba que la isla de Cuba había logrado controlar las enfermedades sólo a partir de la aplicación de las medidas higiénicas acordadas en los foros internacionales. De allí que asegurara que:

Una disposición legislativa semejante podría fundarse en la necesidad imperiosa que existe en este momento para México de seguir las enseñanzas que las autoridades militares de la isla de Cuba han dado, demostrando que es posible hacer desaparecer la fiebre amarilla de un lugar en donde no había dejado de reinar durante 137 años consecutivos, y en el deber de la administración pública de sacrificar, en ciertos momentos, la libertad individual en beneficio de la comunidad.

Si se aísla en la ciudad de Veracruz a los enfermos de vómito para impedir que les piquen los mosquitos y evitar de ese modo la propagación, se logrará extinguir allí la enfermedad como se ha conseguido en la Habana.

Las autoridades militares de la isla de Cuba no se han limitada a esto; han emprendido la lucha contra el mosquito.³⁹⁹

³⁹⁸AGEV, fondo: gobernación, sección salubridad, serie: fiebre amarilla, caja: 267, núm. 1, tomo: 3, letra: F. Correspondencia entre Teodoro A. Dehesa y Eduardo Liceaga.

³⁹⁹AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, caja: 262, exp. 10, letra: 1. Carta de Eduardo Liceaga para el ministro de gobernación, 1902.

También las disposiciones sanitarias causaban malestares a los viajes por tierra. En el ferrocarril impedía el abordaje a personas atacadas con fiebre amarilla.⁴⁰⁰ Esta prohibición causaba protestas abiertas y otras encubiertas. Incluso se ocultaban a los enfermos para poder viajar.

El reglamento de sanidad marcaba que los vestidos y ropas de los pasajeros debían ser revisadas con cuidado. Muchos pasajeros se quejaban de excesos y falta de consideración por parte de los encargados de hacerlo. Las fumigaciones por igual causaban malestar entre los viajeros, pues era evidente que el uso de sustancia con olores desagradables causaban malestares como dolor de cabeza, náuseas y otros síntomas.⁴⁰¹ De allí que también se incurriera en faltas de infracciones al reglamento.⁴⁰²

Se convirtió en costumbre la denuncia de incumplimiento a lo dispuesto en la legislación sanitaria. Los pasajeros enfermos adoptaron varias medidas para esquivar la aplicación de la cuarentena y el aislamiento como era el esconderse. Tenían que hacerlo pues las medidas llegaban a tal severidad que en ocasiones -como cuando se diagnosticaba fiebre bubónica- quemaban sus ropas y pertenencias

⁴⁰⁰AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 5. El Ferrocarril de Veracruz al Pacífico S.A. Consejo Superior de Salubridad, 1903.

⁴⁰¹Ministerio de Ultramar, Código de Sanidad Marítima para la isla de Cuba, 1893, p. 38.

personales.⁴⁰³ Además, después de su muerte, se le daba un trato discriminatorio y se le inhumaba en sitios aparte, de modo que el aislamiento seguía hasta este sitio donde la costumbre señalaba "que todos eran iguales ante la muerte".

La protesta por las faltas al reglamento y sanciones mantenía distintos niveles incluso judiciales. No siempre se aceptaron las multas impuestas por los agentes sanitarios. El Consejo Superior de Salubridad emitía dictámenes como el siguiente:

(...)El Agente de la Líneas de vapores Ward pretendiendo que se levantasen tres multas de a diez pesos cada una, impuesta por el Delegado Sanitarios de Tuxpan en aquel puerto por el hecho de que las tres lanchas "Anita", "Inatana" y "Melania" atracaron el día 22 de junio al costado del vapor "Vigilancia" con infracción del artículo 5 del reglamento de Sanidad Marítima, lo que, según el ocurso y conforme a los documentos que remitió, parece que fue debido a fuerza mayor. El dictamen del Consejo es desfavorable a la solicitud pues se dice que está muy lejos de ser satisfactorio y concluyente la explicación que se da sobre el particular; se alega una excepción de incompetencia de parte del Juez que recibió la información que se envía como prueba de la fuerza mayor, se indica que la empresa ha salvado el conducto del Consejo en su queja y, con fundamento de las razones que adujo el Delegado en su oficio de 30 de noviembre que el Consejo hace suyas, consulta que no se acceda a lo solicitado...⁴⁰⁴

⁴⁰²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: salubridad en territorio, puertos y fronteras, caja: 1, exp. 18. Infracciones cometidas, 1896.

⁴⁰³AHSS, fondo: salubridad, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 1. Informes de peste bubónica, 1900.

⁴⁰⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: salubridad en territorios, puertos y fronteras, caja: 1, exp. 18. Infracciones cometidas por unidades de la Compañía Norteamericana de Vapores Ward, 1896.

En realidad se intentaban suavizar las sanciones y el pedir esto era una manera de protestar por la ineficiencia del sistema legislativo marítimo. La protesta mostraba matices, pues si bien es cierto que algunos sectores se quejaban de la aplicación de medidas, otros protestaban por la falta de acciones más duras y enérgicas. La prensa presentaba varias quejas en este sentido "¿No tenemos olfato? ¡Como huele!"⁴⁰⁵ Notas relativas a la falta de aseo y de atención de parte de las autoridades responsables estuvieron a la orden del día. En Veracruz, las pulquerías, mataderos, almacenes y mercados constantemente eran denunciados como sucios y sitios de propagación de enfermedades. También se quejaban de que las calles eran utilizados como mingitorios, lo cual ocasionaba pestilencias y miasmas insoportables.⁴⁰⁶

La suciedad, el mal olor y las materias en descomposición fueron objeto de quejas y protestas por parte de los habitantes de los puertos. En Nueva Orleáns por ejemplo, había ocasiones en que se encontraban animales muertos en la calles en estado de descomposición, lo cual generaba descontento y demandaban organizar campañas de limpieza.⁴⁰⁷ Las autoridades sanitarias se quejaban que de nada valía esmerarse en determinar y legislar disposiciones sanitarias si la población no las acataba. Durante la campaña

⁴⁰⁵El Dictamen, 29 de mayo de 1906.

⁴⁰⁶El Diario del Hogar, 27 de octubre de 1882.

⁴⁰⁷SC, Jones Collection, box: 29, folder: 1, "Observations of Malarial fever" By Joseph Jones.

de limpieza de 1912. The Daily Picayune apuntaba que muchos habitantes pasaban "... por alto los reglamentos establecidos por el mejoramiento de la salud, especialmente en lo que toca a las basuras que proporcionan el alimento a las ratas".⁴⁰⁸

En ocasiones se podían inconformar y señalar la mala administración y aplicación de los métodos higienistas y urbanistas. Se advertía que trabajos como la reparación de calles e introducción de drenaje eventualmente causaban más daños que soluciones, pues debido a la deficiente planeación las tareas se hacían en épocas de lluvias y la acumulación de agua provocaba el nacimiento de mosquitos y demás alimañas.⁴⁰⁹

En Veracruz las críticas hacia las medidas sanitarias apuntaban cosas como esta:

La insalubridad pública.

¡Si será necesario preguntar al Dr. Pedro, que según dice, todo lo cura con éxito feliz, cuáles son las medidas sanitarias más eficaces para extirpar las enfermedades infecciosas de esta tierra de bendición!

¡Las delegaciones sanitarias no descansan;

Petróleo va y petróleo viene; pero los mocos, ahí, ahí están impertérritos como los japoneses.⁴¹⁰

En algunos puertos como Tampico, su situación higiénica para inicios de la década de los ochenta realmente dejaba mucho que desear. A la presidencia del Consejo Superior de Salubridad llegaban informaciones como la siguiente:

⁴⁰⁸The Daily Picayune, 9 de julio de 1912.

⁴⁰⁹El Dictamen, 29 de julio de 1903.

(...)Insertando una nota de la secretaría de Hacienda que contienen avisos dado por la administración de aduana marítima de Tampico referente al mal estado sanitario de ese puerto donde la enfermedad reinante es fiebre amarilla (...)⁴¹¹

La venta de alimentos en mal estado se había hecho común, pues el crecimiento de la población en los puertos hizo de esto una práctica cotidiana. La preparación de comidas frecuentemente se hacía sin ningún tipo de higiene y limpieza, lo cual ocasionaba las enfermedades de origen intestinal. Había personas estaban en contra de los expendios de comida por pensar que eran focos de infección y otras que se resistían a que desaparecieran porque satisfacían sus necesidades.⁴¹²

La venta de comida al aire libre causó toda una serie de reacciones y la publicidad se encargó de condenarlas y divulgar los perjuicios que causaban. En Veracruz por ejemplo, se decía:

La salvación de los niños. Las enfermedades del aparato digestivo de los niños tiene una frecuencia y una gravedad extraordinaria. En el primer año de la vida de ellos son las causas de más víctimas que todas las demás enfermedades reunidas. Unas veces es el tubo digestivo incapaz de elaborar bien los alimentos para su

⁴¹⁰El Dictamen, 10 de agosto de 1905.

⁴¹¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: presidencia, serie: actas de sesión, caja: 3, exp. 1. Actas de sesión 31 de agosto de 1882.

⁴¹²AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, s/ exp. Correspondencia general 1901.

asimilación, otras es el alimento defectuoso o indigesto.⁴¹³

La opinión pública señalaba que los olores putrefactos y materias en descomposición contaminaban altamente, sobre todo a los gente que trabajaban al aire libre. De allí la prensa señalaba que no se hicieran actividades como ejercicio o trabajos como venta de alimentos.⁴¹⁴

También se quejaban de los médicos que en ocasiones no desempeñaban sus funciones adecuadamente.⁴¹⁵ Había quejas contra autoridades mayores o importantes dentro de los encargados de la sanidad. En Veracruz hubo quejas contra del doctor Manuel Iglesias de quien se decía:

Mientras el Dr. Dn. Manuel S. Iglesias se halle al frente de la sanidad, el vómito aumentaría, pues ese Sr. no está bien como médico alguno debido a su carácter discolo y sus impertinencias y deseos de alardear de sabio. Una prueba de ello es que cuando el Dr. Dn. Narciso del Río, estaba al frente, todos los médicos le ayudaban, avisándole en seguida que había un caso de vómito confirmado o sospechoso y con Iglesias todos los médicos, por no ser tachado de brutos, esperan dar aviso cuando el caso está ya confirmado y dan el aviso por medio de tarjetas, por correo, exigiendo recibo, de modo que después no pueda el Dr. Iglesias negar los recibos de los avisos, pero yendo los avisos por correo, tardan en llegar a su destino.⁴¹⁶

⁴¹³El Dictamen, 4 de julio de 1908.

⁴¹⁴El Dictamen, 11 de agosto de 1905.

⁴¹⁵AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja, 5, exp. 5. Campaña contra la fiebre amarilla en Yucatán y en Veracruz. 1904-1907.

⁴¹⁶AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 1. Comisiones de funcionarios del Consejo Superior de Salubridad a la Campaña contra la fiebre amarilla en Veracruz, Tamaulipas y Nuevo León, 1903-1905.

En Nueva York hubo un debate entre los médicos acerca de la eutanasia. En opinión de El Dictamen⁴¹⁷ se valía dar la espalda a un enfermo desahuciado. Esta actitud de los médicos causó inquietud hacia ellos que de por sí ya tenían mala fama al no poder controlar enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla o la malaria.

Las vacunas fueron otro punto de conflicto. Había gente que la solicitaba por pensar que era la solución para sus males. Pero otros se negaban a someterse a su aplicación e incluso huían cuando se enteraban de que había campanas de vacunación.⁴¹⁸

Pero las quejas no sólo se dirigían en contra de la falta de higiene en sitios y plazas, sino en contra de los inmigrantes. El Dictamen publicaba quejas como:

Inmigrantes nocivos.- inepticia, suciedad y holganza.- peligros para la salubridad pública,- relativo a la llegada de un grupo de turcos y un árabe, que venían en deplorable estado de suciedad produciendo una sensación de alto grado desagradable y la fetidez que exhalaban a su paso provocaban náuseas.⁴¹⁹

Algunas personas consideraban a los inmigrantes como "peligrosos". Criticaban la flexibilidad de la legislación

⁴¹⁷El Dictamen, 25 de agosto de 1905.

⁴¹⁸AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, caja, 260, núm, 19, tomo I, letra p. Solicitudes de vacunas. 1905.

⁴¹⁹El Dictamen, 4 de junio de 1906.

para el arribo de pasajeros y gente que vendría a radicar de manera definitiva en los puertos.⁴²⁰

Los agentes sanitarios en diversas ocasiones fueron denunciados por no cumplir con lo estipulado en la legislación para el caso de los inmigrantes, pero el hecho era que se había creado una especie de xenofobia.

En México uno de los ataques más severos en contra de los inmigrantes involucró a los chinos al iniciar el siglo XX. Estos inmigraban de San Francisco hacia los estados del norte de la República Mexicana. A ellos se les atribuían varios males y en especial la peste bubónica, de allí que las autoridades mexicanas, tanto del Consejo Superior de Salubridad como las secretarías de Gobernación y de Relaciones Exteriores, tuvieron que implantar normas de entrada por la frontera norte más severas y de mayor vigilancia. De la Secretaría de Gobernación se estableció que:

(...) encargo muy especialmente de poner en práctica las medidas que tienen por objeto evitar que la peste bubónica invada el territorio mexicano por la frontera norte, el Consejo ha acordado que para el desempeño de su cargo, se sujete Vd. a las instrucciones siguientes:

No existiendo la peste en la actualidad, sino en San Francisco California, deberá Vd. inspeccionar especialmente a los pasajeros procedentes de esa localidad, y fijará su atención sobre todo en averiguar, si alguno de estos tiene fiebre. Si así fuera, se recomienda a Vd. que no olvide para establecer su diagnóstico, que los estudios recientes han demostrado,

⁴²⁰El Dictamen, 1 de agosto de 1908.

que además de las formas bubónicas y septicémica de la peste, hay las formas numónica y diarreica, y que estas son tanto o más peligrosas que las primeras, bajo el punto de vista de la transmisión de la enfermedad.⁴²¹

Cabe señalar que no sólo se insistía en los inmigrantes extranjeros, sino también en los nacionales. En el puerto de Progreso, el gobernador de Yucatán comunicaba a Liceaga en 1906 que entre las labores del presidente de la Junta Superior de Sanidad Doctor Fernando Casares estaba el cuidado de los pasajeros que desembarcaban en el puerto procedente del de Veracruz, pues era casi seguro que dichos pasajeros transmitieran el germen del vómito negro:

(...) al salir de dicho puerto de Veracruz no son reconocidos, ni fumigados ni desinfectados, con la regularidad y la exigencia con que se hace en otros lugares como la isla de Cuba. Desembarcados en Progreso, vienen a esta capital en donde se esparcen en hoteles, casas de vecindad y viviendas particulares dando lugar a la aparición de los casos de fiebre amarilla que se han observado. El foco de este mal no existe aquí, y esto se comprueba con el hecho de que, después de transcurrir seis meses de no registrarse ningún caso de fiebre amarilla en Yucatán, el primero que se observó fue en una persona procedente de Veracruz.⁴²²

Algo similar sucedía en Mérida donde se cuestionaban los permisos emitidos para la llegada de algunas diversiones como circos o compañías de teatro y espectáculos. Tal fue el caso

⁴²¹AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 4, exp. 1. Medidas preventivas contra la peste bubónica en la República Mexicana, 1900.

⁴²²AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 6, exp. 9. Informes, telegramas y memorándums sobre la epidemia de fiebre amarilla en Yucatán, Tuxtepec (Oaxaca) y Veracruz, 1906.

del circo "Orrin" entre cuya gente a decir de algunos residentes traía infectados de fiebre amarilla, lo cual generó demandas contra las autoridades para que extremaran precauciones. Algunos miembros del circo eran originarios del puerto de Veracruz.⁴²³

En Tampico tomaron medidas similares en contra de las embarcaciones veracruzanas. Al igual que en Progreso hubo protestas por barcos procedente del puerto jarocho que a decir de ellos no cumplían con la reglamentación de higiene y saneamiento. Por ello se estipuló que:

(...) todos los buques que arriben a aquel puerto (Tampico), procedentes de cualquiera del Golfo o de puntos sospechosos del extranjero, sean fondeados fuera de barra durante cuatro horas poco más o menos, en el curso de las cuales se verificará su fumigación por el delegado de dichos puertos.⁴²⁴

En términos generales de los puertos mexicanos, Tampico era el que más quejas y protestas recibían, pues sus agentes sanitarios se caracterizaban por su severidad. Contaban con el apoyo de Liceaga y del Consejo Superior de Salubridad recibían comunicados como el siguiente:

El Sr. Presidente del Consejo desea que por ningún motivo se deje de vigilar la salida de los buques con

⁴²³AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 6, exp. 9. Informes, telegramas y memorándums sobre la epidemia de fiebre amarilla en Yucatán, Tuxtepec (Oaxaca) y Veracruz, 1906.

⁴²⁴AHSS, fondo: salubridad pública, sección: epidemiología, caja: 5, exp. 4. Avisos y quejas sobre fiebre amarilla en Tampico, Puerto Progreso y Veracruz, 1904.

toda oportunidad para que no vayan a embarcar en ellas sospechosos o enfermos de vómito...⁴²⁵

Los inmigrantes cubanos provocaban una doble reacción, pues por un lado los nativos deseaban que llegaran, ya que eran mano de obra necesaria para la zafra -sobre todo los jamaiquinos y haitianos. Sin embargo, esta población incrementaba las necesidades de saneamiento y salubridad. Por otro lado, cuando terminaba la cosecha de caña, era gente que se convertía en desempleada.⁴²⁶ Cabe señalar que en Cuba también se privilegiaba la inmigración blanca, sobre todo las europeas.⁴²⁷

En Nueva Orleans también se demostraba resistencia hacia los inmigrantes. A ellos se les atribuía la presencia de la viruela negra.⁴²⁸ A la población negra se les atribuía desaseo y falta de higiene. De allí que algunos sectores solicitaran realizar inspecciones en estos grupos o legislar la forma en que los inmigrantes llegaran a estos puertos.

Incluso en el puerto norteamericano se dieron enfrentamientos violentos entre blancos y negros. Tal fue el caso de los estibadores, de los cuales se decía:

(...) ayer (...) los ánimos de los estibadores blancos llegaron a excitarse al grado de recurrir a las armas

⁴²⁵AHSS, fondo: salubridad pública, sección epidemiología, caja: 4, exp. 5. Reporte de epidemia de fiebre amarilla, 1903.

⁴²⁶Naranjo, 1996, p. 87.

⁴²⁷Naranjo, 1996, p. 61.

⁴²⁸AHSS, fondo: salubridad, sección: epidemiología, caja, 2, exp. 4. Circular de la Secretaría de Gobernación, 1881-82.

para impedir que trabajaran los estibadores negros y el asesinar a un número considerable de éstos, sin que las autoridades locales lo evitaran ni arrestaran a los culpables.⁴³¹

El crecimiento de la población propició varios problemas, entre ellos la sobredemanda de las viviendas por lo que también había protestas. Hubo inconformidad por casas viejas que a decir de algunos eran el sitio de emanación de malos olores, bichos, insectos, ratas y otros animales que difundían epidemias. Las casas ubicadas en sectores populares fueron objeto de ataques constantes y solicitudes para ser removidas o destruidas. En el puerto de Veracruz, calificativos como "casuchas malsanas" eran parte del lenguaje adoptado para referirse a las casas en zonas populares.⁴³² En el puerto de Nueva Orleáns sucedía lo mismo y allí el Doctor Walter Wyman aseguraba que las casas viejas en donde se habían albergado enfermos de fiebre amarilla debían ser demolidas.⁴³³

El rechazo en buena medida tenían su referente en las teorías sobre la transmisión de la fiebre amarilla en zonas urbanas, la cual señalaba que la proliferación del mosquito transmisor de la enfermedad encontraba buenas condiciones para difundir la enfermedad en zonas urbanas en donde

⁴³¹AHSRE, exp. 15-6-46. Correspondencia del cónsul mexicano en Nueva Orleáns, 1895.

⁴³²El Dictamen, 13 de marzo de 1906.

⁴³³NAW, Colmex, mp. 7157, m 183, rollo 16. Carta del doctor Walter Wyman de 3 de junio 1899.

prevalecían viviendas en mal estado y falta de higiene.⁴³² Además, para algunos higienistas estas viviendas -muchas de ellas colocadas en asentamientos irregulares- evitaban la libre circulación del viento sano.

Cabría recordar que los viajeros se quejaban constantemente sobre los malos olores de los puertos. En el caso de Veracruz la condesa Paula Kollonitz, quien llegara a Veracruz en 1864, señalaba que "mientras más nos acercábamos a la ciudad, más claramente se percibía el olor fétido, rasgo distintivo de Veracruz".⁴³³

Estas descripciones fueron frecuentes en torno al puerto, quejándose no sólo del desaseo sino de las instituciones de salud como los hospitales, crónicamente en mal estado, algunos enfermos tenían aspecto de ser auténticos muertos vivientes.⁴³⁴

III) Las respuestas sociales.

Si bien existía un proyecto sanitario propuesto, articulado, dirigido y aplicado desde el Estado, también lo es que ese proyecto en términos de discurso y acción política tuvo un interlocutor social. La sociedad, lejos de mantenerse al margen tanto de la situación epidémica como la aplicación de la política sanitaria, tenía una fuerte participación e

⁴³²Bustamante, 1958, p. 137.

incluso de ella misma emergieron propuestas, acciones, soluciones y comportamientos alternativos. El proyecto sanitario estatal no fue lineal y ni mucho menos de manera ascendente. Por el contrario, experimentó momentos de tensión, contradicción, controversia y resistencia. Prueba de esto fueron las prácticas de la medicina popular y tradicional, que jamás dejaron de desarrollarse en la región del Alto Caribe.

El uso de la herbolaria es un indicador del desarrollo de la medicina popular y al igual que circulaban propaganda de medicamentos de patente y los avances de la medicina tropical y científica, también circulaba publicidad en torno al uso de hierbas y preparados a base de las mismas. Por ejemplo el gordolobo "... más conocido con el nombre de cera real, templado fuertemente en agua endulzada con azúcar ordinaria y bebida a discreción" servía para curar las afecciones pulmonares.⁴³⁵

La divulgación del uso de plantas medicinales fue creciendo y en realidad encontraba público dispuesto a consumirlas, pues presentaban ventajas que los medicamentos de patente no lo hacían. Los anuncios aseguraban la facilidad que las hierbas tenían para ser conservadas secas y guardadas según la necesidad.⁴³⁶

⁴³³Novo, 1964, pp. 110 a 111.

⁴³⁴Novo, 1964, pp. 112-117.

⁴³⁵El Diario del Hogar, 6 de junio de 1882.

⁴³⁶El Diario del Hogar, 6 de junio de 1882.

Hubo varios métodos populares, como la quema de sustancias, plantas y cualquier sustancia que generara humo abundantes que los ahuyentara. El Dictamen publicitaba "los polvos de crisantema", los cuales se depositaban sobre brasas y el olor evitaban que los mosquitos se acercaran.⁴³⁷

En algunos sitios públicos como mercados, cuarteles, rastros, escuelas, cárceles, oficinas, hospitales, hoteles e incluso en los buques los propios trabajadores se encargaban de seguir ciertos métodos de higiene y limpieza que a veces no tenían que ver con las medidas estipuladas por las autoridades sanitarias. En el aseo se utilizaba métodos alternativos y asociados a la costumbre y la "sabiduría popular" como el empleo de hiervas como el sauco, la ruda, etc.

La langosta fue un insecto que provocaba insalubridad y a decir de algunos reportes médicos en cuanto morían y entraban en estado de descomposición expedían sustancias venenosas. De allí que surgieran propuestas como el crear brigadas de ayuda para limpiar las ciudades y campos de estos molestos animales. El ayuntamiento veracruzano apuntaba en 1882:

Aprobamos las ideas porque así toda la gente del campo se lanzará a perseguirla o recogerá toda la que se caiga muerta antes que entre en putrefacción e infecte la atmósfera.⁴³⁸

⁴³⁷El Dictamen, 16 y 17 de junio de 1906.

⁴³⁸El Diario del Hogar, 27 de octubre de 1882.

En el caso de los centros penitenciarios fue común que se realizaran prácticas de sanidad con los internos. En la cárcel del puerto de Veracruz, durante la epidemia de orejones de 1902, se autorizó al médico encargado para que realizara las prácticas sanitarias que él juzgara necesario.⁴³⁹ El médico encontró que las condiciones de los presos eran precarias y malsanas.

(...) lo conveniente sería un cambio de local, como años atrás he manifestado, pues además del norte, (...) sólo hay 78 camarotes y constantemente hay 300 a 400 entre presos y correccionales, actualmente hay 426; de manera que la mayor parte de ellos duermen en el suelo que tiene tarimas de madera en mal estado y que al hacerse la limpieza, quedan estancadas las inmundicias debajo de las tarimas y por consiguiente hay muy mal olor y mucha humedad; pero lo más malo de todo es que las bóvedas de los excusados se han mandado tapar de algún tiempo a esta parte; y las necesidades las hacen los presos en puros barriles que suelen permanecer allí dos o tres días para ir a vaciarlos fuera; así es que, entretanto se destina otro local que reúna todas las condiciones que señala el Código Sanitario del Estado, es necesario cuanto antes proceder a desinfectar y blanquear todo el edificio, como previene el mismo código, dos veces al año, y mientras se resuelve lo que debe hacerse con los excusados, obligar a que diariamente se saquen los barriles que se hayan llenado por la noche.⁴⁴⁰

Las recomendaciones del encargado tenían un trasfondo. En realidad se buscaba el apoyo para obligar a cumplir sus

⁴³⁹AGEV, fondo: gobernación, sección salubridad, caja: 260, núm. 31, letra a. Correspondencia general. 1902. Algo similar sucedía con las fábricas y centros de trabajo en que se aglomerara gente.

⁴⁴⁰AGEV, fondo: gobernación, sección: salubridad, caja: 258, exp. 43, letra: m. Correspondencia de la jefatura política del cantón de Veracruz. 1902.

funciones a los encargados de realizar la limpieza en la cárcel y evitar la roliferaación de enfermedades como los orejones.

En las urbanas era poco común el uso de letrinas y baños y con llegada de gente no acostumbrados a utilizarlos había insalubridad y contaminación. Aunque la legislación marcaba que en hoteles, casas de huéspedes, mercados y demás sitios públicos debía haber baños, el hecho de haberlos no implicaba su uso. En ocasiones afuera de los propios baños la gente hacia sus necesidades fisiológicas.⁴⁴¹ Algunas de esas alternativas fueron producto de la resistencia cultural que se negaba a sucumbir ante el embate científico-modernizador.

La santería por ejemplo, así como las prácticas mítico-religiosas continuaron presentes y aunque en ocasiones tenían que realizarse de manera oculta o camuflajeada, continuaron desarrollándose en los diversos grupos.⁴⁴² La santería constituyó un factor de resistencia pues sobre todo las clases populares, lo cual no quiere decir que otras no acudieran, preferían asistir a los santeros que a los médicos, quienes evidentemente mandarían aislarlos.⁴⁴³ Algo parecido sucedía con la medicina tradicional y popular. El uso de hierbas, pócimas, bebidas, brebajes y rituales de "limpias" que eran mucho más "seguros" y acordes con los usos y costumbres sociales. Esto evidenciaba una recepción del

⁴⁴¹El Dictamen, 4 de junio de 1902.

⁴⁴²De Lahaye Guerra, 1996, p. 13.

discurso "ofensivo" y transgresor a las normas sociales. El hecho de que la medicina propusiera como primer medida el aislamiento de enfermos que constituía una separación con el paciente al cual debían cuidar y atender. La resistencia y protesta por el aislamiento de enfermos llevó a tratar de mediar las disposiciones. El gobernador de Tamaulipas dispuso que

(...) aunque se trata de personas pobres, si la casa en que vivan prestare comodidades para que puedan ser asistidos, allí con el debido aislamiento podrán quedarse en las casas, siempre que su asistencia médica corra a cargo de los peritos titulados y que los investidos de funciones públicas queden satisfechos de que el aislamiento llena en lo posible las condiciones requeridos para garantizar la salubridad pública.⁴⁴³

Los actos de fe constituyeron otro factor más de esta oposición. Aún cuando en varias ocasiones los médicos intentaron apoyarse en curas, clérigos y ministros eclesiásticos para difundir el proyecto sanitario, esta "ayuda" o colaboración tenía sus propios límites. El concepto católico de caridad aun prevalecía; la penitencia hacia los enfermos era un medio para obtener indulgencias. Los rosarios, procesiones, penitencias, promesas y mandas - rituales de amplia participación social-, los *Te deum* y misas especiales -de participación elitistas- se convirtieron en

⁴⁴³Bolívar, 1900, p. 23

⁴⁴⁴APD, legajo: 40, documento: 000461. Correspondencia y comunicados del gobernador de Tamaulipas, 21 de octubre de 1898.

prácticas alternativas en combate a las enfermedades y males endémicos.

Sin duda, aun cuando el siglo XIX en general fue testigo de un proceso de secularización en el cual la medicina intentó basarse y fundamentar sus planteamientos a partir de preceptos científicos. Sin embargo, la religión continuó manteniendo un lugar significativo en las prácticas cotidianas.

En la Habana las iglesias y conventos eran concurridas por feligreses en busca de ayuda. Al mediar el siglo XIX el puerto cubano contaba

(...) en intramuros: El Sagrario, en la Iglesia Catedral; El Espíritu Santo, con las iglesias auxiliares de El Santo Ángel Custodio y El Santo Cristo; en extramuros se hallaba la parroquia de Guadalupe, que fue luego llamada de La Salud, y es actualmente, después de reconstruida, la Iglesia de la Caridad, y una auxiliar, la de Jesús María. Llevaban el título de "iglesias auxiliares de la Habana en el Campo" las de El Pilar, El Cerro, Jesús del Monte, El Calvario y El Quemado, esta última en Mariano, y la anterior, en el pueblo de su nombre.⁴⁴⁵

La situación que prevalecía en el Alto Caribe condujo a la búsqueda de alternativas y soluciones. Ciertamente se articuló un proyecto sanitario científico-oficial que se tradujo en una política internacional, pero éste generó una contraparte, una respuesta y una oposición, producto del

⁴⁴⁵González del Valle, 1952, p. 136.

imaginario colectivo y de las representaciones que el propio proceso de salud-enfermedad produjo y reprodujo.

Conclusiones.

El propósito central de esta investigación fue explicar el proceso de construcción del proyecto sanitario en la región del Alto Caribe, teniendo como marco el contexto político, económico, social y científico que se constituyó en el espacio formado por los puertos de Veracruz, la Habana y Nueva Orleáns.

En la segunda mitad del siglo XIX, tuvo lugar un proceso de consolidación y auge económico-mercantil regional definido por nuevas redes de mercado, inversiones de capital y creación de espacios comerciales. Los intereses creados en la región condujeron a que fuera considerada estratégica para el desarrollo y crecimiento de los capitales. Entre los principales inversionistas estuvieron los norteamericanos que desplegaron una política expansionista propia del destino manifiesto. La operación más evidente de ello fue la ocupación de la isla de Cuba y las inversiones regionales en el territorio mexicano. Empero, la geopolítica norteamericana respondía a cuestiones mucho más complejas relacionadas directamente con el expansionismo político y económico que

desplegó no sólo por el Caribe, sino en América Latina en general y otros puntos del orbe como las Filipinas.

A partir de este contexto se dibujó una política diplomática entre tres países (Cuba, México y los Estados Unidos) que buscó principalmente crear las condiciones de crecimiento de la actividad comercial centralizada en los puertos de la Habana, Veracruz y Nueva Orleáns en aras de constituir un vasto mercado con canales y vías de comunicación marítima adecuadas.

El triángulo formado por estos puertos fue un espacio en el cual tuvo lugar una serie de problemáticas de carácter político, económico y social, lo que sugirió una perspectiva de estudio regional, con la cual se intentó evidenciar cómo ciertos procesos rebasaron fronteras prefijadas o predeterminadas como son las políticas y las geográficas.

Esta investigación se circunscribe en una línea que busca explicar la historia del Caribe como un gran espacio o escenario de vínculos, contradicciones, similitudes y tensiones que definen la cultura caribeña, la cual se entiende en un sentido amplio de acción, confrontación y definición de perfiles políticos, económicos y sociales singulares. Fue posible hablar de tradiciones, usos y costumbres que conformaron la cultura regional, frente a un gran adversario la enfermedad.

El Caribe se definió como una región ampliada que se extiende hacia espacios que convencionalmente no son considerados como propios, pero que en su actuar y desarrollo ponen de manifiesto su caribeñidad. Tal es el caso de los puertos de Veracruz, Nueva Orleans y la Habana, los cuales conforman una extensión del Caribe. La presencia de enfermedades y condiciones de insalubridad aunada al desarrollo económico-mercantil -que allí se impulsó- llevó a definirse como una región con una problemática común, pero sin dejar de advertir las diferencias que puede haber con el resto del Caribe. Por ello se decidió llamarlo Alto Caribe.

Las condiciones insalubres que prevalecían en los puertos del Alto Caribe habían llevado a la proliferación de enfermedades que se convertían en epidemias, las cuales generaron una diversidad de reacciones y facetas políticas, económicas, sociales, culturales, ideológicas, científicas, etc. Por un lado, la presencia de las enfermedades constituía un obstáculo para el seguimiento de la política de libre comercio característica y propia del capitalismo de la segunda mitad del siglo XIX. Por el otro, las mismas enfermedades conformaron y delimitaron estilos de vida e imaginarios ante las mismas, y tuvieron un inmenso costo en víctimas.

Dichos imaginarios se plasmaron en una cultura regional frente al proceso salud-enfermedad, caracterizada por

actitudes, comportamientos y acciones para sobrevivir y contrarrestar la problemática. Existía una tradición cultural regional ante los problemas epidémicos, entendida como estilos de vida adecuados a las condiciones de supervivencia. La enfermedad llegó a definir lenguajes, signos, modismos, acciones, conductas y discursos (escritos y no escritos).

La situación de insalubridad y las demandas de saneamiento que fueron planteadas coincidieron con un momento de descubrimiento y experimentación de la ciencia médica. El progreso médico se conjugó con la búsqueda de la modernidad decimonónica, el auge del liberalismo y la adopción del método positivista como medio explicativo y de jerarquización científica.

Las ideas higienistas que habían encontrado eco y difusión en la comunidad europea fueron importadas, aplicadas, analizadas y mejoradas dentro de la práctica médica regional, lo mismo en el Caribe que en América del Norte y del Sur. Cabe mencionar que aún cuando la medicina tropical se desarrolló más en el Caribe, también existieron otros campos de experimentación como Brasil, algunos puertos del Pacífico como San Francisco, Mazatlán y Acapulco, y algunos puntos de Asia o África.

El saber médico contuvo nuevos elementos generados a partir de la dinámica de las campañas de saneamiento

articuladas para los puertos. Así, se constituyó un discurso escrito médico-científico adecuado a la regiones tropicales.

La prevención fue el principal concepto que perfilaba el discurso médico y la política sanitaria lo adoptó como medida primaria y en puntos extremos como única para combatir la enfermedad. La medicina y la política diplomática tomaron como fin común el saneamiento. Los distintos foros de discusión y acuerdos internacionales muestran dicha dinámica que habla de la parte formal del proyecto sanitario. Los foros de medicina fueron destinados para divulgar los avances médicos, las técnicas profilácticas y los descubrimientos de vacunas, terapias y medicamentos que condujeran a la erradicación de enfermedades infecto-contagiosas. Los mismos foros fueron paulatinamente tomando un carácter resolutivo y se pasó de la organización de congresos a la formación de convenciones sanitarias.

El discurso médico fue transportado al terreno de las relaciones exteriores, es decir, se intentó que los adelantos del saber médico se convirtieran en políticas y normatividad diplomática. A partir de esto se estructuró el proyecto sanitario, el cual contenía un discurso, una práctica y varias representaciones, las cuales en ocasiones se convertían en un lenguaje como fue la estadística.¹

¹ Valdría la pena apuntar que la estadística constituye un lenguaje en sí misma, que eventualmente dialoga con el discurso médico-político.

El discurso se nutrió de ideas higienistas y científicas médicas de la segunda mitad del siglo XIX, el cual buscó ser congruente con las ideas de modernidad y se cobijó bajo sus planteamientos. El proyecto se plasmó, entre otros aspectos, en crear una normatividad que regulara la convivencia diplomática, comercial y social. Las reglas de saneamiento fueron desde establecer una legislación marítima hasta delinear cánones y modelos de conducta entre la población portuaria. Hubo también una regulación de la conducta desde afuera a través de la legislación. Se puede afirmar que el surgimiento de la medicina tropical fue consecuencia de la necesidad de saneamiento para el desarrollo del capital acorde con las ideas de modernidad. Las modificaciones que esto generó en los espacios de vida cotidiana son posibles de visualizar en las imágenes, las representaciones e incluso las mitologías surgidas a partir de la problemática sanitaria.

El proyecto sanitario tuvo varios niveles: el médico-científico, el legal, el educativo, el naval y el urbano. El primero estuvo determinado por los avances de la medicina en el siglo XIX y por las investigaciones y propuestas del saber médico; el segundo correspondió a la parte normativa; el tercero buscó definir líneas y técnicas pedagógicas que condujeran a la asimilación de los preceptos higienistas; y

el cuarto a replantear el uso de los espacios en términos de ornato, funcionalidad e higiene de las ciudades-puertos.

Todo lo anterior generó varias respuestas que estuvieron determinadas por las diversas "lecturas" que se hicieron del proyecto sanitario. Si bien es cierto que algunos estratos sociales demandaban saneamiento, limpieza y ornato, otros por el contrario manifestaban su descontento por la aplicación de las normas higiénicas, no porque no desearan la limpieza de sus espacios, sino porque ello implicaba la interferencia en sus espacios privados y un costo personal inaceptable.

Esta percepción diferenciada causó protestas y resistencias sociales, que variaron de intensidad y frecuencia debido a diferentes factores: posición social, grado de instrucción, afectación por malas condiciones higiénicas, usos y costumbres, prácticas religiosas, etc. Ello condujo a un abanico de matices en dichas manifestaciones e incluso en la articulación de discursos (no necesariamente escritos) que expresaban su visión ante la problemática insalubre y epidémica.

No todo fue protesta y menos aún entendida como confrontación, pero quizá sí como tensión. A pesar de que muchos no aceptaban la propuesta estatal, sí proponían proyectos alternativos. El mejor ejemplo de ello fue la medicina popular y la práctica de la santería, que mantenían un cuerpo conceptual propio con signos y significantes del

saber popular. Las prácticas populares definieron un lenguaje y un conocimiento singular que bien podrían ser consideradas como categorías y nociones que expresaban su saber, como fue "el mal de ojo" para referirse a enfermedades con síntomas como el mareo, dolor de cabeza, o "el cuajo" para malestares estomacales.

Más allá de preguntas como si la medicina funcionaba o no o si el proyecto sanitario se logró o no, se tiene que medir la viabilidad de las ideas higienistas y de saneamiento. La aplicación y funcionalidad resultan importantes en términos explicativos, pero el punto medular es que este proyecto se planteó, articuló y legisló en aras de objetivos específicos de diferente índole política, económica, social, cultural, ideológica y científica, que estuvieron en constante tensión con el ámbito social al intentar abordar espacios anteriormente reservados al individuo, lejos de la mirada vigilante del Estado.

Siglas y Referencias

Archivos:

AGEV	Archivo General del Estado de Veracruz, México.
AHSS	Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México.
AHRE	Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores, México.
APD	Archivo Porfirio Díaz, Universidad Iberoamericana, México.
NAW	National Archives of Washington, El Colegio de México, México.
LC	Louisiana Collection, Tulane University, New Orleans, Louisiana, USA.
SC	Special Collection, Tulane University, New Orleans, Louisiana, USA.
BLAC	Benson Latin American Collection, University of Texas at Austin, Austin, Texas, USA.

Periódicos:

<u>El Diario del Hogar</u>	México, D.F.
<u>El Monitor Republicano</u>	México, D.F.
<u>El Partido Liberal</u>	México, D.F.
<u>El Universal</u>	México, D.F.
<u>La Voz de México</u>	México, D.F.
<u>El Economista Mexicano.</u>	México, D.F.
<u>El Dictamen.</u>	Veracruz, Veracruz.
<u>The Daily Picayune.</u>	New Orleans, Louisiana, USA.

Documentos impresos:

Cuba, Gobierno de.
1911

Actas y trabajos del Segundo Congreso Médico Nacional de la Habana, febrero de 1911. s/e.

Cuba, Gobierno Provisional.
1908

Censo de la República de Cuba bajo la administración provisional de los Estados Unidos en 1907, Washington, Gobierno de los Estados Unidos, Oficina del Censo.

Finlay, Carlos.
1967

Obras completas, Cuba, Academia de Ciencias de Cuba, Museo Histórico de las Ciencias Médicas Carlos J. Finlay.

Le Roy y Cassá, Jorge, et al.
1914

Anuario estadístico de la república de Cuba,
Habana, Imprenta siglo XX. Benson Latin American
Collection, Rare books, University of Texas.

Memorias
1853

Memorias sobre el estado político, gobierno y
administración de la isla de Cuba por el teniente
general Don José de la Concha, Madrid,
Establecimiento tipográfico de Don José Trujillo.

Ministerio de Ultramar.
1893

Código de sanidad marítima para la isla de Cuba,
Madrid, Ministerio de Ultramar, Imprenta de la
viuda de M. Minuesa de los Ríos.

Veracruz, Gobierno del estado de.
1900

Código sanitario del estado de Veracruz-Llave,
Xalapa, Gobierno del Estado.

1986

Veracruz informes de su gobernadores, México,
Gobierno del estado de Veracruz. (Comp. Carmen
Blázquez Domínguez)

1992

Cien viajeros en Veracruz. Crónicas y relatos,
México, Gobierno del estado de Veracruz. (Comp.
Martha Poblett Miranda)

Fuentes secundarias:

Academia de Ciencias de Cuba y Academia de Ciencias de la URSS.
1979

Atlas nacional de Cuba en el décimo aniversario de
la revolución, La Habana.

Aguirre Beltrán, Gonzalo.
1994

El negro esclavo en Nueva España. La formación
colonial, la medicina popular y otros ensayos,
México, Universidad Veracruzana, Instituto
Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de
Veracruz, CIESAS, Fondo de Cultura Económica.

Alberro, Solange.
1992

Cultura, ideas y mentalidades, México, El Colegio de México, *Lecturas de Historia Mexicana*, núm. 6.

Alberro, Solange y Serge Gruzinski.
1979

Seminario de historia de las mentalidades y religión en el México colonial, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Nevins, Allan y Henry Steele Commager con Jeffrey Morris.
1994

Breve historia de los Estados Unidos, México, Fondo de Cultura Económica.

Altman, Lawrence K.
1998

Who Goes First? The Story of Self-Experimentation in Medicine, California, USA, University of California Press Berkeley.

Amaro Mendes, Sergio.
1983

Alas amarillas, la historia de Carlos J. Finlay y su descubrimiento, Cuba, Editorial Científica-Técnica.

Ancona Riestra, Roberto (coordinador)
1996

Arquitectura de las haciendas henequeneras, México, Universidad Autónoma de Yucatán.

Barthes, Roland.
1999

Mitologías, México, Siglo XXI Editores.

Bazant, Jan.
1995

Historia de la deuda exterior de México, 1823-1946, México, El Colegio de México.

Bolívar Aróstegui, Natalia.
1990

Los orishas en Cuba, Cuba, Ediciones Unión, Unión de Escritores y Artistas de Cuba.

Bustamante, Miguel E.
1958

La fiebre amarilla en México y su origen en América, México, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Calavera Vayá, Anamaria.

1994

"El sistema crediticio español del siglo XIX y su reflejo en Cuba: Los comerciantes banqueros" en Cuba la perla de las Antillas. Actas de las I Jornadas sobre Cuba y su historia, Madrid, Ediciones Doce Calles.

Carrillo, Ana María.

1993

"Epidemias, ciencia, comercio, poder: Segundo Congreso Médico Panamericano" en Panoramas de Nuestra América. Historia del quehacer científico en América Latina, México, Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos, UNAM, núm. 3.

Crispin Castellanos, Margarito.

1993

"Algunos aspectos de la vida social en la Ciudad de México, durante la epidemia de cólera de 1833" en Revista Fuentes Humanísticas, año 3, núm. 7.

Cerruti, Mario.

1990

"Contribuciones recientes y relevancia de la investigación regional sobre la segunda parte del siglo XIX" en Balance y perspectivas de los estudios regionales en México, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México y Porrúa.

Connolly, Pricilla.

1997

El contratista de Don Porfirio: Obras públicas y modernización desigual, México, Fondo de Cultura Económica y Universidad Autónoma Metropolitana.

Contreras, Julio.

1992

Los comerciantes del porfiriato en el puerto de Veracruz, 1880-1890, Xalapa, Facultad de Historia, Universidad Veracruzana, (Tesis de licenciatura)

Chartier, Roger.

1992

El mundo como representación. Historia cultural: entre práctica y representación, España, Editorial Gedisa.

De Lahaye Guerra, Rosa María y Rubén Zardoya L.

1996

Yemayá a través de sus mitos, La Habana,
Editorial Ciencias Sociales.

Delaporte, Francois.

1989

Historia de la fiebre amarilla. Nacimiento de la
medicina tropical, México, Instituto de
Investigaciones Históricas, Universidad Nacional
Autónoma de México, CEMCA.

Domenech Figueroa, J.

1902

Guía general descriptiva de la República Mexicana.
Historia, geografía, estadística, etc., México,
Editor Ramón De S.N. Araluze.

Dublán, Manuel y José María Lozano.

1876-1904

Legislación mexicana o colección completa de las
disposiciones legislativas expedidas desde la
independencia de la República, México, Imprenta de
Comercio.

El Colegio de México.

1960

Estadísticas económicas del porfiriato. Comercio
exterior de México, 1877-1911, México, El Colegio
de México.

Falcón, Romana y Raymond Buve.

1998

Don Porfirio presidente..., nunca omnipotente:
hallazgos, reflexiones y debates 1876-1911,
México, Departamento de Historia, Universidad
Iberoamericana

Farias M., Alfonso y Sonia Casasús C.

1976

La mortalidad, La Habana, Centro de Estudios
Demográficos.

Fernández, Susan Jane.

1987

Banking, Credit, and Colonial Finance in Cuba,
1878-1895, USA, University of Florida. (Tesis
doctoral)

Flores, Francisco.

1982 (1888)

Historia de la medicina en México, México, Instituto del Seguro Social.

Foucault, Michel.

1996

El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, México, Siglo XXI Editores.

1997

Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión, México, Siglo XXI Editores.

Gracia Acosta, Virginia.

1992

Estudios históricos sobre desastres naturales en México, México, CIESAS.

García, Julio César.

1981

"La medicina estatal en América Latina (1880-1930)" en Revista Latinoamericana de Salud, núm. 1.

García de León, Antonio.

1990

"El norte de América Latina en el análisis regional" en Estudios Latinoamericanos, núm. 8, enero-junio.

García Díaz, Bernardo.

1996

La terminal ferroviaria de Veracruz, Xalapa, Veracruz, Sector Comunicaciones y Transportes y Ferrocarril Sureste.

García Quintanilla, Alejandra.

1992

"Salud y progreso en Yucatán en el XIX. Mérida: el sarampión de 1882" en Siglo XIX, año 1, núm. 3, junio.

García Pedrosa, José R.

1936

Legislación social de Cuba, La Habana, Biblioteca de la Revista Cubana de Derecho.

- Garrison, Fielding.
1966
Historia de la medicina, México, Editorial Interamericana.
- Ginzburg, Carlo.
1986
El queso y los gusanos. El cosmos visto según un molinero del siglo XVI, Barcelona, Muchnik.
- González del Valle, Francisco.
1952
La Habana en 1841, Cuba, Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana. Colección Histórica Cubana y Americana.
- González Navarro, Moisés.
1973
Historia moderna de México: El porfiriato: Vida social, México, Editorial Hermes.
- González Ortiz, Cristina y Guillermo Zermeño Padilla.
1988
Los Estados Unidos de Norteamérica, síntesis de su historia, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora y Alianza Editorial Mexicana.
- González Salas, Carlos.
1990
Tampico es lo azul: Crónicas de Tampico, Ciudad Madero y Ciudad Altamira, México, M. A. Porrúa.
- Grafenstein G., Johanna von.
1997
Nueva España en el Circuncaribe, 1779-1808. Revolución, competencia imperial y vínculos intercoloniales, México, Centro Coordinador y Difusor de Estudios Latinoamericanos, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guerra, Ramiro, et al.
1952
Historia de la nación cubana, Cuba, Editorial de la Nación Cubana.
- Hernández C., Raúl.
1988
La revolución demográfica en Cuba, Cuba, Editorial de Ciencias Sociales.

Hayward, Jonh Arthur.

1993

Historia de la medicina, México, Fondo de Cultura Económica, Colección Breviarios.

Herrera Canales, Inés.

1977

El comercio exterior de México, 1821-1875, México, El Colegio de México.

1983

"La circulación (Comercio y transporte en México entre los años de 1880 y 1910)" en México en el siglo XIX (1821-1910). Historia económica y de la estructura social, México, Editorial Nueva Imagen.

Hobsbawm, Eric.

1996

En torno a los orígenes de la revolución industrial, México, Siglo XXI Editores.

Hoffmann, Odile y Fernando Salmerón.

1997

Nueve estudios sobre el espacio. Representación y formas de apropiación, México, CIESAS y ORSTOM.

Kuhn, Thomas.

1993

La estructura de las revoluciones científicas, México, Fondo de Cultura Económica, colección breviaros.

Kuntz, Sandra.

1995

Empresa extranjera y mercado interno. El Ferrocarril Central Mexicano, 1880-1907, México, El Colegio de México.

Lain, Entralgo Pedro.

1997

Historia de la medicina, Barcelona, Editorial Masson.

Le Riverend, Julio.

1972

Historia económica de Cuba, España, Ariel.

Liceaga, Eduardo.

1949

Mis recuerdos de otros tiempos, México, Talleres Gráficos de la Nación.

López Austin, Alfredo.

1993

Textos de medicina náhuatl, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Luzon, José Luis.

1987

Economía, población y territorio en Cuba, (1899-1983), Madrid, Instituto de Cooperación Iberoamericana, V Centenario del Descubrimiento de América, Ediciones Cultura Hispánica del Instituto de Cooperación Iberoamericana.

Malvido, Elsa, et al.

1992

El cólera de 1833. Una nueva patología en México. Causas y efectos, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Marichal Salinas, Carlos. (coordinador)

1995

Las inversiones extranjeras en América Latina, 1850-1930. Nuevos debates y problemas en historia económica comparada, México. Fideicomiso Historia de las Américas, Serie Estudios. El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica.

Márquez, Lourdes.

1992

"El cólera en la Ciudad de México en el siglo XIX", en Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 7, núm. 1, enero-abril.

1994

La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el cólera, México, Siglo XXI Editores.

Martínez Cortés, Fernando.

1987

La medicina científica y el siglo XIX, México, Secretaría de Educación Pública.

McNeill, William.

1984

Plagas y pueblos, España, Siglo XXI Editores.

Medina Rubio, Aristides.

1985

"Teoría, fuentes y métodos en la historia regional", en Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad, vol. IV, núm. 15.

- Miller, Rory.
1993
Britain and Latin America in the Nineteenth and Twentieth Centuries, Nueva York, Longman Publishing.
- Miño Grijalva, Manuel.
1981
"Tendencias generales de las relaciones económicas entre México y España" en Tres aspectos de la presencia española en México durante el porfiriato, México, El Colegio de México.
- Morrison, Samuel Eliot, et al.
1980
Breve historia de los Estados Unidos, México, Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz, Laura.
1996
El interés geopolítico de México por el Caribe como espacio regional en el siglo XIX, México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. (Tesis doctoral)
- Naranjo, Consuelo y Armando García Conzález.
1996
Medicina y racismo en Cuba, La Laguna-Tenerife, Ayuntamiento de La Laguna y Centro de la Cultura Popular Canaria.
- Novo, Salvador.
1964
Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Organización de las Naciones Unidas.
1959
Diccionario demográfico plurilingüe, New York, USA, Comisión del Diccionario Demográfico de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Organización de las Naciones Unidas.
- Pérez Herrero, Pedro.
1992
Comercio y mercados en América Latina colonial, Madrid, MAPFRE.
- Pescador, Juan Javier.
1992
De bautizados a files difuntos, México, El Colegio de México.

- Pando y Villarroya, José Luis de.
1956
Diccionario marítimo, Madrid, España, Editorial Dossat S.A.
- Ricoeur, Paul.
1995
Tiempo y narración, México, Siglo XXI Editores.
- Rodríguez Centeno, Mabel.
1993
"La producción cafetalera mexicana. El caso de Córdoba, Veracruz" en Historia Mexicana, vol. XLIII, núm. 1, julio-septiembre.
- 1996
"México y las relaciones comerciales con Estados Unidos en el siglo XIX: Matías Romero y el fomento del café" en Historia Mexicana, México, El Colegio de México, vol. XLV, núm. 4, abril-junio.
- Rosenzweig, Fernando, et al.
1965
Historia moderna de México. El porfiriato: Vida económica, México, Editorial Hermes.
- Ruiz Moreno, Leandro.
1949
La peste histórica de 1871, Buenos Aires, Argentina, Editorial Nueva Impresora.
- Scott, James.
1985
Weapons of the Weak. Everyday Forms of Peasant Resistance, New Haven, Yale University Press.
- 1990
Domination and the Arts of Resistance, New Haven, Yale University Press.
- Secretaría de Salud y Asistencia.
1980
Control de enfermedades transmisibles, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Salubridad.
- Shlomowitz, Ralph.
1989
"Epidemiology and the Pacific Labor Trade" in Journal of Interdisciplinary History, Spring.

- Souto Mantecón, Matilde.
1996
La política y el comercio de una corporación tardía. El Consulado de Veracruz, 1781-1824, México, El Colegio de México, (Tesis doctoral)
- Stallings, Barbara.
1990
Banqueros para el tercer mundo. Inversiones de cartera de Estados Unidos en América Latina, 1900-1986, México, Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, Alianza Editorial Mexicana.
- Staples, Anne.
1977
"La lucha por los muertos" en Diálogos, núm. 77, septiembre-octubre.
- 1987
"Veracruz alrededor de 1821" en Secuencia, núm. 8, mayo-agosto.
- Stone, Irving.
1987
The Composition and Distribution of British Investment in Latin America, 1865 to 1913, New York and London, Garland Publishing Inc.
- Thompson, E. P.
1994
Historia social y antropología, México, Instituto de Investigaciones "Dr. José María Luis Mora", Cuadernos Secuencia.
- Touraine, Alain.
1984
El regreso al actor, Buenos Aires, EUDEBA (Editorial Universitaria de Buenos Aires)
- Van Young, Eric.
1991
"Haciendo historia regional: consideraciones metodológicas y teóricas" en Región e historia en México (1700-1850), México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Villanueva Mukul, Eric.
1984
Así tomamos las tierras. Henequén y haciendas en Yucatán durante el porfiriato, Yucatán, Colección Raíces.

Wagley, Charles.
1968

The Latin America Tradition. Essays on the Unity and the Diversity of Latin America Culture, New York, Columbia University Press.

Ward, Robert Decourcy.
1925

The Climates of the United States, United States, Havard University Press.

Wells, Allen y Gilbert Joseph.
1996

Summer of Discontent, Seasons of Upheaval. Elite Politics and Rural Insurgency in Yucatan, 1876-1915, California, Stanford University Press.

Young, George F.W.
1995

"Los bancos alemanes y la inversión directa alemana en América Latina, 1880-1930" en Las inversiones en América Latina, 1850-1930. Nuevos debates y problemas en historia económica comparada, México, Fideicomiso Historia de las Américas, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica.