

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**PROGRAMA DE POSGRADO EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS**

**PANAMERICANISMO Y SALUD PÚBLICA.**

**COOPERACIÓN ESTADOS UNIDOS-AMÉRICA LATINA: EL  
CENTRO DE HIGIENE Y ESTACIÓN DE ADIESTRAMIENTO EN  
ENFERMEDADES TROPICALES DE BOCA DEL RÍO, VERACRUZ.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS**

**PRESENTA:**

**PATRICIA GUADALUPE ALFARO GUERRA**

**ASESOR: MARÍA TERESA AGUIRRE COVARRUBIAS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A mi amada familia que ha sido mi inspiración para realizar cada proyecto en mi vida:  
Sarita, Nayeli y Nelson.**

**A todos los que han vencido sus miedos y se enfrentan cotidianamente a las  
adversidades de vivir en un mundo injusto.**

**En primer lugar debo agradecer la intervención de tres instituciones: La Universidad Nacional Autónoma de México, La Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de Salud, ya que de diferentes maneras colaboraron para consolidar la presente investigación.**

**Un especial reconocimiento es para la Mtra. María Teresa Aguirre Covarrubias, por su dedicación y excesiva paciencia hacia mí, ya que sin su apoyo no hubiese logrado consolidar el presente trabajo.**

**A los integrantes del Jurado de Tesis, a quienes agradezco el haber aceptado revisar mi investigación así como sus recomendaciones para mejorarla**

**A la Dra. María Luisa Rodríguez Sala quien ha sido a través del tiempo una formadora de recursos humanos en el área de sociales y humanidades, y que con su ejemplo impulsa a sus discípulos para ser cada día mejores tanto en lo académico como en lo humano.**

**A los colegas, que hicieron posible que se me concediera una beca institucional para cursar mi posgrado: Lic. Adriana Sarabia, Lic. Oscar Salas, Lic. Héctor Sarabia y Lic. Martín Caballero.**

**Un último agradecimiento se lo debo a los maestros, compañeros y amigos que de manera humilde y honesta me han hecho comprender que el quehacer histórico es un camino certero no sólo para alcanzar la emancipación personal, sino también la libertad social.**

## Índice

<b>Índice</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	4
<b>Capítulo I. Inicio, contexto y reinterpretación del panamericanismo, desde una visión latinoamericana</b> .....	11
1.1. Ideas acerca del origen y desarrollo del panamericanismo.....	12
1.2. Bolívar y su ideal hispanoamericanista.....	16
1.3 El Panamericanismo y la Doctrina Monroe.....	22
<b>Capítulo II. Convenios y controversias en las Conferencias Internacionales Americanas (1889-1938)</b> .....	26
2.1. Bolivarismo y Panamericanismo. Fines del Siglo XIX a inicios del Siglo XX.....	27
2.1.1. Primera Conferencia Internacional Americana (1889-1890).....	38
2.1.2. Segunda Conferencia Internacional Americana (1901-1902). ....	45
2.1.3. Tercera Conferencia Internacional Americana (1906). ....	48
2.1.4. Cuarta Conferencia Internacional Americana (1910). ....	49
2.1.5. Quinta Conferencia Internacional Americana (1923). ....	51
2.1.6. Sexta Conferencia Internacional Americana (1928). ....	54
2.1.7. Séptima Conferencia Internacional Americana (1933). ....	62
2.1.8. Octava Conferencia Internacional Americana (1938). ....	65
<b>Capítulo III. De las prioridades sanitarias a la salud pública: Las primeras Conferencias Sanitarias Panamericanas( 1902-1939)</b> .....	71
3.1 Primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, el preámbulo entre la doctrina panamericana y las políticas sanitarias continentales a inicios del Siglo XX.....	73
3.2. Segunda Convención General Sanitaria Internacional: Contribuciones latinoamericanas al conocimiento médico-sanitario.....	77
3.3. Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas: reconocimientos y dificultades del sanitarismo panamericano.....	81
3.4 Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas: ¿La asimilación del modelo médico- sanitario panamericano?.....	83
3.5. Quinta Conferencia Sanitaria Internacional: el enlace de ideas panamericanas y latinoamericanas.....	86
3.6 Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas: de la Nación al panamericanismo.....	88

3.7. Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas: la instauración de dos logros del sanitarismo panamericano: el Código Sanitario de 1924 y la política eugenésica. ....93

3.8. El mejoramiento de la raza americana y las acciones preventivas eugenésicas en los foros panamericanos de 1927 a 1939.....98

**Capítulo IV. Salud pública y presencia norteamericana a través de sus documentos e instituciones.....117**

4.1. El inicio de la salubridad pública en los Estados Unidos de Norteamérica.....118

4.2 Las relaciones multilaterales y el nuevo panamericanismo en el contexto de la Segunda Guerra Mundial.....130

4.3. Fin de la guerra y la nueva etapa del panamericanismo médico-sanitario.....139

**Capítulo V. Creación y objetivos de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.....158**

5.1. La División de Salud de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos.....164

5.2. El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, órgano de difusión del ideal médico-sanitario panamericano y norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial.....175

5.2.1. Los temas importantes en la sección “La sanidad y la Guerra.”.....177

**Capítulo VI. Establecimiento de un proyecto médico-sanitario panamericano en México.....191**

6.1. Cumplimiento de una política panamericana: La unificación de los servicios de salubridad y asistencia social en México.....194

6.2. ¿Intromisión o cooperación?: Funcionarios norteamericanos en la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.....211

6.3. Breve tiempo de una praxis cotidiana 1943-1957: La cimentación de la infraestructura sanitaria y la construcción de centros de higiene y estaciones de adiestramiento en México.....219

<b>Capítulo VII. Organización y funcionamiento del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río Veracruz.....</b>	<b>230</b>
7.1. Investigación aplicada y algunas controversias ocurridas en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz.....	246
7.2. La participación comunitaria y el rudimentario serpentario.....	253
7.3. Formación médico-sanitaria y vicisitudes de la vida cotidiana en la Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales.....	256
<b>Conclusiones.....</b>	<b>267</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>288</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>292</b>

## Introducción.

Como egresada de la licenciatura en Estudios Latinoamericanos he tenido la oportunidad de trabajar durante trece años en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, que es el lugar donde se conservan documentos que datan del siglo XVI hasta nuestros días, cuya temática versa sobre las instituciones encargadas de la salubridad y la asistencia social en México desde los primeros centros hospitalarios, educativos y asistenciales creados por las órdenes religiosas establecidas en la Nueva España, hasta la actual Secretaría de Salud.

De acuerdo con algunos autores clásicos,<sup>1</sup> los archivos que estuvieron en la antigüedad, como los que fueron encontrados en Egipto, Mesopotamia, Babilonia y Atenas, hasta los archivos históricos que están en la actualidad, tienen como funciones primordiales la de conservar la memoria de los pueblos y ser fuente de información de las ciencias sociales y humanísticas.

Gracias a mi formación como latinoamericanista, además de mi experiencia práctica como archivista, he logrado comprender la importancia del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud desde dos perspectivas que no son contrarias, sino complementarias. Desde el punto de vista histórico me he dado cuenta que hay mucha información que no se consulta y es importante divulgarla para un mejor conocimiento de la historia de la salubridad y asistencia en México y, desde una perspectiva archivística, es importante entender la historia institucional para poder identificar, organizar y clasificar la información respetando los principios de orden original y de procedencia, sin embargo cuando no existen estudios serios del acontecer histórico institucional, por un lado tendremos una historia parcial y en consecuencia una deficiente organización archivística, es decir que la tarea del historiador no se separa de la del archivista, sino que ambas son necesarias para realizar un trabajo de calidad y que mejor manera de realizar esta tarea que elaborando una tesis de grado con esos materiales.

La presente tesis de maestría tuvo su origen en el año de 2002, cuando me encontraba realizando un artículo que se divulgaría en los “Cuadernos para la Historia de la Salud”, publicación oficial del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud; el tema trataba acerca de la

---

<sup>1</sup> Ducheim, Michel. “Características, estructuras y funciones de los archivos históricos” en *Pensamiento Universitario* núm.33, México, Universidad Nacional Autónoma de México, s.f. Cruz Mundet, José Ramón. *Manual de archivística*. España, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 1999. y Heredia Herrera, Antonia. *Archivística general, teoría y práctica*. España, Diputación Provincial de Sevilla, 1987.



cooperación científica entre el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) y el Manicomio General de México.

Durante el proceso de investigación, encontré información en fuentes primarias que constataban la existencia de centros de higiene y centros de adiestramiento regionales establecidos durante la Segunda Guerra Mundial que colaboraron con el ISET y otras instituciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Otro dato importante localizado fue que dichos centros fueron asistidos técnica y financieramente por el Instituto de Asuntos Interamericanos, que perteneció al Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica.

Estas evidencias documentales originaron diversas inquietudes que se resumen en dos interrogantes ¿Por qué se fundaron estos centros durante este período? y ¿De qué manera se llevó a cabo la asistencia norteamericana?, ya que en las fuentes secundarias referentes a la historia de la salud pública en México no hay muchas referencias acerca de estos centros.

Primordialmente los especialistas en la historia de la salud pública en México, se interesan en detallar los logros alcanzados por las grandes instituciones de investigación, enseñanza y asistencia médica, así como en destacar las contribuciones de los médicos, las enfermeras e ingenieros ilustres que participaron en las campañas sanitarias o en otras actividades relacionadas con la medicina o la salubridad, pero dejan de lado a las sedes de asistencia médico-sanitaria ubicadas en zonas rurales o urbanas marginales y a sus trabajadores de extracción humilde. Ante esta omisión histórica se consideró que era imprescindible iniciar una investigación respecto a estos Centros, para conocer la trascendencia social que tuvo su cooperación científica con las instituciones de gran prestigio.

Existieron varios centros de higiene y estaciones de adiestramiento distribuidos por toda la República Mexicana, hacer un trabajo al respecto de todos éstos sería una tarea enorme, puesto que, aunque tuvieron objetivos similares, cada uno poseyó sus propias características dependiendo de la región en que se localizara, por lo tanto, decidimos limitarlo a un sólo centro de higiene y estación de adiestramiento. Los criterios para seleccionarlo fueron tres: en primera instancia que estuviera en estrecha colaboración con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, porque esta institución representaba la vanguardia en la investigación epidemiológica en México en la década de los años 40's del siglo XX. En segundo lugar, que se ubicara en una comunidad pobre; finalmente, y de acuerdo con los expertos sanitarios del continente, que éste se construyera con el fin de que fuera no sólo una institución regional y nacional, sino que tuviera tales alcances que pudieran fortalecer el ideal médico-sanitario

panamericano. El más adecuado a estos requisitos, fue el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, en el Estado de Veracruz.

¿Pero, qué tipo de relación se pretendía que tuviera el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz con la Organización Sanitaria Panamericana y con el Instituto de Asuntos Interamericanos? Para responder esta interrogante, en primer término era indispensable revisar la historiografía referente al panamericanismo para contextualizar mi objeto de estudio, y la segunda tarea fue la de investigar las estrategias en salud pública,<sup>2</sup> tanto panamericanas como norteamericanas, para diferenciarlas o en su caso constatar que eran similares.

Para resolver estas preguntas se dividió en siete capítulos la tesis. El primer capítulo se refiere a una breve semblanza de cómo surge la doctrina panamericana y las diferentes interpretaciones en torno a ella, ya que el panamericanismo es un concepto debatible a causa de su origen y sus connotaciones políticas y sociales, los ensayistas seleccionados fueron: Alonso Aguilar Monteverde, Arturo Ardao, Carlos Bosch García, Carlos Marichal, Félix Fernández Shaw, Francisco Cuevas Cancino, Frank Donovan, Gordon Connel-Smith, Lev Zúbok, Luis Hernández Solís, José María Yepes, José Martí, Pedro de Alba y Samuel Flagg y Bemis.

También se consideraron las ideas bolivarianas de integración económica y política, ya que diferentes ensayistas asientan que éstas se convirtieron en una vertiente importante para la negociación diplomática durante la era panamericana, además se retoman los postulados más importantes de la doctrina Monroe, que originaron una de las bases ideológicas más importantes de la doctrina panamericana.

El segundo capítulo corresponde al análisis de la praxis del ideario panamericano que se fue construyendo con la participación de los delegados latinoamericanos y norteamericanos, durante las ríspidas negociaciones que se presentaban en las Conferencias Internacionales Americanas desde 1889 hasta 1938, enfatizando los asuntos sanitarios y algunas discusiones

---

<sup>2</sup> Este concepto de salud pública durante los primeros años del panamericanismo no era tan difundido, sino que varios especialistas recurrieron a significados como sanidad pública, higiene pública o salubridad pública, cuando hicieron referencia a las acciones necesarias que buscaban el bienestar físico, mental y social, la protección de las enfermedades prevenibles, el cuidado del medio ambiente mediante la voluntad integral y organizada de la comunidad (reflexión basada en la definición de salud pública de Winslow, 1920). Sin embargo, otros autores diferenciaron a la sanidad pública, a la higiene pública y a la salubridad pública como conceptos diferentes, por lo cual en nuestra investigación para evitar confusiones terminológicas señalamos constantemente el término médico-sanitario, para especificar las labores de infraestructura sanitaria que se realizaban junto con las actividades de asistencia médica.

de índole política que esclarecen cuáles eran los temas más delicados a tratar entre los representantes latinoamericanos y norteamericanos.

El tercer capítulo tiene como propósito conocer las diferentes posturas tanto de los delegados estadounidenses como de los latinoamericanos respecto al conflicto de intereses que representaba la asimilación de la política panamericana en las conferencias sanitarias continentales, y en que manera estas negociaciones trascendieron en las resoluciones finales.

Es importante considerar que los participantes de las conferencias sanitarias panamericanas no eran políticos sino hombres de ciencia que habían dedicado toda su vida a alguna rama sanitaria o médica, por lo tanto, sus perspectivas eran diferentes a las de los asistentes a las conferencias panamericanas de índole comercial, que tuvieron como objetivo principal el de defender los intereses económicos de sus propios países, en cambio, para los médicos e ingenieros sanitarios involucrados en el sistema panamericano, su responsabilidad no se limitaba a este designio, sino que su propia formación profesional los comprometió a participar con cierta rectitud y objetividad respecto a las resoluciones llevadas a cabo en cada reunión, además la mayoría había estudiado en universidades europeas y norteamericanas, por lo tanto existía entre ellos ciertas coincidencias teóricas y prácticas.

El cuarto capítulo es un repaso del Clío de la salud pública norteamericana, para comprender de que manera se construyó su organización médico-sanitaria, y cuyo modelo se pretendió difundir e imponer en América Latina a través de sus publicaciones e instituciones públicas y privadas a lo largo del Siglo XX, para conseguir esta tarea la mayoría de sus publicaciones fueron traducidas al español y portugués, cabe señalar que la misma farmacopea estadounidense tuvo una edición en español con la intención de que todos los países latinoamericanos admitieran sus nomenclaturas.

También en este capítulo se citan las participaciones de los representantes panamericanistas a partir de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana y cual era la postura de cada uno de ellos frente a las acciones que se debían decidir ante la inminente guerra mundial. Esta revisión continúa hasta la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana en la cual se define la nueva perspectiva de los Estados Unidos de Norteamérica frente a la Organización Sanitaria Panamericana integrada a la Organización Mundial de la Salud.

El quinto capítulo describe como surge la Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas durante el año de 1940. Esta oficina

constituyó una estrategia del Estado norteamericano para contener futuras intervenciones políticas y económicas de los países integrantes del Eje. Por las mismas razones se estableció dos años después dentro de esta Oficina una división de salud en el año de 1942, que inició una serie de convenios bilaterales en salud pública con 15 países de América Latina: Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. También en este capítulo se da cuenta del contenido del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, órgano de difusión del ideal médico-sanitario panamericano y norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial.

El sexto capítulo se refiere a la participación de México en el sistema panamericano y de que manera se va definiendo su estructura médico-sanitaria a mediados del Siglo XX. Además, en este capítulo se revisa el funcionamiento de la Dirección de Cooperación Interamericana en Salubridad Pública instalada en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y cuya función principal era la de administrar y suministrar los recursos económicos enviados a los centros de higiene y estaciones de adiestramiento construidos en todo el país en la década de los cuarenta, entre otros proyectos de salud pública llevados a cabo por el Instituto de Asuntos Interamericanos, además de ser la unidad administrativa encargada de la relación científica entre los expertos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los médicos de la "Misión" enviados por el Instituto de Asuntos Interamericanos de los Estados Unidos de Norteamérica.

En el séptimo capítulo se analizan las principales actividades del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, que correspondieron a la de un centro de higiene, una estación de adiestramiento y la de un hospital, y cuyos trabajadores tuvieron que convencer a los pobladores de que acudieran a este sitio y a que colaborasen en los quehaceres médico-sanitarios para mejorar su nivel de vida. Este capítulo tiene como finalidad la de deducir cuáles fueron las ideas teóricas y prácticas tanto del sanitarismo panamericanismo como del estadounidense, llevadas a cabo en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz.

En suma, la presente investigación tiene un enfoque analítico que abarca un periodo de "larga duración"<sup>3</sup> que inicia en el siglo XIX y termina en la siguiente centuria. Para concretar esta disertación metodológicamente se va de lo general a lo particular, de un análisis

---

<sup>3</sup> De acuerdo a Fernand Braudel, para comprender los procesos históricos se debe recurrir a un estudio de larga duración, ya que el acontecimiento tiene diversos significados o relaciones que se extienden a su corta duración.

historiográfico acerca de las principales ideas que constituyeron el proyecto panamericano, hasta el estudio de caso de una institución que consolidó este ideal.

Como era de esperarse, cada capítulo tuvo una dificultad diferente para lograr concretarse. Uno de los inconvenientes encontrados para formalizar el primer capítulo fue que existe una amplia bibliografía de este tema, por lo cual se decidió elegir a ciertos autores que representasen las diferentes concepciones teóricas respecto al panamericanismo y que algunos de ellos hubieran participado en actividades diplomáticas.

A lo largo del segundo capítulo se hizo necesaria una búsqueda en fuentes primarias, en el Archivo Histórico “Genaro Estrada” de la Secretaría de Relaciones Exteriores, los documentos respecto a las Conferencias Panamericanas realizadas desde 1889 hasta 1938, también son copiosos. Estos archivos se encuentran ubicados en la Serie llamada (LE) y la información abarca un periodo que va de 1771 a 1982. Las actas, discusiones, reglamentos y programas de las Conferencias Panamericanas, ofrecen información acerca de las políticas de arbitraje interamericano, del desarrollo histórico de la proscripción del derecho de conquista, de los convenios y acuerdos políticos, culturales, laborales, sociales, y económicos entre las naciones americanas, de los conflictos regionales entre los países, de la lucha ideológica entre los latinoamericanos y los estadounidenses entre otros asuntos importantes.

Para el tercer capítulo, el referente a las conferencias sanitarias, el material de fuentes primarias se encuentra en el Archivo Histórico “Genaro Estrada” de la Secretaría de Relaciones Exteriores, en la biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud <sup>4</sup> y en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. En los documentos de dichas Conferencias encontramos datos significativos acerca de las acciones sanitarias llevadas a cabo en el continente, como el establecimiento de la policía sanitaria interamericana, reformas a las cuarentenas, medidas de asepsia en las fronteras y puertos, reglamentos sanitarios, cursos para especialistas en higiene, elaboración del código sanitario panamericano, disposiciones en sanidad militar, construcción de obras de ingeniería sanitaria, políticas eugenésicas, tratamientos médicos para diversas enfermedades y estrategias para preservar la higiene industrial.

Existen diversas reseñas históricas de la Organización Sanitaria Panamericana como las elaboradas por Miguel Bustamante, Gregorio Márquez y Marcos Cueto, entre otros autores,

---

<sup>4</sup> Es importante destacar nuestro más profundo agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud, por haber facilitado de manera gratuita los materiales digitalizados de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

además de las realizadas por los escritores que procesaban las editoriales del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; sin embargo, ninguno de ellos ahondarían en los debates de las Conferencias Sanitarias, ya que su objetivo fue el de dar un panorama histórico general de esta organización continental, por esta razón en el cuarto capítulo aparte de realizar una síntesis de las reuniones, se incluyeron algunos debates que evidencian los temas más conflictivos entre los sanitaristas.

El quinto capítulo también se elaboró con las fuentes primarias donadas por la OPS y algunas otras localizadas en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, el Archivo General de la Nación y el Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, además de los materiales bibliográficos localizados en la Biblioteca del Instituto Mora y en la Biblioteca Benjamín Franklin. Cabe destacar las atenciones recibidas del personal en esta última institución, las cuales aun continúan debido a que se estableció una relación académica con esta institución. La reciprocidad consiste que esta biblioteca, dependiendo del tema que el usuario este desarrollando, le envía bibliografía o hemerografía e invitaciones a los eventos que organizan como conferencias y proyección de películas.

Los dos últimos capítulos se estructuraron con una gran variedad de materiales de fuentes primarias y secundarias encontradas en diversas instituciones, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, el Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México, el Archivo Histórico del Agua, El Archivo Histórico de la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión, la Biblioteca del Congreso, la Biblioteca México y el Instituto Nacional de Salud Pública. Por la gran cantidad de materiales localizados en la Ciudad de México referentes al Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, se evaluó que con esta información era suficiente para cubrir las expectativas de la presente investigación, pero queda pendiente consultar los recintos veracruzanos para realizar un proyecto de doctorado relacionado con este mismo Centro y con el Centro de Bienestar Social Rural, para profundizar en la relación social entre los pobladores y los trabajadores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## **Capítulo I. Inicio, contexto y reinterpretación del panamericanismo, desde una visión latinoamericana.**

La integración de América Latina fue un ideal perseguido por los pensadores del Siglo XIX, y uno de los más importantes fue Simón Bolívar, quien propugnó en la *Carta de Jamaica* redactada en 1815, por una federación de los países latinoamericanos, con una estructura de carácter supranacional de toda Sudamérica, desde Chile hasta México. Años después, el caudillo concretó su ideal en la Gran Colombia con los países actuales de Panamá, Colombia, Venezuela y Ecuador, sin embargo, el intento duró sólo once años, de 1819 a 1830.

Otro proyecto diferente de integración surge a finales del Siglo XIX, el panamericanismo. De acuerdo al Diccionario de Filosofía Latinoamericana coordinado por el Dr. Horacio Cerutti Guldeberg y el Dr. Mario Magallón Anaya, éste fue un “modelo de ideología de integración económica, política y cultural de los países americanos bajo la hegemonía de los Estados Unidos de Norteamérica de conocida inspiración monroista, en definida oposición al latinoamericanismo de raíz bolivariana que sólo abarcaba en sus inicios la unidad entre las repúblicas hispanoamericanas, y con el cual suele confundirse en su aplicación terminológica siendo conceptos muy diferentes”.<sup>1</sup> Los autores para resolver este conflicto conceptual adoptan los términos de “old” latinoamericanismo que abarca del Congreso de Panamá (1826) hasta la primera Conferencia Internacional Americana (1889-1890) con la cual se inicia el “new” latinoamericanismo. Pero, ¿De dónde surge esta confusión de términos?, ¿De interpretaciones equivocadas o de la comprensión cotidiana?

Basta recordar, que los primeros autores que escriben acerca del panamericanismo son precisamente los mismos actores que lo están construyendo, políticos, diplomáticos, militares y médicos, tanto latinoamericanos como norteamericanos, quienes, a finales del Siglo XIX y principios del Siglo XX, participan y resisten a las imposiciones estadounidenses. Es importante subrayar el término “resisten”, porque no es tan cierto que los latinoamericanos aceptaran sin cortapisas las políticas mercantiles, económicas, aduaneras, diplomáticas y sanitarias, establecidas por el imperio norteamericano. Aunado a ello es importante destacar que también, no todos los norteamericanos estaban dispuestos a sujetarse a las alianzas panamericanas, porque esta situación significaba en los hechos una integración económica, política y cultural con los otros países americanos- aunque estos estuvieran supeditados a su supremacía -; sin

---

<sup>1</sup> Cerutti, Horacio y Mario Magallón. *Diccionario de filosofía latinoamericana*. México, Universidad Autónoma del Estado de México, 2000, p.263.

embargo, esta circunstancia estaba en contra de su tradicional esencia individualista y aislacionista.

Los siguientes investigadores interesados en el panamericanismo se ubican después de la Revolución Rusa y sus análisis están fuertemente ideologizados, ya que existe en el ambiente intelectual un elevado antiimperialismo o procomunismo o viceversa. Ya durante la segunda mitad del Siglo XX los autores empiezan a realizar una interpretación más objetiva del panamericanismo, y emprenden el rescate de fuentes primarias que provienen de las actas de los congresos, convenciones y reuniones del sistema panamericano. En ellas, se asientan las participaciones latinoamericanas que tienen una clara inspiración bolivariana y que, no en pocas ocasiones, combinan sus posiciones con las del panamericanismo imperante, ¿Entonces es una confusión terminológica o realmente existió la coexistencia de ideas entre el bolivarianismo y el panamericanismo?

### 1.1. Ideas acerca del origen y desarrollo del panamericanismo.

Autores como Luis Hernández Solís y Pedro de Alba <sup>2</sup> afirman que los antecedentes *pluricentenarios* del panamericanismo proceden de una herencia ibérica que se remontan a las ideas progresistas de Francisco de Victoria. Este humanista renacentista argumentaba que América era un continente que no “debía jurídicamente, ser susceptible de conquista, ni colonización por parte de Europa, ni aún por España”.<sup>3</sup> Sus ideas se contraponen, desde luego, a las proclamas expedidas durante los reinados de Carlos V, Felipe II y Carlos II que ordenaban que la América era una unidad regional imposible de disolver.

Y porque es nuestra voluntad y lo hemos prometido y jurado que siempre permanezcan unidas (las colonias americanas) para su mayor perpetuidad y firmeza, prohibimos la enajenación de ellas. Y mandamos que en ningún tiempo puedan ser separadas de nuestra real Corona de Castilla, desunidas ni divididas en todo o en parte, ni sus ciudades villas ni poblaciones, por ningún caso ni a favor de ninguna persona.<sup>4</sup>

De acuerdo con Hernández Solís, esta idea de unidad se fue transformando de un derecho interno español a un reconocimiento internacional que se expuso en el Tratado de Utrecht en 1713, reafirmado por España y Portugal en 1750 cuando se definen las fronteras coloniales de las dos coronas. Por otro lado este mismo autor argumenta que desde el principio de intangibilidad de los territorios americanos que había ordenado Carlos V se encuentra el origen de la Doctrina Monroe.

<sup>2</sup> Citado por Alba, Pedro de. *De Bolívar a Roosevelt democracia y Unidad de América*, México, Ediciones Cuadernos Americanos 15, 1949, p.213.

<sup>3</sup> Citado por Hernández Solís, Luis. *El panamericanismo una moderna interpretación*. Tesis de Licenciatura en Derecho, UNAM, México, 1944, p.20.

<sup>4</sup> *Ibidem.*, pp. 20-21.



De lo dicho aparece como peculiaridad latinoamericana esta predisposición a la independencia y a la unidad continental que el Derecho Público aplicable a la colonia le infundiera. Este fue el punto de inserción que encontró la Doctrina Monroe en Latinoamérica que la sintió como suya por esa singular disposición anímica, y que la acogió sin estructurar los peligros.<sup>5</sup>

Hernández Solís señala que la representación de una confederación americana quedaba establecida durante la colonia y enarbolada durante los años difíciles de la lucha por la independencia como un ideal a alcanzar, uno de sus precursores más importantes fue Francisco de Miranda cuando firma el histórico Pacto de los Americanos en París en 1797.

En tal proyecto participan naturales de las diversas colonias americanas, pretendiendo la creación de los Estados Unidos de la América del Sur, un vasto imperio que se extendiera desde el Missisipí hasta la Tierra del Fuego, en forma de confederación y bajo el mando constitucional de un superior denominado Inca.<sup>6</sup>

Este mismo autor afirma, que Simón Bolívar, Francisco Miranda, Juan Egaña, José Cecilio del Valle, San Martín, Lucas Alamán, Hidalgo y Morelos entre otros fueron caudillos e ideólogos que pugnaron por la unidad americana, pero Bolívar fue el que concretó en la teoría y la praxis dicho anhelo.

Prueba de ello es que los grandes capitanes de la independencia pretendían luchar para todo el continente, en nombre no sólo de sus países, sino de toda América. Así Hidalgo y Morelos se llamaron "Generales de América"; San Martín luchó no sólo por la Argentina, sino por Chile y el Perú. Bolívar fue, sin duda, en este sentido del ideal unionista latinoamericano, el más previsor y el más esclarecido político de la época.<sup>7</sup>

Para Bolívar, los hispanoamericanos eran una raza diferente al pueblo europeo y norteamericano y, frente a la amenaza de perder nuevamente su libertad ante estas naciones, era un deber unir a las nuevos estados contra los intereses extranjeros, además que concebía la alianza de los países hispanoamericanos como algo natural por tener estos una historia común, pero puntualizaba que sería imposible establecer un sólo gobierno por las características sociales, políticas y económicas de cada región:

Es una idea grandiosa pretender formar de todo el mundo nuevo una sola nación con un solo vínculo que ligue sus partes entre sí y con el todo. Ya que tiene un origen, una lengua, unas costumbres y una religión, debería tener un solo gobierno que confederase a los estados que hayan de formarse: más no es posible porque climas

---

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 22-23.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p.23.

<sup>7</sup> *Ibidem.*, p.26.

remotos, situaciones diversas, intereses opuestos, caracteres desemejantes, dividen la América.<sup>8</sup>

Bolívar, a través de sus cartas, discursos y proclamas realizados durante toda su vida evidencia la manera y las características en que debía construirse la unificación hispanoamericana:

Nuestras repúblicas se ligarán de tal modo, que no parezcan en calidad de naciones sino de hermanas, unidas por todos los vínculos que nos han estrechado en los siglos pasados, con la diferencia de que entonces obedecían a una sola tiranía, y ahora vamos a abrazar una misma libertad con leyes diferentes y aun Gobiernos diversos; pues cada pueblo será libre a su modo y disfrutará de su soberanía, según la voluntad de su conciencia.<sup>9</sup>

Esta definición establecerá una interpretación original de alianza hispanoamericana cuyo rasgo más importante fue que se instauraría a la futura organización política como una confederación de naciones en la que se respetaría la soberanía de cada una de ellas. Partiendo de esta premisa y, revisando la historiografía acerca de Simón Bolívar, existe una fuerte polémica en lo que respecta a como se ha entendido el discurso bolivariano. Para algunos autores como Antonio Gómez Robledo y Pedro de Alba, el ideario bolivariano representa *la génesis del panamericanismo, o del panamericanismo auténtico* como lo define Luis Hernández Solís. En contraposición de estas ideas se encuentran diversos autores como Horacio Cerutti, Mario Magallón, Alonso Aguilar Monteverde, Frank Donovan entre otros, que afirman que las concepciones de Bolívar no tienen nada de relación con el discurso construido a finales del Siglo XIX conocido como panamericanismo, que fue elaborado por una élite financiera y estatal norteamericana.

La mayoría de los autores revisados coinciden en que la primera vez que se utilizó el término *panamericanismo* fue en un diario de Nueva York, el *The Evening Post* del 5 de marzo de 1888 con motivo de la celebración de la Primera Conferencia Internacional Americana. Arturo Ardao especifica que el concepto de panamericanismo deriva de Pan América, término creado en los Estados Unidos de Norteamérica en 1889 y utilizado en la primera conferencia continental convocada por ese país e institucionalizado en la IV Conferencia celebrada en Buenos Aires. Ardao afirma que el autor y el ejecutor del proyecto fue el político y empresario norteamericano James G. Blaine, por estos motivos es inseparable el origen y el sentido de este movimiento. Ardao sin embargo, coincide que el germen del panamericanismo y latinoamericanismo se encuentra en los Congresos de Panamá-Tacubaya.

<sup>8</sup> Bolívar, Simón. “Contestación de un americano meridional a un caballero de esta isla, Kingston, 6 de septiembre de 1815” en *Escritos Políticos*, México, Editorial Porrúa, (Sepan Cuantos, 495), 1999, p.88.

<sup>9</sup> Bolívar, Simón. “Cartas del libertador en el período comprendido entre el 3 de agosto de 1825 al 16 de febrero de 1828, al señor J. Hipólito Unanue el 25 de noviembre de 1825 en Lecuna, Vicente (comp.). *Simón Bolívar. Obras Completas*, Tomo III. Colombia. Ecoe Ediciones. 1979, pp. 92-93.

La apelación que se hacía en aquella oportunidad- desde la óptica norteamericana- con el término Pan América, se explica, en cuanto al término mismo, por la boga que llegaron a tener a cierta altura del siglo XIX los llamados “panismos”: movimientos ideológicos internacionales tendientes a reunir- de preferencia en torno a un centro dominante- países, pueblos o comunidades de parentesco más o menos estrecho en las cuestiones étnica, lingüística o cultural...El advenimiento del “panamericanismo” introdujo la novedad de un “panismo” de fundamentación geográfica a escala continental como iban a serlo en nuestro siglo el “paneuropeísmo”, el “panasiatismo” y el “panafricanismo”.<sup>10</sup>

Para Alonso Aguilar Monteverde, pretender que el origen del panamericanismo se estableció en el Congreso liderado por Simón Bolívar en 1826, es desvirtuar los verdaderos propósitos del libertador y en los cuales nunca estuvieron de acuerdo los Estados Unidos de Norteamérica:

[...] dos concepciones opuestas sobre la seguridad, la libertad y la paz del continente: el panamericanismo de Jefferson, de Monroe y Clay, precursor del sistema de subordinación latinoamericana establecido hacia fines del siglo, y el latinoamericanismo de Bolívar, de San Martín y de Morelos, exponentes a su vez de la lucha de nuestros pueblos por su plena independencia.<sup>11</sup>

Frank Donovan argumenta que Simón Bolívar no es el padre del panamericanismo sino del hispanoamericanismo, ya que su proyecto no incluía en un principio a los demás estados americanos sino sólo a los que tuvieran una herencia ibérica.

Por otro lado, Gordon Connell–Smith afirma que junto con el surgimiento del panamericanismo a finales del siglo XIX nace el sistema interamericano que se institucionaliza en la Unión Internacional de Repúblicas Americanas en 1890. Se trata del organismo de cooperación internacional más antiguo de la vida moderna. Para Connell, los Estados Unidos de Norteamérica fueron los iniciadores del movimiento panamericano como sistema, pero no de la idea de la cooperación interamericana que deriva de los postulados de Bolívar, “el objetivo principal de los Estados Unidos de Norteamérica al iniciar el movimiento panamericano, era ganar adhesión a su política de limitar la influencia extracontinental en el hemisferio occidental.”<sup>12</sup> Connell-Smith argumenta que para entender el surgimiento de los Estados Unidos de Norteamérica como potencia mundial se debe analizar que esta situación estuvo estrechamente relacionada con el fomento al movimiento panamericano.

<sup>10</sup> Ardao, Arturo. “Panamericanismo y latinoamericanismo” en Zea Leopoldo (coord.), *América Latina en sus ideas*. México. UNESCO-SIGLO XXI, 1993, p.158.

<sup>11</sup> Aguilar Monteverde, Alonso. *El panamericanismo de la Doctrina Monroe a la Doctrina Johnson*. México, Cuadernos Americanos, 1965, p.25.

<sup>12</sup> Connell-Smith, Gordon. *El sistema Interamericano*. México, Fondo de Cultura Económica, México, 1971, p.28.

Los Estados Unidos iniciaron el movimiento panamericano en la década de 1880, por tres motivos principales. Primero, el gran incremento de su producción económica, que siguiera a su Guerra Civil, la incitó a extender su comercio exterior; la América Latina resultaba campo propicio para tal extensión, especialmente por que los Estados Unidos de Norteamérica tenían una balanza de pagos desfavorable con sus vecinos del sur. En segundo lugar, los intereses económicos y financieros europeos estaban firmemente arraigados en América Latina y, de acuerdo con ciertos norteamericanos influyentes, debían ser contraatacados tanto por motivos políticos como económicos. En tercer lugar aunque de ninguna manera de importancia menor, los conflictos tales como la Guerra del Paraguay y la Guerra del Pacífico mostraron la urgente necesidad de establecer un mecanismo de paz interamericana, tanto para prevenir la posible intervención europea, como para alcanzar la situación de estabilidad necesaria que permitiera un considerable incremento del comercio estadounidense en la región.<sup>13</sup>

Para comprender y explicar las diferencias entre las concepciones que afirman que el panamericanismo es de principio bolivariano y las que defienden que se origina de los estadistas norteamericanos, es necesario reflexionar sobre los postulados de Bolívar acerca de la unión americana y las propuestas emanadas de los representantes norteamericanos respecto a la forma en que debería construirse una integración económica y política entre las naciones recién independizadas en América, para ello, es imprescindible revisar los postulados más importantes de cada doctrina.

## **1.2. Bolívar y su ideal hispanoamericanista.**

Desde sus primeros escritos a principios del Siglo XIX, Bolívar deja vislumbrar su anhelo por lograr una alianza sudamericana; tiempo más tarde, esta idea tuvo alcances más amplios pues incluyó en ella a todos los estados hispanoamericanos para culminar con una probable unión americana que exceptuaba a los Estados Unidos de Norteamérica.

Para Bolívar era un hecho natural la hermandad de las repúblicas hispanoamericanas ya que formaban una unidad de costumbres y anhelos semejantes, y estaba tan convencido de ello, que aseguraba que cualquier invasión a su país sería repudiada por las naciones continentales.<sup>14</sup> Para lograr esto, Simón Bolívar consideraba que en primer término se debía crear una autoridad con la jerarquía suficiente para organizar la defensa y organización política de los pueblos hispanoamericanos, para ello, propuso la conformación de una Asamblea de Plenipotenciarios que representará a cada uno de los países del continente americano, “que nos sirviese de consejo en los grandes conflictos de punto de contacto en los peligros

<sup>13</sup> *Ibid.*, pp. 61-62.

<sup>14</sup> Bolívar, Simón. “Reflexiones sobre el estado actual de la Europa con Relación a la América. Gaceta de Caracas, no. 74 , jueves 9 de junio de 1814” en Lecuna, Vicente (comp.). *Simón Bolívar, obras Completas*, Vol. VI, México, Editorial Cumbre, p.477.

comunes, de fiel intérprete en los tratados públicos cuando ocurran dificultades, y de conciliador, en fin, de nuestras diferencias.”<sup>15</sup> Para concretar esta confederación había que enfrentar diversos problemas regionales, como la tiranía y la anarquía que padecían la mayoría de las nuevas naciones.

Para la mayoría de los especialistas en el pensamiento bolivariano existen varios escritos importantes para comprender la idea de la unificación hispanoamericana del libertador como *La Carta de Jamaica* y algunos documentos referentes al Congreso de Panamá de 1826. Para Francisco Cuevas Cancino, cuando Bolívar elaboró y estructuró la *Carta de Jamaica* y otros escritos referentes a la unión hispanoamericana, tuvo en su mente presente a Grecia como modelo de gobierno en lo que se refiere a la unión de diferentes polis con el mismo dialecto e intereses comunes por lo que se reunían con cierta frecuencia para resolver diversos problemas económicos y políticos; sin embargo, cada polis conservaba su autonomía y derecho a decidir lo que más les convenía. De acuerdo con este escritor existieron otras uniones regionales en la Grecia antigua basadas en una idea panhelénica (creencias religiosas) que formaban agrupaciones llamadas anfitionías ligadas a cultos y santuarios.

Si al principio y al fin del proyecto interamericano del Libertador se encuentran citas expresas del dechado griego, no lo es menos que el resto de su correspondencia no lo hace patente. Con frecuencia, a partir de la circunstancia limeña y hasta las cartas finales sobre el congreso panameño en julio-agosto de 1826, se refiere a la reunión anfitionía, sea indicando que se trata de la reunión del Istmo, sea llamándola confederación o congreso americano. Sólo en un caso empleó el arcaico vocablo de anfitionía: fue en carta a Vidaurre, el 30 de agosto de 1825, cuando le manifestó que debería considerarse feliz "si ha visto reunir a los anfitiones americanos, y si el Istmo de Panamá ha representado la segunda escena del de Corinto, que vio reunir en su seno embajadores libres de repúblicas gloriosas."<sup>16</sup>

Pero hubo un momento, durante el cual el libertador planteó la unión, no sólo de la América hispanoamericana sino también de otros países del Continente aunque no tuvieran el mismo origen ni la misma lengua, esta idea supuso la ruptura con la idea original de una unidad anfitionía.

Si el ideal bolivariano fue el resultado que la inspiración griega produjo en la mente fértil del libertador, ¿Puede acaso decirse que el modelo griego nos dará, en concreto, una guía para entender el desarrollo de las relaciones interamericanas? La idea parece en efecto pletórica de posibilidades.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> *Ibid.*, p.418.

<sup>16</sup> Cuevas Cancino, Francisco. *Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas 1826-1954. El Genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas*. Tomo I. Caracas. Talleres de la Editorial "Ragon" C. A. 1955, pp. XXIII-XXIV.

<sup>17</sup> *Ibid.*, 28.

*La Carta de Jamaica*, Bolívar la inicia con una introducción para explicar los “objetos más importantes de la política americana”<sup>18</sup> y se declara poco conocedor de las circunstancias políticas y naturales de “un país tan inmenso, variado y desconocido como el Nuevo Mundo”,<sup>19</sup> y que ni el mismo Humboldt con toda su erudición acerca del continente podría definirlo en su totalidad.

[...]porque aunque una parte de la estadística y revolución de América es conocida, me atrevo a asegurar que la mayor está cubierta de tinieblas, y por consecuencia, sólo se pueden ofrecer conjeturas más o menos aproximadas, sobre todo en lo relativo a la suerte futura, y a los verdaderos proyectos de los americanos.<sup>20</sup>

En la primera parte de su disertación realiza un contexto histórico del sometimiento económico, social y político impuesto al americano por los españoles, asimismo rescata la figura de Bartolomé de las Casas como el cronista de la leyenda negra de la conquista. Bolívar continuara con el énfasis del recelo y odio que le inspiraba España, “menos difícil es unir los dos continentes, que reconciliar los espíritus de ambos países.”<sup>21</sup>

El imperativo de los americanos de acuerdo al ideario bolivariano a lo largo de la segunda década del Siglo XIX era, por una parte, luchar por independizarse de España y una vez que esto se hubiese logrado en todo el hemisferio, el siguiente propósito sería el de establecer gobiernos democráticos a semejanza de Inglaterra o de los Estados Unidos de Norteamérica. A lo largo del texto, Bolívar expresa sus dudas y temores respecto al futuro de la América liberada, fue tal la situación que al imaginarse que todo el continente fuera una nación con un sistema republicano lo preveía con muchas dificultades. En su ideal desechara la idea por la Monarquía, exceptuando la del estilo inglés para la Nueva Granada.

Su gobierno podría imitar al inglés; con la diferencia de que en lugar de un rey habrá un poder ejecutivo electivo, cuando más vitalicio, y jamás hereditario, si se quiere República; una cámara o senado legislativo hereditario, que en las tempestades políticas se interponga entre olas populares y los rayos del gobierno, y en un cuerpo legislativo de libre elección, sin otras restricciones que las de la Cámara Baja de Inglaterra.<sup>22</sup>

La estructura física de las nuevas regiones sería de la siguiente manera: los Estados del Istmo de Panamá hasta Guatemala con la propuesta en esta zona de un canal para pasar de un mar a otro. La Nueva Granada se uniría con Venezuela y “se llamaría Colombia como un tributo de justicia y gratitud al creador de nuestro hemisferio.”<sup>23</sup> Al mencionar a Buenos Aires,

<sup>18</sup> Bolívar, Simón. “Contestación de un americano meridional a un caballero de esta isla, Kingston, 6 de septiembre de 1815” en *Escritos Políticos*, México, Editorial Porrúa, (Sepan Cuantos, 495), 1999, p.74.

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> *Ibidem.*

<sup>21</sup> *Ibid.*, p.75.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p.86.

<sup>23</sup> *Ibid.*

Chile y Perú señala que en el primero se implantaría un sistema centralista militar que terminaría como una oligarquía o una monarquía, en cambio su análisis fue más favorable al describir al pueblo chileno como el más apto para conseguir su libertad. Finalmente al hablar del Perú, concluye que existían muchas contradicciones para determinar el estado que en esta región se debiera imponer.

De todo lo expuesto, podemos deducir estas consecuencias: las provincias americanas se hallan lidiando por emanciparse; al fin obtendrán el suceso; algunas se constituirán de un modo regular en Repúblicas federales y centrales; se fundarán monarquías casi inevitablemente en las grandes secciones, y algunas serán tan infelices que devorarán sus elementos, ya en la actual, ya en las futuras revoluciones; que una gran monarquía no será fácil consolidar; una gran República imposible.<sup>24</sup>

A pesar de la incertidumbre política que observaba Bolívar en esa época, en la *Carta de Jamaica* esbozaba la posibilidad de una unificación continental y al mismo tiempo pone en tela de juicio las utopías milenaristas de los pueblos americanos como fundamento ideológico de la liberación y de unificación hispanoamericana.

...que causas individuales pueden producir resultados generales, sobre todo en las revoluciones. Pero no es el héroe, gran profeta, o Dios del Anáhuac, Quetralcóhuatl[sic], el que es capaz de operar los prodigios beneficios que Vd. propone. Este personaje es apenas conocido del pueblo mexicano, y no ventajosamente; porque tal es la suerte de los vencidos aunque sean Dioses.<sup>25</sup>

Sin embargo, indica que la insurrección mexicana se aprovechaba del fanatismo del pueblo y enarbolaba a la Virgen de Guadalupe lo cual conllevaba a una mezcla entre la fe religiosa y los anhelos de liberación; sin embargo, analiza que lo único que puede conseguir una alianza continental no sería a través de “prodigios divinos, sino por efectos sensibles y esfuerzos bien dirigidos.”<sup>26</sup>

En su análisis señala uno de los obstáculos para alcanzar la futura unión hispanoamericana, las guerras intestinas en cada país entre conservadores y liberales, y en consecuencia, como esta situación ocasiona que los pueblos americanos no tuvieran tiempo e interés para estructurar un proyecto de conjunto. En la perspectiva de Simón Bolívar la independencia de los Estados americanos beneficiaría a Europa desde una perspectiva económica y política:

La Europa misma, por miras de sana política debería haber preparado y ejecutado el proyecto de la independencia americana, no sólo porque el equilibrio del mundo así lo exige, sino porque este es el medio legítimo y seguro de adquirirse establecimientos ultramarinos de comercio. La Europa, que no se halla agitada por las violentas pasiones

---

<sup>24</sup>. *Ibid.*, p.87-88.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p.88.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p.89.

de la venganza, ambición y codicia, como la España, parece que estaba autorizada por todas las leyes de la equidad a ilustrarla sobre sus-bien entendidos intereses.<sup>27</sup>

Otros documentos importantes fueron los que se refieren al Congreso de Panamá de 1826 en los cuales indicaba que había llegado la hora de consolidar los intereses y las relaciones entre los Estados hispanoamericanos para establecer un tratado de unión, alianza y confederación perpetua contra España o cualquiera otra potencia que pretendiera dominar a los países americanos y para ello era necesario conformar una liga de naciones. El Congreso de Panamá tenía como objetivo reunir a todos los representantes de la América y a delegados de Inglaterra, Holanda y los Estados Unidos de Norteamérica pero como observadores.

La Santa Alianza será inferior en poder a esta conferencia, siempre que la Gran Bretaña quiera tomar parte en ella, como miembro constituyente. El género humano daría mil bendiciones a esta liga de salud y la América como la Gran Bretaña cogerían cosechas de beneficios. Las relaciones de las sociedades políticas recibirían un código de derecho público por regla de conducta universal.<sup>28</sup>

Desde la mirada bolivariana, la importancia de una confederación americana tenía como propósitos: la instauración de un consejo americano para resolver los grandes conflictos y para acordar tratados y acuerdos interamericanos, el establecimiento del derecho internacional de tener una nacionalidad, el respeto a la división territorial de la herencia colonial (*Uti possidetis juris*), respeto a la soberanía de cada Estado hispanoamericano, incentivar las relaciones mercantiles, la eliminación del esclavismo y el tráfico de esclavos y, estructurar una defensa militar común contra ataques a los países americanos. Para 1826, Bolívar ya tenía claro el ideario de la unión hispanoamericana, sus rasgos más importantes y de que manera se integraría el pueblo de Inglaterra.

1. El nuevo mundo se constituiría en naciones independientes, ligadas todas por una ley común que fijase sus relaciones externas y les ofreciese el poder conservador en un congreso general permanente.
2. La existencia de estos nuevos Estados obtendrían nuevas garantías.
3. La España haría la paz por respeto a la Inglaterra y la Santa Alianza prestaría su reconocimiento a estas naciones nacientes
4. El orden interno se conservaría intacto entre los diferentes Estados y dentro de cada uno de ellos.
5. Ninguno sería débil con respecto a otro; ninguno sería más fuerte.
6. Un equilibrio perfecto se establecería en este verdadero nuevo orden de cosas
7. La fuerza de todos concurriría al auxilio del que sufriese por parte del enemigo externo o de las facciones anárquicas.
8. La diferencia de origen y de colores perdería su influencia y poder
9. La América no temería más a ese tremendo monstruo que ha devorado a la isla de Santo Domingo; ni tampoco temería la preponderancia numérica de los primitivos habitantes.
10. La reforma social en fin, se habría alcanzado bajo los santos auspicios de la libertad y de la paz, pero la Inglaterra debería tomar necesariamente en sus manos el fiel de esta balanza.

La Gran Bretaña alcanzaría, sin duda, ventajas considerables por este arreglo:

- 1- Su influencia en Europa se aumentaría progresivamente y sus decisiones vendrían a ser las del destino.
- 2- La América le serviría como de un opulento dominio de comercio.
- 3- Sería para la América el centro de sus relaciones entre Asia y la Europa.
- 4- Los ingleses se considerarían iguales a los ciudadanos de América.
- 5- Las relaciones mutuas entre los dos países lograrían con el tiempo ser unas mismas.
- 6- El carácter británico y sus costumbres las tomarían los americanos por los objetos normales de su existencia futura.
- 7- En la marcha de los siglos podría encontrarse, quizá una sola nación cubriendo el universo-la federal.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> *Ibidem.*, pp.77-78.

<sup>28</sup> Bolívar, Simón. "Un pensamiento sobre el Congreso de Panamá" en Sosa, Ignacio (comp.). *Simón Bolívar, textos una antología general*. México, Secretaría de Educación Pública, UNAM. 1982, p.232.

<sup>29</sup> *Ibid.*, pp. 232-233.



Sin duda, para el pensador bolivariano era importante el establecimiento de alianzas con naciones cultas del viejo mundo como Inglaterra, para que respaldaran la Confederación Hispanoamericana y al progreso de los estados americanos.

El equilibrio del universo y el interés de la Gran Bretaña, se encuentran perfectamente de acuerdo con la salvación de la América. ¡Qué inmensa perspectiva ofrece mi patria a sus defensores y amigos! Ciencias, artes, industria, cultura, todo lo que en el día hace la gloria y excita la admiración de los hombres en el continente europeo, volará a América. La Inglaterra, casi exclusivamente, verá refluir en su país las prosperidades del hemisferio que, casi exclusivamente, debe contarla por su bienhechora.<sup>30</sup>

¿Por qué el libertador busca la colaboración y tutelaje de Inglaterra en lugar de los Estados Unidos de Norteamérica para establecer la Confederación de Plenipotenciarios hispanoamericanos? De acuerdo a los diferentes autores revisados, fueron varias las razones, la primera de índole política y militar, ya que los Estados Unidos de Norteamérica habían mantenido una posición neutral ante los conflictos entre España y sus colonias; otra causa importante era la posición aislacionista de Norteamérica, que renunciaba a tener cualquier vínculo con los americanos del Sur, y, una tercera, no menos importante, era el recelo que causaba en los hispanoamericanos las intenciones expansionistas del gigante del norte. Finalmente, la no desinteresada colaboración económica de Inglaterra ofrecida a Bolívar, para liberar a los pueblos de América, ya que los vislumbraba como un mercado atractivo para su comercio, además del nexo histórico entre algunos países americanos y su dependencia económica con Inglaterra, asimismo su relación mercantil, ya que adquirirían la tecnología inglesa en comunicaciones y trasportes. Pero el libertador también preveía riesgos en la cooperación inglesa.

... porque bajo su sombra podríamos crecer, hacernos hombres, instruirnos y fortalecernos, para presentarnos entre las naciones con el grado de civilización y de poder, que son necesarios a un gran pueblo. Pero estas ventajas no disipan los temores de que esa poderosa nación sea en lo futuro soberana de los consejos y decisiones de la Asamblea: que a su voz sea la más penetrante, y que su voluntad y sus interés sean el alma de la confederación que no se atreverá a disgustarla, para no buscar ni echarse encima un enemigo irresistible. Este es mi concepto el mayor peligro que hay que mezclar a una nación tan fuerte con otras tan débiles.<sup>31</sup>

La posición inglesa en la Conferencia de 1826, era muy clara, estaba de acuerdo con la liga de naciones hispanoamericana, pero no apoyaría a ningún proyecto de organización

<sup>30</sup> Bolívar, Simón. "Carta de Bolívar a Ricardo Wellesley, fechada en Kingston el 27 de mayo de 1815" en Sosa, Ignacio. (comp.). *Simón Bolívar, textos una antología general*. México, Secretaría de Educación Pública, UNAM. 1982, p.109.

<sup>31</sup> Citado por Hernández Solís, *op.cit.*, pp. 61-62.

dirigido por los Estados Unidos de Norteamérica. De 1812 a 1822 el ministro Castlereang y después Canning fueron los encargados de delinear la política exterior inglesa a la cual le interesaba la independencia de las colonias españolas para expandir sus mercados de una manera más eficiente que la que había conseguido anteriormente con el imperio español, por lo tanto no quería la construcción de otro imperio orientado ahora por los Estados Unidos de Norteamérica que alentara un proteccionismo económico nuevamente.

### 1.3 El Panamericanismo y la Doctrina Monroe.

¿Qué es la Doctrina Monroe? Con esta pregunta inicia Frank Donovan el análisis de su libro “Historia de la Doctrina Monroe”, en el cual argumenta que no era una ley, ni un instrumento legislativo, tampoco fue un tratado, ni una proclama, ni un manifiesto, era sencillamente el informe anual del Presidente James Monroe el 2 de diciembre de 1823, que había servido a lo largo de la historia como justificación ideológica para la actuación del gobierno norteamericano en diversos problemas internacionales. Donovan especifica que el discurso del presidente Monroe se interpretará como Doctrina Monroe hasta el año de 1853.

La esencia del mensaje original del Presidente Monroe se origina por el temor de los Estados Unidos de Norteamérica de que Rusia invadiera territorio en las costas occidentales y que las potencias europeas estuviesen proyectando reconquistar las colonias españolas en América, además que estaba en su propio espíritu aislacionista.

En realidad el fundamento de la Doctrina Monroe no tuvo su origen ni en el señor Monroe ni en el señor Adams. Su génesis se remonta más allá del amanecer de la independencia de los Estados Unidos de Norteamérica. Cada uno de los Padres Fundadores, que precedieron a Monroe, con la excepción de Benjamín Franklin, tenía un punto de vista aislacionista.<sup>32</sup>

Este discurso unilateral argumentaba que los Estados americanos independientes no serían objetivos de futuras colonizaciones por ninguna potencia europea, ya que esto significaría una actitud hostil hacia los Estados Unidos de Norteamérica, aquí cabe señalar que no se especificaba nada de los que todavía luchaban por su independencia como Cuba y Puerto Rico, ya que así convenía a sus intereses.

Frank Donovan enfatiza que Simón Bolívar estuvo de acuerdo con los principios de la Doctrina Monroe y que en cierta manera fue una de las fuentes de inspiración para que el libertador convocase al Congreso de Panamá, el mismo autor afirma que una de las intenciones de Bolívar y de otros caudillos era la de pluralizar el mensaje de Monroe; sin

---

<sup>32</sup> Donovan, Frank. *Historia de la Doctrina Monroe*. México Editorial Diana S.A. 1966. p.13.

embargo, este propósito no fue realizado por las grandes diferencias entre los ideales hispanoamericanos y los intereses económicos angloamericanos. Mientras los primeros querían como ya se ha subrayado una confederación, los segundos no querían nada de alianzas comprometedoras a excepción de las de tipo mercantil que beneficiara a su propio expansionismo económico y seguridad interna.

De acuerdo a Hernández Solís, a pesar de la inasistencia de la delegación norteamericana a la Conferencia de Panamá, su posición oficial no dejaba ninguna duda de cuales eran sus verdaderos intereses en la citada reunión. En primer lugar estaban en contra de la abolición de la esclavitud, en segundo término no aceptaban la proclamación del principio de *uti possidetis juris*, y en tercer sitio refrendaban el carácter exclusivista del mensaje de Monroe, en el único planteamiento que estaban de acuerdo es el que se refería a no permitir el establecimiento de nuevas colonias europeas y en el de fomentar acuerdos de índole mercantil y de libre navegación.

No queremos ser miembros de una confederación más comprensiva que la de los Estados Unidos de América. Por lo que respecta al sistema americano, ya lo tenemos: nosotros lo constituimos totalmente; entre la América del Norte y la del Sur no hay comunidad de principios o de intereses.<sup>33</sup>

De acuerdo a Hernández Solís la posición del presidente Adams y del Secretario Clay respecto a la Conferencia convocada por Bolívar dejan establecido el encuentro del universalismo latinoamericano y el particularismo angloamericano. La doctrina Monroe aparte de ser una política unilateral estaba basada en dos principios: el aislacionismo y la no colonización extra-continental, por lo tanto no había ninguna intención de continentalizar dicha doctrina.

Mensaje de despedida de Jorge Washington: La regla fundamental de nuestra conducta con las naciones extranjeras es esta: extender entre ellas el menor contacto político posible. Y Jefferson, al inaugurar su período presidencial en 1807: Paz, comercio y honrada amistad con todas las naciones: alianzas embarazosas con ninguna.<sup>34</sup>

Asimismo, Alonso Aguilar Monteverde subraya que la doctrina Monroe quería establecer las bases de la hegemonía de los Estados Unidos de Norteamérica en el continente, asimismo Aguilar enfatiza que los habitantes de ese país no alcanzaban a comprender que en el Siglo XIX las potencias europeas ya no les interesaba América como dominio, sino como socio comercial para expandir el modo de producción capitalista en todo el mundo.

---

<sup>33</sup> Hernández Solís, *op.cit.*, p. 57.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p.84.

Ante el temor de que las naciones europeas les quitarán territorio y poder en América, los norteamericanos iniciaron una política expansionista y una serie de declaraciones diplomáticas para definir que ellos eran los nuevos poseedores del continente, en contra de una serie de proyectos de unidad hispanoamericana llevados a cabo por importantes figuras como Simón Bolívar.

Como lo afirma Carlos Bosch, la idea de transcontinentalidad emana del interior de los Estados Unidos de Norteamérica, al mismo tiempo que existía en ellos también la preocupación de reservarse para sí a la América Latina y de ganar tiempo hasta el momento en que estuvieran en posición de manejar realmente sus territorios y su política.

En este espíritu de competencia, que se convierte en los Estados Unidos de Norteamérica en un verdadero instinto, se apoya su presencia en América Latina esgrimiendo la posición americanista de la Doctrina Monroe que, al no contar el país con los instrumentos apropiados y modernos financieros, como lo hacían Francia e Inglaterra, los forzó a escoger el único instrumento que podían utilizar en el duelo con las naciones europeas, o sea los sistemas viejos de imperio, el de la intriga política extramuros y el de la afirmación de la frontera propia a la que adhieren conceptos nuevos como el de la transcontinentalidad.<sup>35</sup>

Pero como lo señala Antonio Gómez Robledo, que de nada sirvió la Doctrina Monroe a los pueblos hispanoamericanos, si la protección norteamericana era en beneficio exclusivo de su bienestar y el pretexto necesario para intervenir militarmente y económicamente en el continente, porque para la clase dominante de Norteamérica, de la Colonia y la Independencia, sólo existe su mundo, y los otros son ignorados o eliminados para cumplir sus propósitos económicos, políticos y sociales. Connel-Smith argumenta que la Doctrina Monroe sólo ha sido una justificación ideológica de la política estadounidense en el hemisferio occidental, que aspira a fundamentar la unidad de los intereses y objetivos de un sólo país.

La Doctrina ha presentado un obstáculo fundamentalmente por su carácter unilateral como política nacional de la más grande potencia del hemisferio occidental, que limita la libertad de acción de sus vecinos más débiles. Bien podría llamarsele "una proyección hemisférica de la política nacional de aislacionismo."<sup>36</sup>

Para Alonso Aguilar Monteverde el sistema panamericano surge de las necesidades económicas del pueblo norteamericano, que tenían como objetivo asegurar su predominio industrial en América, "cuando el mercado interno de Estados Unidos de Norteamérica era insuficiente y los truts de la industria, las minas, el transporte y la banca reclamaban nuevas

<sup>35</sup> Bosch, García, Carlos. *La base de la política exterior estadounidense*. México. UNAM-Filosofía y Letras. 1975, p.146.

<sup>36</sup> Connell, *op.cit.*, p.21.

esferas de influencia y el gobierno se lanzaba a la vez a una lucha por el poder con las viejas potencias europeas.<sup>37</sup> Los pasajeros del Mayflower eran comerciantes de Inglaterra que convirtieron su espíritu mercantilista y su sentimiento de ser el pueblo elegido, en su deber ser, para convertirse en el Siglo XIX en un imperio.

Propiamente, la herencia del periodo colonial fue una preocupación por la tierra, debido a que la posesión de la misma significaba el "impérium". Ello se mostró de manera viva con el cierre del tratado Adams-Onís, que, al mismo tiempo que imposibilitó los sueños de grandeza del Imperio de Iturbide e hizo fracasar su proyecto de convertir al Golfo de México en el "Seno Mexicano", puso en manos de los Estados Unidos de Norteamérica la posibilidad de llevar a la práctica su concepto de trascontinentalidad.<sup>38</sup>

Bosch destaca que desde los primeros inmigrantes persistía un sentimiento de frustración, a causa de haber sido rechazados por los europeos, pero esta perspectiva jamás cambió a pesar de haber conquistado todo el territorio posible en el norte del Nuevo Mundo, aún se sentían inferiores respecto a Inglaterra porque consideraban que no tenían el capital suficiente.

De hecho, la política norteamericana parece resentirse de cierta actitud de inferioridad ante Europa, actitud que se plasma en la Doctrina Monroe enunciada en diciembre de 1823. La doctrina Monroe procedía del fracaso diplomático y político a que se llegó al no lograr de Francia un compromiso de no agresión al continente americano; se provocó así la inexistencia del pacto, pues Inglaterra, que ya había cambiado de régimen y poseía el secreto financiero de la producción y el comercio, se mostraba poco interesada en el problema.<sup>39</sup>

Estados Unidos de Norteamérica se planteaba una unión continental pero no en igualdad jurídica, sino como una especie de alianza liderada por ellos, sus teóricos eran: Jockey, William Thornton, Blaine y Henry Clay, en contraposición los personajes que alentaron la idea de una confederación hispanoamericana durante el Siglo XIX fueron: Simón Bolívar, Francisco Miranda, Lucas Alamán y José Cecilio del Valle, entre otros.

Durante el Siglo XIX, después del período de anarquía debido a las batallas de la independencia y luchas entre caudillos, cuando se planteaba la unión continental, se estableció de manera tajante la no compatibilidad entre el mundo sajón y el mundo latino, debido a sus diferencias filosóficas, económicas, políticas, sociales creadas durante el periodo colonial y que tuvo como consecuencia una percepción diferente de la realidad, a pesar de ello durante las Conferencias Internacionales de las Repúblicas Americanas realizadas de 1889 a 1938, estas dos cosmovisiones se insertaron en una política negociadora que no sólo contribuyó a los intereses del imperialismo sino que fortaleció la presencia latinoamericana.

---

<sup>37</sup> Aguilar, *op.cit.*, p.43.

<sup>38</sup> Bosch, *op.cit.*, p. 15.

<sup>39</sup> *Ibid.*, pp.17-18.

## Capítulo II. Convenios y controversias en las Conferencias Internacionales de las Repúblicas Americanas. (1889-1938)

Sobre las Conferencias Internacionales Americanas, también conocidas como Conferencias Panamericanas, existe una amplia bibliografía. Fue por esta razón que se realizó una selección de materiales que por su contenido reflejen las diversas perspectivas de los acuerdos, convenios y resoluciones que de ellas se desprendieron y su relación con la doctrina panamericana. De esta forma evitamos caer en una investigación reiterativa, asimismo se hizo un breve comentario de cada conferencia con el objetivo de destacar las negociaciones más interesantes. Adicionalmente, rastreamos todo lo concerniente a la salubridad, al tratarse de nuestro tema central de investigación.

Las primeras Conferencias Panamericanas tuvieron varios objetivos de acuerdo a los intereses políticos y económicos de los involucrados. Para los Estados Unidos de Norteamérica su participación tenía un firme propósito, afianzar su poder hegemónico ante las otras repúblicas americanas. Para ello emplearon un discurso conciliador y con ello justificaron las agresiones imperialistas norteamericanas; al mismo tiempo ampliaron las posibilidades para las inversiones de capital norteamericano y las exportaciones estadounidenses.

Por otra parte, para los países restantes los propósitos se limitaban a lograr un poder de negociación en el plano político y económico, tanto con el naciente imperio norteamericano como entre ellos mismos. Se buscó contrarrestar las arbitrarias invasiones yanquis y los conflictos bélicos emanados por cuestiones limítrofes o económicas. Era un hecho que el ideal bolivariano de integración regional hispanoamericano estaba muy alejado de la agenda política de las Conferencias Panamericanas, porque los propósitos eran diferentes, y era ya clara la presencia de una naciente hegemonía norteamericana.

Para Carlos Marichal la preparación cultural y jurídica de la mayoría de los representantes latinoamericanos fue fundamental para equilibrar las negociaciones entre ellos y los norteamericanos, basta señalar que había delegados latinoamericanos que dominaban varios idiomas, en cambio la mayoría de los representantes norteamericanos sólo comprendían su idioma y sabían muy poco de sus vecinos del sur. Entre las figuras más importantes destacan Matías Romero (México), Manuel Quintana (Argentina), Roque Sáenz Peña (Argentina), Juan Francisco Velarde (Bolivia), Salvador Mendonca (Brasil), Carlos Martínez Silva (Colombia), Joaquín Casasús (México), Genaro Raigosa (México), Alfredo Chavero (México) José López Portillo y Rojas (México), Pablo Macedo (México), Daniel Cosío Villegas (México) y Carlos Saavedra Lamas (Argentina, Premio Nóbel de la Paz).

## 2.1. Bolivarismo y Panamericanismo. Fines del Siglo XIX a inicios del Siglo XX.

Para comprender la dimensión histórica de las Conferencias Internacionales Americanas en la creación y el fortalecimiento de las relaciones interamericanas, es imprescindible conocer los juicios emitidos a lo largo del tiempo por diversos autores latinoamericanos, norteamericanos y rusos, que contextualizan y analizan el papel jugado de dichos eventos.<sup>1</sup>

Francisco Cuevas Cancino, en su obra “Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas, 1826 – 1954”. Postula la tesis de que los Estados Unidos de Norteamérica a principios del Siglo XX tuvieron dos objetivos para estimular las relaciones panamericanas: fortalecer sus relaciones comerciales y robustecer su política imperialista. Por otra parte, Cuevas Cancino afirma que es innegable la influencia de las ideas de Simón Bolívar en las actividades realizadas en las Conferencias Internacionales de las Repúblicas Americanas.

Producto del siglo, de ese XIX que tantas maravillas mecánicas e industriales vio nacer, no fue extraño que las nuevas circunstancias materiales influyeran en el ideal panamericano. La unión política, que con claridad meridiana percibió el Libertador, se había transformado en un acercamiento continental fundado en una realidad industrial organizada para la producción en el mercado mundial, y determinado por el intercambio internacional.<sup>2</sup>

De acuerdo a Cancino, Bolívar no sólo fue un hombre de ideas, sino que las llevó a la práctica con la elaboración de tratados que establecieron los principios de la unión hispanoamericana, también impulsó el primer congreso continental y finalmente, representó al revolucionario del Siglo XIX, que luchó por la Independencia de las colonias americanas.

Cancino puntualiza tres factores históricos que realzan la idea bolivariana de unión de los pueblos americanos, el primero es la oportunidad, ya que Bolívar al identificar una situación de total anarquía en toda Latinoamérica y, con la amenaza de intervenciones extranjeras en el continente, propuso la “unidad nacida de la multiplicidad, no se requería ya exclusivamente la unificación imperial sino algo con más cohesión, una univocidad política que de los muchos hiciera uno, uno en tanto tomara los elementos comunes y, subrayándolos, oblitera las

<sup>1</sup> Trabajé con los libros escritos por diplomáticos, que llevan el mismo título: “Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas 1826-1954, el genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas” de Francisco Cuevas Cancino y Jesús María Yepes. Luego continué con varias obras críticas al sistema panamericano: “El panamericanismo una moderna interpretación” de Luis Hernández Solís, “El sistema interamericano” de Gordon Connell Smith, “la Organización de los Estados Americanos, (OEA) una nueva visión de América” de Félix G. Fernández Shaw, “Historia de la doctrina Monroe” de Frank Donovan, “El panamericanismo” de Alonso Aguilar Monteverde, y las obras más contemporáneas: “México y las Conferencias Panamericanas 1889-1938, antecedentes de la globalización” de Carlos Marichal, finalmente cabe destacar dos estudios peculiares, el primero defiende a ultranza el panamericanismo norteamericano: “La diplomacia de Estados Unidos en la América Latina” de Samuel Flagg Bemis, y el segundo arremete contra el sistema panamericano: “El panamericanismo y su evolución histórica y esencia” de la Academia de Ciencias de la URSS. Por último se revisaron las compilaciones sobre los tratados y convenciones de las Conferencias Internacionales Americanas elaborados por la Unión Panamericana en los años 40’s, y las realizadas por la Dotación Carnegie para la Paz Internacional y el Gobierno de Venezuela, después reeditadas por la Secretaría de Relaciones Exteriores de México en la Segunda mitad del Siglo XX.

<sup>2</sup> Cuevas., *op.cit.*, Tomo II, p.12.

individuales diferencias.”<sup>3</sup> Frente al segundo elemento, el nacimiento del imperio norteamericano, Bolívar establece la necesidad de la unión hispanoamericana como alternativa para enfrentar al nuevo coloso. La última causa fue la reputación y admiración lograda por el Libertador en toda la América, ya que si la propuesta de unión hubiera surgido de otro personaje tal vez nunca hubiera tenido la importancia histórica que adquirió. A pesar de estos hechos incidentales Cancino señala que era más importante el ideario bolivariano que los acontecimientos históricos que rodearon a Bolívar.

Pero estos factores externos, que podrían en parte explicar la persistente influencia bolivariana, son del todo insuficientes para justificar la impronta que ha dado al movimiento interamericano. Por encima del hecho histórico, tiene el ideal bolivariano una influencia real que crea una tradición, la cual no puede explicarse en función de hechos incidentales; porque el ideal legado por el Libertador constituye una guía y una fuerza modelante que supera con mucho la figura estrictamente histórica de Bolívar.<sup>4</sup>

Para Cuevas Cancino eran nueve los proyectos bolivarianos que se encontraban en la palestra del movimiento interamericano: 1) La creación de una “Liga de Salud” 2) La instauración de una asamblea de plenipotenciarios, 3) El principio de no intervención, 4) El principio de la igualdad entre los Estados, 5) El principio de equilibrio, 6) El principio de la solidaridad ante la agresión o la anarquía, 7) La creación de un código de un derecho público, 8) La obtención de reformas sociales por medios intercontinentales y 9) La universalidad de las tendencias interamericanas.

Yepes<sup>5</sup> al igual que Cancino, afirma que las Conferencias Internacionales Americanas son inspiradas por las ideas de Simón Bolívar, pero con la diferencia que para él, este sincretismo se da plenamente hasta la Conferencia de Bogotá de 1948, ya que las primeras Conferencias Panamericanas que van de 1889 hasta la de 1938 no representan en toda su magnitud el pensamiento bolivariano ya que sus alcances son muy limitados, pero a partir de la Conferencia de 1948, el panamericanismo es plenamente bolivariano porque asume una actitud de unión entre los países americanos y se instaura un nuevo panamericanismo.

En esta obra, Yepes realiza un estudio de las diferencias entre los congresos hispanoamericanos del siglo XIX y las conferencias panamericanas. Destaca que las primeras tienen una intencionalidad más política en contraste de las segundas que tenían un perfil más económico y comercial, este carácter pragmático fue cambiando ante la fuerza de las naciones latinoamericanas y ante la oposición de los Estados Unidos de Norteamérica.

---

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.304.

<sup>4</sup> *Ibidem.*, p.305.

<sup>5</sup> En el libro “Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas de 1826 -1954, el genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas” de J. M. Yepes, obtuvo el primer premio en el concurso continental panamericano abierto por el Gobierno de Venezuela con motivo de la Conferencia de Caracas.



Es verdad, sin embargo, que en los últimos años este carácter pragmático y puramente utilitario del Panamericanismo se ha modificado merced a la presión que las repúblicas de la América Latina han ejercido para insuflarle el espíritu idealista y de profunda significación política que presidía a las que podríamos bautizar asambleas bolivarianas. Ello es que gracias a esta transformación profunda, las conferencias panamericanas que, en su período inicial, eran acontecimientos de escasa importancia en la vida del continente, han devenido, particularmente desde la Sexta (La Habana, 1928), uno de los grandes motores de la política internacional del Nuevo Mundo. Mientras más se han ido acercando esas conferencias a los ideales que Bolívar sembró en el alma de América, mayor influencia han adquirido en la opinión pública y más honda raigambre han logrado echar en los pueblos americanos.<sup>6</sup>

Yepes también expone por qué, a su parecer las conferencias hispanoamericanas del siglo XIX fracasan y lo sintetiza argumentando que el primer acontecimiento del declive de las primeras conferencias, fue la desaparición física de Bolívar. Su fallecimiento dio fin a la causa inmediata para organizar los congresos hispanoamericanos, que era la defensa común ante una posible reconquista española. En segundo lugar, la falta de medios y vías de comunicación de los países ocasionaba el aislamiento regional y el tercer hecho era la carencia de un verdadero sentimiento unificador, ya que no existía una nación u organización continental que tutelara el movimiento y la anarquía que había en todos los países de América durante el siglo XIX.

Para Yepes la conexión que existe entre los congresos hispanoamericanos del siglo XIX y las Conferencias Panamericanas fueron las negociaciones para lograr la consumación del principio de arbitraje, ya que era una necesidad para solucionar pacíficamente los conflictos continentales. El arbitraje será un asunto importante en todas las conferencias panamericanas, pero es hasta la IX Conferencia realizada bajo la premisa de igualdad de las naciones y no intervención, que se realiza en Bogotá en 1948, cuando es plenamente aceptado por todas las repúblicas americanas.

En la obra escrita en 1944, "El panamericanismo una moderna interpretación" del licenciado en derecho, Luis Hernández Solís, nos presenta otra interpretación de lo sucedido en las Conferencias Internacionales Americanas. Para este autor-como ya habíamos señalado-existen dos panamericanismos, el oficial, que tenía como finalidad la absorción económica a través de la intervención gubernamental, y el nuevo, que era impulsado continentalmente, no necesariamente gubernamental, contra la amenaza del fascismo y el imperialismo norteamericano, de acuerdo al autor ambos panamericanismos coexistían durante la Segunda Guerra Mundial.

---

<sup>6</sup> Yepes, J. M. *Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas 1826-1954. El genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas*, Tomo II. Caracas, Talleres de CROMOTIP, 1955 p.11.

Hernández Solís divide en dos etapas al panamericanismo oficial. La primera inicia con la Doctrina Monroe, y la segunda continúa de 1889 a 1938 representada en las conferencias panamericanas. Para este autor, los delegados de las primeras conferencias panamericanas iniciaron su agenda con temas secundarios tales como: marcas de fábrica, patentes, pesas y medidas..., y que intencionalmente prescindieron de un análisis de los grandes problemas de América. “Las Conferencias Internacionales Americanas pasan a ser, pues, un medio más a la orden del desarrollo económico norteamericano. Puede decirse que para cada variación importante del capitalismo estadounidense, hay una conferencia panamericana.”<sup>7</sup>

Para Hernández Solís el panamericanismo oficial es cuestionado hasta la Sexta Conferencia Internacional Americana de 1928, en la cual se debatió el principio de no intervención. Durante ella afloraron las dos directrices del panamericanismo: “la tendencia universalista y defensiva latinoamericana, frente a la tendencia imperialista y absorbente de algunos sectores norteamericanos [unido a la complicidad o al servilismo de ciertos delegados latinoamericanos].”<sup>8</sup>

Los avances del panamericanismo oficial y del panamericanismo nuevo se consolidan en la Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz, Buenos Aires 1936, cuando todos los Estados americanos, incluidos los Estados Unidos de Norteamérica, firman sin reservas el *Protocolo de No intervención*, además de las convenciones suscritas en la Octava Conferencia Internacional Americana respecto a los Derechos y Deberes de los Estados y las Declaraciones de Principios de la Solidaridad de América y de Principios Americanos. Hernández Solís concluye que la codificación del derecho internacional americano realizado en las mencionadas reuniones supera todos los principios establecidos en la “Doctrina de Monroe” y por esta razón considera que esta doctrina ya no poseía sustento y tenía que ser desechada, por otra parte reconoce que el panamericanismo oficial durante las últimas conferencias se había flexibilizado a consecuencia de la política del Buen Vecino de Roosevelt.

Pero debemos reconocer con lealtad que el Panamericanismo Oficial, a partir de la Séptima Conferencia de Montevideo, si ha progresado en sentido favorable para nuestros pueblos, lo cual se ha debido principalmente al movimiento liberal norteamericano que representa el presidente Roosevelt y al desarrollo, aún incompleto, de las ideas democráticas en el Sur, todo lo cual ha encontrado estímulo en la actual guerra planteada contra el fascismo.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Hernández, Solís, Luis. *El panamericanismo una moderna interpretación*. México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, 1944, p.144.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p.143.

<sup>9</sup> *Ibidem.*, p.150.

Hernández Solís, considera que las declaraciones jurídicas como *la de no intervención* y otras, que fueron proclamadas teóricamente en dichas reuniones, en la práctica fueron obstaculizadas por la intromisión del imperialismo norteamericano, por lo que nunca se llevaron a cabo. Por lo tanto, la tarea a realizar en las siguientes conferencias sería la de construir e implementar el *Derecho Público Interamericano* al cual estuvieran sujetos todos los países latinoamericanos y la misma nación norteamericana, además de la creación de una Corte de Justicia Interamericana.

En “El sistema interamericano”, Gordon Connell-Smith sostiene la aseveración de que el sistema interamericano nace a finales de 1889 y principios de 1890, durante la Primera Conferencia Internacional Americana que funda La Unión Internacional de Repúblicas Americanas.

Al igual que Hernández Solís, Connell Smith puntualiza que en la primera fase del sistema interamericano hubo insuficientes logros, “La posición dominante de los Estados Unidos de Norteamérica aseguró que las Conferencias Panamericanas nunca trataran los problemas políticos más ingentes del hemisferio, en tanto que sus propias intervenciones causaban un resentimiento creciente.”<sup>10</sup> Además, la falta de representatividad en la estructura de La Unión Panamericana daba como resultado la subordinación de los países latinoamericanos ante el Estado norteamericano.

Connell ubica la segunda fase del sistema interamericano en la presidencia de Franklin D. Roosevelt, porque en este periodo la situación mundial obligó a los norteamericanos a cambiar su política imperialista y aceptar un convenio de *no intervención*, que significó en los hechos la renuncia a la intervención armada unilateral, y de acuerdo al autor “representa el principal logro jurídico de los latinoamericanos en su intento por limitar el poder de los Estados Unidos de Norteamérica.”<sup>11</sup>

Félix G. Fernández –Shaw en “La organización de los Estados Americanos, una visión de América” realiza una síntesis de lo sucedido en las Conferencias Internacionales Americanas y advierte que a partir de la Primera Conferencia el panamericanismo se impuso al hispanoamericanismo, pero sin que este último desapareciera totalmente, aún dentro del mismo panamericanismo e interamericanismo, ya que éstos recogían los principales principios enarbolados en los congresos hispanoamericanos celebrados en el Siglo XIX tales como: la

---

<sup>10</sup> Connell, *op.cit.*, p.40.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p.47.

proscripción de la conquista territorial, condena de la intervención de un Estado en los asuntos internos o externos de otro, sistema de consulta y organización de la seguridad colectiva en caso de guerra o agresión, adopción de medios pacíficos para resolver las disputas entre las naciones de América, respeto a la personalidad, soberanía e independencia de cada Estado americano.

Por otra parte, Fernández no niega el carácter meramente económico y comercial de las primeras conferencias internacionales americanas; sin embargo, para este autor es evidente que desde el principio se retoman demandas de esencia hispanoamericana a través de las participaciones latinoamericanas.

Por su parte, Frank Donovan en “Historia de la Doctrina Monroe” investiga la influencia de ésta en las Conferencias Internacionales Americanas, el autor destaca, que este tema era generador de intensos debates, ya que para la mayoría de los delegados latinoamericanos, la doctrina representaba una justificación para la existencia del imperialismo norteamericano, la diplomacia del dólar y la intervención en los asuntos internos de los Estados más pequeños, aunque existieron representantes como el de Brasil, que en la Cuarta Conferencia Internacional Americana en Buenos Aires en 1910, la aclamaba ante el repudio generalizado de los otros diplomáticos latinoamericanos.

El largo tiempo transcurrido desde la declaración de la Doctrina Monroe nos permite reconocer en ella un factor permanente a favor de la paz internacional en el continente americano. Por esta razón, al celebrar sus primeros esfuerzos en pro de la independencia, América Latina envía a su poderosa hermana Nación del Norte una expresión de su gratitud por la acción noble y desinteresada que ha sido tan benéfica para todo el Nuevo Mundo.<sup>12</sup>

Frank Donovan enfatiza que cuando Franklin Roosevelt cambia la política intervencionista de los Estados Unidos de Norteamérica, también comprende el repudio latinoamericano a la Doctrina Monroe, por esta razón después del discurso del “Buen Vecino”, jamás se vuelve a mencionar el nombre de la doctrina en el sistema interamericano, sin embargo esto no significaba que la esencia de la doctrina desapareciera, al contrario implícitamente se encontraba diluida en la política panamericana.

Otra investigación que describe las negociaciones llevadas a cabo en Las Conferencias Internacionales Americanas, es la obra de “El Panamericanismo, de la Doctrina Monroe a la Doctrina Johnson” de Alonso Aguilar Monteverde, quien parte de la certeza de que James Blaine propone la realización de una conferencia panamericana, porque los estadistas norteamericanos vislumbraban que a finales del siglo XIX los Estados Unidos de Norteamérica

---

<sup>12</sup> Citado por Donovan, *op cit.*, p.164.

podrían desplazar a Europa en el comercio con América, y para realizar esta tarea era imprescindible entablar relaciones económicas con los vecinos del sur, retomando como arma política la Doctrina Monroe. El autor indica que la idea de una conferencia continental no fue bien recibida por los latinoamericanos, por esta causa la conferencia internacional fue promovida casi de manera exclusiva por Washington.

Para Aguilar, es importante destacar que desde la Primera Conferencia Internacional Americana estuvo presente la oposición latinoamericana a las disposiciones norteamericanas, un claro ejemplo es cuando los representantes hispanoamericanos de la Primera Conferencia pugnaban por que se adoptará como principio esencial el *Derecho Internacional Americano*, cuyo contenido sería: que los derechos civiles de los extranjeros fueran igual al de los nacionales y que los gobiernos no tuvieran ni reconocieran a favor de los extranjeros ninguna obligación o responsabilidad que las que se establecieran con los nacionales, propuesta que iba en contra de la posición norteamericana.

Las razones que impulsan a Latinoamérica a plantear tales cuestiones son comprensibles. El capital extranjero ha empezado a fluir al continente; las inversiones del exterior crecen de prisa y con frecuencia pretenden obtener privilegios de todo orden y, en caso de conflicto, apelan a la protección de gobiernos extranjeros, violando el principio de la soberanía nacional.<sup>13</sup>

El autor refiere al diplomático Isidro Fabela, destacando que concurrieron dos posiciones políticas en las Conferencias Panamericanas, la primera era la de preservar la absoluta soberanía de los estados independientes frente a las intromisiones de los Estados Unidos de Norteamérica y la segunda era la de no aprobar principios de derecho inobjetable como el de la igualdad de los Estados.<sup>14</sup>

Aguilar, en su investigación rescató una diversidad de discursos referidos a las Conferencias Internacionales Americanas, que defienden la soberanía de las naciones latinoamericanas, iniciando con la de Roque Sáenz Peña, en la cual se manifestó en contra de la Doctrina Monroe con el lema "América para la Humanidad", así como la de José Ingenieros que rechaza el movimiento panamericanista y la Doctrina Monroe: "Esa equívoca doctrina, que nunca logró imponerse contra las intervenciones europeas, ha tenido al fin por función asegurar la exclusividad de las intervenciones norteamericanas."<sup>15</sup>

De acuerdo con Aguilar, la subordinación latinoamericana ante los Estados Unidos de Norteamérica que finalmente predominó en las Conferencias Panamericanas, se debió en gran parte a una cuestión económica, ya que la potencia norteamericana entre 1920 y 1930 envió

<sup>13</sup> Aguilar, *op.cit.*, p.44.

<sup>14</sup> *Loc.cit.*

<sup>15</sup> Citado por Aguilar Monteverde. *Ibid.*, p.64.

masivamente capitales a los Estados latinoamericanos, por lo cual los delegados procuraban tener una posición moderada para no afectar los intereses financieros y monetarios de sus respectivos países, que dependían en gran medida del capital norteamericano, a pesar de ello, es importante destacar que en todas las Conferencias existieron países latinoamericanos grandes y pequeños, que sustentaron la defensa de su soberanía. “El peligro, en su primera fase, comienza en la hipoteca progresiva de la independencia nacional mediante empréstitos, destinados a renovarse y aumentar sin cesar, en condiciones cada vez más deprimentes, para la soberanía de los aceptantes.”<sup>16</sup>

En el libro “México y las Conferencias Panamericanas, antecedentes de la globalización”, coordinado por Carlos Marichal, se plantea que la globalización actual, no es sólo consecuencia de los cambios económicos recientes, sino que también se debe al desarrollo de las fuerzas políticas históricas, como las reuniones panamericanas celebradas de 1889 a 1938.

Los rápidos avances en la internacionalización de la política, la actuación de organizaciones supranacionales además de la elaboración a escala mundial de reglamentos, normas e instituciones que a su vez rigen gran parte de las relaciones y conductas de los gobiernos, de los ciudadanos, así como de sus organizaciones económicas, sociales y culturales.<sup>17</sup>

Además Marichal sostiene, que es errónea la idea de que en las negociaciones realizadas en las Conferencias Internacionales Americanas, sólo se reflejaban los puntos de vista norteamericanos, ya que a través de la revisión de las actas, convenios y resoluciones de las mismas, se observa que existía cierta equidad diplomática entre los Estados Unidos de Norteamérica y Latinoamérica y finaliza con la invitación a revalorar los alcances del panamericanismo “en función de su obra constructiva en el terreno de las instituciones, especialmente las normativas.”<sup>18</sup>

Samuel Flagg Bemis en el libro: “La diplomacia de los Estados Unidos en la América Latina”<sup>19</sup>, considera las primeras Conferencias Internacionales Americanas como no relevantes (es decir, hasta antes de la Conferencia de la Habana de 1928), asimismo, son descritas como parte del contexto histórico marginal de la política panamericana, aunque reconoce a la Primera Conferencia Internacional Americana como la precursora del sistema panamericano.

---

<sup>16</sup> *Ibid.*, p.65.

<sup>17</sup> Marichal, Carlos. *México y las Conferencias Panamericanas 1889-1938, antecedentes de la globalización*. México. Secretaría de Relaciones Exteriores, 2002, p.17.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p.20.

<sup>19</sup> Bemis Flagg, Samuel. *La diplomacia de Estados Unidos de Norteamérica en la América Latina*. México, (Sección de Política de Relaciones Internacionales). Fondo de Cultura Económica, 1944.

Es interesante analizar la manera en que reseña Samuel Flaggs, las contribuciones de las conferencias panamericanas en el capítulo XIII, "La Doctrina de no-intervención y la codificación del derecho internacional americano (1890-1917)", omitiendo en lo más posible las polémicas entre los delegados latinoamericanos y los representantes norteamericanos relacionadas con esta materia y, cuando las menciona, descalifica las participaciones latinoamericanas y concede la razón a los representantes norteamericanos, que en todas las conferencias panamericanas resguardaban su derecho a intervenir, por razones económicas y políticas.

Flaggs reconoce que la doctrina de *la No Intervención* sin restricciones de ninguna clase, era nueva y de origen americano, argumenta después que este principio tiene dos orígenes, el primero correspondía a la política exterior norteamericana y el segundo a la evolución de la jurisprudencia latinoamericana, que no sólo se oponía a las intervenciones no-americanas, sino incluso a las intervenciones americanas en el Nuevo Mundo, y que le negaban el derecho a intervenir.

Cuando Flaggs destaca la política exterior norteamericana como cimiento de la doctrina de la no intervención, señala sus principales directrices: la implementación de la Doctrina Monroe, las intervenciones militares y diplomáticas necesarias, defensa de la Doctrina Drago y la política de dejar a sus inversionistas resolver sus asuntos financieros con los gobiernos latinoamericanos. A lo largo de todo el libro, Flaggs justifica la política expansionista territorial e intervencionista militar del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica en los países latinoamericanos ya que existían dos políticas nacionalistas de seguridad nacional que respaldaban dichas acciones: "La Doctrina Monroe" y "El Destino Manifiesto."<sup>20</sup>

Además, según los argumentos de Flaggs, los Estados Unidos de Norteamérica eran el pueblo americano más civilizado, por esta causa, le correspondía la responsabilidad natural de colaborar militarmente, diplomáticamente, y económicamente, ante la ineficacia de los gobiernos latinoamericanos para conservar sus instituciones democráticas y su estabilidad social o para garantizar el pago de deudas.

La América Latina ha sido, por razones geográficas y de clima, una región de composición racial mixta (salvo en la República Argentina y Uruguay), de progreso industrial retardado, de bajos rendimientos en los cultivos (en muchas repúblicas) con las naturales consecuencias en la dieta y todas las inferencias fisiológicas y psicológicas en lo que respecta a la energía de los habitantes, el adelanto social y la estabilidad política.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Para Samuel Flaggs "el Destino Manifiesto", ha sido la expresión más fuerte y más duradera del nacionalismo norteamericano, y para él, el nacionalismo es la fuerza histórica más potente en el mundo entero.

<sup>21</sup> *Ibid.*, p.237.

Flagg subraya que se instauró a principios del siglo XX, por parte de los Estados Unidos de Norteamérica un “Nuevo Destino Manifiesto”, que significó la renuncia a la expansión territorial, por un imperialismo protector de las repúblicas americanas. Esta nueva política fue retomada por el presidente Benjamín Harrison con el objetivo de fomentar las relaciones políticas y comerciales con Centroamérica y Sudamérica y, para lograrlo de una manera efectiva, nombró como secretario de Estado al republicano James G. Blaine.

De acuerdo con Samuel Flagg Bemis, las causas por las que los norteamericanos se acercan a sus vecinos de la frontera sur responde a una lógica de seguridad nacional más que a una necesidad de establecer relaciones interamericanas: el Lejano Oeste se llenaba; la economía política de la nación había absorbido el primer impacto de la revolución industrial; las necesidades ampliadas de la seguridad estratégica de la república continental en sí misma, y especialmente territorios como el Istmo, las islas del Pacífico y del Caribe; existían los comienzos de una nueva marina de guerra moderna y por último el prestigio de la Doctrina Monroe.<sup>22</sup>

Otra mirada de las conferencias internacionales americanas la encontramos en la investigación titulada “El panamericanismo su evolución histórica y esencia” de la Academia de Ciencias de la URSS, es una obra colectiva de autores soviéticos, que tiene como propósito dar un panorama general del origen y desarrollo del panamericanismo desde finales del siglo XIX hasta la década de los 70’ del siglo XX. Para comprender la tendencia del análisis histórico, referente a las conferencias internacionales americanas. Es necesario rescatar la definición del panamericanismo, de uno de los ensayistas del libro Lev Zúbok.

Movimiento creado y aplicado por EE.UU. en la época del imperialismo para someter más a los pueblos de las Américas a su hegemonía política y económica. El Panamericanismo es uno de los instrumentos de EE.UU. que propicia en los países de América Latina la creación de condiciones favorables para los capitalistas estadounidenses y desfavorables para sus competidores europeos.<sup>23</sup>

Zúbok sostiene que las conferencias panamericanas, sólo eran un escenario diplomático para fortalecer el imperialismo norteamericano. Por otra parte los latinoamericanos pretendieron incluir la discusión de temas políticos como el *arbitraje obligatorio*, *la no intervención* y *la igualdad de los Estados* entre otros asuntos, pero la misma división que existió entre ellos, evitaba llegar acuerdos como bloque. Además Zúbok enfatiza que la mayoría de delegados latinoamericanos representaba a las clases sociales burguesas gobernantes, que

<sup>22</sup> *Ibidem.*, p.132 .

<sup>23</sup> Zúbok, Lev. “Primeras Conferencias Panamericanas” en *El Panamericanismo su evolución histórica y esencia*, (América Latina: estudios de científicos soviéticos). Moscú. Academia de Ciencias de la URSS, 1982, p.64.



tenían contubernio con los inversionistas norteamericanos. Aunque este análisis es bastante reduccionista, nos ayuda a conocer una de las perspectivas más utilizadas durante la primera mitad del siglo XX y la Guerra Fría.

La actividad de las primeras conferencias panamericanas demuestra que habían de servir de biombo para la agresión imperialista norteamericana. El papel dirigente en dichas conferencias lo desempeñaban E. E. UU. que tomaba todas las medidas necesarias para impedir que pudiesen transformarse en tribuna de críticas al Departamento de Estado y las corporaciones estadounidenses.<sup>24</sup>

Zúbok destaca la gran importancia que tenía para los representantes del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica las conferencias internacionales americanas, que invitaron a participar como representantes oficiales de la delegación norteamericana a empresarios e inversionistas de mucho prestigio como: J. B. Henderson, A. Carnegie y C. Bliss. Este investigador soviético analiza lo acontecido en la Primera y Segunda Conferencia Panamericana, subrayando el gran temor que tenían la mayoría de los países latinoamericanos en contradecir los dictados de la delegación norteamericana, sin embargo aclara que no sucedió lo mismo con los representantes del Cono Sur como Argentina y Chile, que estaban en franca oposición a las disposiciones yanquis.

Nikolái Koroliiov continúa el análisis respecto a lo sucedido durante las conferencias panamericanas, a partir de la segunda década del siglo XX y termina en 1938. El autor especifica, que en esta época era generalizado el desprestigio del imperialismo americano, aunque para los estadounidenses se debía a factores externos como la propaganda antinorteamericana de Inglaterra y la Unión Soviética. Ante esta situación adversa, el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica preveía que en la Conferencia en la Habana, tendría una oposición mayoritaria, por ello decidió enviar a América del Sur, a Gavry Rivas, inspector general de los consulados de Nicaragua en América Latina, con el propósito de que realizará una campaña de información de las causas “justas” de la intervención en Nicaragua. Este episodio comentado por Koroliiov, es sólo un ejemplo, de que no era tan cierto, que los Estados Unidos de Norteamérica siempre estaban seguros de su predominio diplomático en las conferencias panamericanas, ya que en los hechos, en varias ocasiones sus propuestas fueron rechazadas. Koroliiov termina con las participaciones más importantes de los delegados latinoamericanos que defendían *la No Intervención, el Arbitraje Obligatorio, la Igualdad de los Estados*, entre otros temas políticos que contrariaban a los representantes norteamericanos.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> *Ibid.*, p.65.

<sup>25</sup> Koroliiov. N. “El panamericanismo entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial” en *El panamericanismo su evolución histórica y esencia* (América Latina: estudios de científicos soviéticos), Moscú. Academia de Ciencias de la URSS. 1982, pp.76-96.

### **2.1.1. Primera Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas. (1889-1890)**

La Primera Conferencia Internacional Americana se celebró en Washington del 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890, por iniciativa de James G. Blaine, Secretario de Estado del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica. Esta conferencia fue proyectada por Blaine desde 1881; sin embargo, diferentes factores de orden político y económico retrasaron ocho años el evento panamericano: la Guerra del Pacífico, el asesinato del presidente de los Estados Unidos de Norteamérica Garfield y el conflicto limítrofe entre México y Guatemala, entre otros.

Esta conferencia panamericana fue planeada, organizada e impulsada por los norteamericanos, con la intención de integrar a los países del Cono Sur a su influencia económica y, de esta manera, generar un contrapeso a las relaciones comerciales de las naciones sudamericanas con Europa, y así concretizar de manera definitiva la Doctrina Monroe. El orden del día de la primera conferencia tiene como temas: las medidas de protección y desarrollo del bienestar de todos los Estados americanos, formación de una unión aduanera, introducción de derechos de aduana y de unidades de pesos y medidas únicos, establecimiento de comunicaciones regulares y frecuentes entre los puertos de los diferentes países, creación de un tribunal arbitral para dirimir los conflictos económicos y limítrofes, y la legislación sanitaria y literaria.

Blaine invitó a la conferencia a todos los Estados latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras México, Nicaragua, Paraguay, Perú, los Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay y Venezuela, el único que no aceptó fue la República Dominicana, debido a que los Estados Unidos de Norteamérica no consintieron un tratado de arbitraje y reciprocidad comercial firmado con ellos en 1884.

Durante la elección de presidente de la Primera Conferencia Internacional Americana, se presentó el primer altercado entre los representantes, ya que los argentinos no aceptaban a James Blaine como presidente puesto que no estaba registrado como delegado. Finalmente el representante norteamericano fue elegido por mayoría, y, con la ausencia voluntaria de la delegación argentina. Las sesiones se postergaron hasta el 18 de noviembre, ya que los norteamericanos llevaron a los visitantes a una gira por centros industriales y ciudades de su país, los representantes argentinos se negaron a acompañarlos. De acuerdo con Lev Zúbok

este viaje era una estrategia para “impresionar a los delegados, mostrarles el poderío económico de E.E.U.U. y crear un clima de confianza hacia el vecino septentrional.”<sup>26</sup>

En una entrevista<sup>27</sup> de James Blaine y Matías Romero, destacaban que era difícil llegar a acuerdos a lo largo de la conferencia, lo cual se debía a que la mayoría de los países no aceptarían la creación de un mecanismo de arbitraje. Respecto a impulsar las relaciones comerciales a nivel continental Romero puntualizaba que no estaban preparados tanto los países latinoamericanos como el Estado norteamericano, así, puso como ejemplo el Tratado de Reciprocidad entre México y los Estados Unidos de Norteamérica firmado el 20 de enero de 1883 y que fue rechazado por los representantes legislativos de México, asimismo, Blaine destacaba que la intención de su delegación era que los acuerdos fueran aceptados por unanimidad y que el arbitraje fuera llevado a cabo por una comisión mixta que fuera encargada de negociar entre las partes. La perspectiva de Matías Romero finalmente fue la que prevaleció, ya que los delegados asistentes a la Primera Conferencia Panamericana condujeron de manera ríspida la discusión acerca de la creación de un tribunal arbitral y la de formar una unión aduanera.

La representación chilena resaltaba que si se realizaba el tribunal arbitral, los Estados Unidos de Norteamérica tendría más injerencia en los asuntos de los países latinoamericanos. Y los delegados argentinos criticaban la unión aduanera, porque esta institución llevaría a los Estados latinoamericanos a ser tributarios del Estado norteamericano, además de que la consolidación de una zona de libre comercio llevaría a un enfrentamiento bélico con Europa.

A finales del XIX, algunos países latinoamericanos temieron más a realizar alianzas con los Estados Unidos de Norteamérica, que debilitarían sus coaliciones con el Viejo Continente en especial con Inglaterra, su principal socio-comercial; ya que la política intervencionista norteamericana llevada a cabo a finales del siglo XIX creaba desconfianza, además de que pensadores tan importantes como Simón Bolívar y José Martí previeron la política imperialista norteamericana y el papel de subordinación que tendrían los países americanos si se sometían a ella.

---

<sup>26</sup> Zúbok, Lev, *op.cit.*, p.69

<sup>27</sup> Una serie de actas, entrevistas, y resoluciones de la Primera Conferencia Internacional Americana, se encuentran incluidas en el libro de Morales E., Salvador. L. *Primera Conferencia Panamericana, raíces del modelo hegemónico de integración*. México, Centro de Investigación Científica A.C., Jorge L. Tamayo, A. C. 1994.

Lo primero en política es aclarar y prever. Sólo una respuesta unánime y viril, para la que todavía hay tiempo sin riesgo, puede libertar de una vez a los pueblos españoles de América de la inquietud y perturbación, fatales en su hora de desarrollo, en que les tendría sin cesar, con la complicidad posible de las repúblicas venales o débiles, la política secular y confesa de predominio de un vecino pujante y ambicioso, que no los ha querido fomentar jamás, ni se ha dirigido a ellos sino para impedir su extensión, como en Panamá, o apoderarse de su territorio, como en México, Nicaragua, Santo Domingo, Haití y Cuba, o para cortar por la intimidación sus tratos con el resto del universo, como en Colombia, o para obligarlos, como ahora, a comprar lo que no puede vender, y confederarse para su dominio.<sup>28</sup>

José Martí como periodista realizó una primera evaluación de la Primera Conferencia Internacional Americana y del significado que tenía el panamericanismo para los norteamericanos y los latinoamericanos. En primera instancia lleva a cabo una descripción histórica de cómo surge en James G. Blaine la idea de impulsar las exportaciones norteamericanas en un contexto en el que predominaba el proteccionismo comercial de los industriales y por lo tanto fue rechazada. Sin embargo, tiempo después la propuesta de James G. Blaine fue revalorada e impulsada por el candidato a la presidencia Benjamín Harrison a pesar de que era apoyado por fuertes grupos empresariales partidarios del proteccionismo.

Al mismo tiempo que Blaine impulsaba a Harrison, también proyectaba la Primera Conferencia Panamericana. Benjamín Harrison triunfa en 1888, con este suceso pareciera que existía cierto consenso entre el Estado norteamericano y sus capas industriales en impulsar ciertos arreglos comerciales con las naciones latinoamericanas, y es de una manera tan concreta que el mismo Congreso norteamericano exhorta a realizar una reunión panamericana en 1888.<sup>29</sup>

Martí criticaba el discurso inaugural de Blaine en el que se vislumbraba el interés imperialista, pero encubierto en una narrativa que proclamaba la unidad y el bienestar de todas las naciones americanas a través de la renuncia a la conquista y de la fuerza militar para dirimir diferencias, y además del establecimiento de justas alianzas comerciales, pero en los hechos el Congreso norteamericano emitió por esas fechas, nuevas reglas proteccionistas en contra de productos mexicanos y sudamericanos.

---

<sup>28</sup> Cfr. Martí, José. "Congreso Internacional de Washington. Su historia sus elementos y sus tendencias" en Morales Pérez, Salvador. *Textos de combate*. México, UNAM, 1980, p.83.

<sup>29</sup> El Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica votó una ley el 24 de mayo de 1888, que autorizaba al presidente, a invitar a las repúblicas de México, Centro y Sur América, Haití, Santo Domingo y el imperio del Brasil a una conferencia en Washington, sería una reunión de carácter informativo más que resolutivo.

Creemos que estos sentimientos de amistad, declarados ingenuamente y mantenidos de buena fe, harán desaparecer de los estados americanos la necesidad de guarnecer sus fronteras con fortificaciones y fuerzas militares [...] Creemos que la amistad y no la fuerza; que el espíritu de la ley justa, y no la violencia del motín, deben ser la regla de gobierno reconocida entre las naciones americanas unas con otras, y entre los miembros de cada nación americana individualmente. [...] y se habrá llegado al colmo de las aspiraciones, cuando las relaciones personales y comerciales entre los estados americanos del sur y los del norte hayan adquirido tal grado de desarrollo y regularidad, que a todos y cada uno les sea posible obtener, como fruto de tan amplio e ilustrado comercio de ideas y de intereses, la mayor suma de beneficios.<sup>30</sup>

A Martí, algunas propuestas de la conferencia le parecieron pertinentes: El establecimiento de una moneda única, la consolidación de un arbitraje continental, y la creación de una unión aduanera, pero si realmente estuvieran sujetas al bienestar general de las naciones americanas y no sólo al interés del vecino del norte.

Ni la idea de la moneda común es de temer, porque cuanto ayude al trato de los pueblos es un favor para su paz, y una causa menos de encono y recelo, y si se puede acordar, con un sistema de descuentos fijos o con el reconocimiento de un valor convencional, el valor relativo y constante de la plata de diversos cuños, no hay por qué estorbar el comercio sano y apetecible con la fluctuación de la moneda, no de negar en un tanto al peso de menos plata, el crédito que entre pueblos amigos se concede al peso nominal de papel. Ni sería menos que excelente la proposición del arbitraje.<sup>31</sup>

Martí puntualizaba que una de las razones más importantes que tenían los norteamericanos para la realización de dicho congreso era la económica, ya que su producción de mercancías había rebasado su mercado nacional y, en consecuencia, necesitaban ampliar su comercio internacional para colocarlas en otras latitudes. Otro motivo de acuerdo al periodista era que los Estados Unidos de Norteamérica querían conseguir un consenso para implementar su fase imperialista en todo el continente y de esta manera eliminar cualquier posibilidad de dominio europeo en el continente, llámese económico o político.

Pero el debate sobre las “Reclamaciones e Intervención Diplomática,” fue tema áspero entre los Estados Unidos de Norteamérica y los países latinoamericanos ya que se discutió el tratamiento especial a los extranjeros que estaba contemplado en el derecho internacional, y al cual se opusieron los latinoamericanos. La recomendación fue aceptada en bloque, a excepción de la abstención de Haití y la oposición de los estadounidenses. Esta resolución fue el antecedente de la Doctrina Calvo aceptada años después.

<sup>30</sup> Citado por Morales E, *op.cit.*, pp.245-246 y Cfr. Versión original en el AHSRE; L-E-132-B.

<sup>31</sup> Morales Pérez, *op.cit.*, p.97-98.

- 1) Los extranjeros gozan de todos los derechos civiles de que gozan los nacionales, y pueden hacer uso de ellos, en el fondo, la forma o procedimiento, y en los recursos a que den lugar, absolutamente en los mismos términos que dichos nacionales.
- 2) La Nación no tiene ni reconoce a favor de los extranjeros ningunas otras obligaciones o responsabilidades que las que a favor de los nacionales se hallen establecidas en igual caso por la Constitución y las Leyes.<sup>32</sup>

Durante esta Primera Conferencia Americana se realizó un dictamen sobre reglamento sanitario,<sup>33</sup> que tuvo como propósito inicial el de facilitar las relaciones comerciales panamericanas, por esta razón se implementó algunas medidas sanitarias a nivel continental.

- 1.- Convienen en declarar enfermedades pestilencias exóticas: la fiebre amarilla, el cólera morbus y la peste oriental.
- 2.- No recurrir a la clausura de puertos ni a rechazar navío alguno, cualquiera que sea el estado sanitario de abordó.
- 3.-No recurrir a la suspensión absoluta de las comunicaciones terrestres.
- 4.- No considerar susceptibles de transmitir contagio los objetos del uso del hombre, así como las valijas, baúles o cajas que se empleen para guardarlos, seguirán a la persona y como adscritos a ella se considerarán comprendidos en las reglas de cuarentenas, de observaciones y desinfección a que se sujete a aquél.
- 5.- Los reglamentos y procedimientos para prevenirse contra las demás enfermedades contagiosas no determinadas en el párrafo primero, serán los locales de la policía de salubridad de puertos, ciudades y villas que cada país tenga establecidos o considere conveniente establecer.
- 6.- El congreso especial se pronunciará sobre la practicabilidad del establecimiento de lazaretos internacionales y en su caso determinará el lugar o lugares en que deban construirse medios de construcción y mantenimiento y reglamentación de sus servicios internos y públicos.<sup>34</sup>

Los delegados panamericanos al implementar estas reglas de Policía Sanitaria Continental, para coordinar las acciones comerciales con las de salubridad, vislumbraban la necesidad de realizar futuras reuniones sanitarias. “[...] es evidente que las Convenciones Sanitarias Internacionales están llamadas a hacer práctica esa armonía, por medio de disposiciones uniformes e imparciales, que consulten los intereses generales de los países en sus relaciones comerciales.”<sup>35</sup>

Es importante destacar que en La Comisión de Reglamentos Sanitarios se encontraban siete representantes de los cuales sólo uno era doctor; Dr. Horacio Guzmán, de Nicaragua; el Sr. José Gurgel do Amaral Valente, del Brasil. Félix C. Zegarra, de Perú; John F.Hanson , de los Estados Unidos de Norteamérica; Andrade, de Venezuela; Laforestrie, de Haití y Alberto Nin, de Uruguay. La mayoría eran funcionarios de segundo nivel a excepción de Alberto Nin que era ministro en Londres.

<sup>32</sup> Connell, *op.cit.*, p.65.

<sup>33</sup> AHSRE; LE.135-A.

<sup>34</sup> Citado por Morales E., *op.cit.*, p.267.

<sup>35</sup> AHSRE; LE.135-A.

Horacio Guzmán, José Gurgel do Amaral Valente, Félix C. Zegarra, estudiaron o fueron diplomáticos en los Estados Unidos de Norteamérica. El representante norteamericano era propietario de una hilandería de algodón. Los delegados de Haití y de Venezuela no aparecen en la lista de participantes. Por la composición de la Comisión de Reglamentos Sanitarios se puede considerar que todavía no era una prioridad panamericana la cuestión higiénica y, si interesaba, sólo era en función de agilizar más las relaciones comerciales entre los países americanos. Cabe destacar que esta comisión revisó los acuerdos y reglamentos establecidos en la Convención Internacional de Río de Janeiro de 1887<sup>36</sup> y, el del proyecto de Convención acordado por el Congreso de Lima, en 1888, cuya máxima era la de eliminar la clausura de puertos y fronteras, ya que esta solución no impedía el arribo de enfermedades.

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 medida sanitaria, y tiende, por otra parte, a perjudicar notablemente los intereses comerciales de los pueblos.<sup>37</sup>

La comisión después de considerar los documentos citados llega a la conclusión de que las cuarentenas iban en contra del comercio continental y que era mejor aplicar medidas de desinfección y prevención en los puertos y fronteras, para estar de acuerdo a las directrices de la ciencia moderna. Además que por la falta de conocimiento respecto al tema retoman como suyos los acuerdos y reglamentos de las Conferencias Sanitarias de Janeiro y Lima, que sí fueron elaborados por especialistas.

Matías Romero envió el dictamen sobre Cuarentena y Medidas Sanitarias adoptado en la Conferencia al Consejo Superior de Salubridad de México para que lo examinara e hiciera una evaluación de dicho proyecto. Nicolás R. de Arellano, hizo algunas objeciones:

Es casi seguro que no habría país, aun siendo bastante rico, que pudiera establecer y sostener en cada uno de sus puertos el servicio sanitario, los lazaretos y aparatos de desinfección necesarios para llevar a cabo las medidas higiénicas que se adoptasen. En tal virtud, se comprende que en caso de peligro de invasión no será siempre posible dejar abiertos todos los puertos y que la necesidad obligaría a cerrar algunos permitiendo sólo la entrada por aquellos que los recursos del país hubieran permitido montar con los requisitos necesarios.<sup>38</sup>

Arellano propuso que los países tuvieran libertad para limitar el tráfico de acuerdo a sus posibilidades de medidas y control sanitario, además de que existían mercancías que en caso de una epidemia pudieran transmitir gérmenes de las enfermedades infecciosas como: hilachas, plumas, los cueros verdes, las pieles y otros restos de animales y que era imprescindible deshacerse de ellas antes de llegar a un puerto o frontera. Sin embargo, la

<sup>36</sup>Por esta Convención, se regían la mayoría de los países del Cono Sur.

<sup>37</sup>AHSRE; LE.135-A.

<sup>38</sup>Citado por Morales E. *Ibid.*, p.439.

Comisión de Sanidad no aceptó la recomendación mexicana. Es importante señalar que el proyecto de cuarentenas y saneamiento de buques, elaborado por el Dr. John B. Hamilton, Cirujano General del Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica tampoco fue aceptado por la Comisión, por haberse entregado fuera de tiempo, lo cual indica cierta imparcialidad en la toma de decisiones.

Para el representante mexicano Matías Romero, la Primera Conferencia Internacional Americana tuvo una consecuencia muy interesante, el conocimiento mutuo entre los delegados que representaban diferentes culturas en un mismo continente.

El trato diario por cerca de seis meses, de sus delegados, en la discusión de cuestiones muy importantes, que afectaban los intereses más sagrados de sus países respectivos, fue para muchos de ellos una especie de revelación de la importancia y de las condiciones de cada uno de los países representantes en la Conferencia. No es exagerado, por lo mismo, considerar como el primer resultado de ésta, el sentimiento de consideración y de respeto mutuo que cada delegado tenía por sus colegas, y por las naciones que ellos representaban, sentimiento que respecto de este país tenía la circunstancia de haberse encarnado no solamente entre sus delegados, sino en la nación toda, que puede decirse, presenciaba lo que ocurría y apreciaba su significación y trascendencia.<sup>39</sup>

La difícil negociación entre los latinoamericanos y los norteamericanos evitó que se ratificasen las propuestas de la delegación estadounidense, sólo se aceptó un resolutivo del pretendido derecho de conquista, a pesar de la abstención de la delegación chilena y el voto en contra norteamericana, aunque nunca tuvo ninguna operatividad al no ser corroborado por los países miembros.

- 1.- La conquista queda eliminada para siempre del derecho internacional americano.
- 2.- Las cesiones territoriales son nulas si son hechas bajo amenaza de guerra, o presión de la fuerza armada.
- 3.- La nación que hiciese las cesiones podrá siempre recurrir al arbitraje contra la validez de estas cesiones.
- 4.- La renuncia al derecho de recurrir al arbitraje carece de valor y eficacia, cualquiera que sea la época, circunstancias y condiciones en que hubiese sido hecha.<sup>40</sup>

El único resultado concreto de la Primera Conferencia Panamericana, fue la creación de una asociación continental llamada “Unión Internacional de las Repúblicas Americanas” con el propósito de seleccionar y distribuir con rapidez la información comercial. Esta asociación estuvo representada en Washington por una agencia designada la “Oficina Comercial de las Repúblicas Americanas”, que tuvo la supervisión del Secretario de Estado norteamericano Blaine y la dirección a cargo de William E. Curtis, con cuyo nombramiento nunca estuvieron de acuerdo los delegados argentinos.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p.655.

<sup>40</sup> Citado por Cuevas, Vol.II, *op.cit.*, p.24.



Entre la Primera y Segunda Conferencia Internacional Americana, ante la presión latinoamericana se logró que la verticalidad y supremacía norteamericana en la Dirección de la Oficina Comercial de las Repúblicas Americanas fuera más democrática, ya que se creó un comité ejecutivo compuesto de cinco miembros escogidos por turno entre los diplomáticos latinoamericanos acreditados en Washington y supervisado por el secretario de los Estados Unidos de Norteamérica. Este comité ejecutivo nombró a los funcionarios de la oficina. Esto era ya reconocerle cierta autonomía y dirección a la organización panamericana hacia su carácter internacional.

### **2.1.2. Segunda Conferencia Internacional Americana. (1901-1902)**

La II Conferencia Internacional Americana estuvo enmarcada por tres sucesos importantes, el primero fue el apoyo de los Estados Unidos de Norteamérica a Venezuela en contra de Inglaterra en 1895, y el segundo se refiere a la Primera Conferencia de Paz de la Haya que se realizó del 18 de mayo al 29 de julio de 1899, durante la cual se pactó el Acuerdo de Arreglo Pacífico de Disputas Internacionales, creando con ello la Corte de Arbitraje Permanente de La Haya, el tercero fue la independencia de Cuba en 1898 y el establecimiento de la Enmienda Platt en 1901.

La II Conferencia Panamericana se realizó en la Ciudad de México del 22 de octubre de 1901 al 31 de enero de 1902. Las delegaciones que asistieron fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

En la II Conferencia Internacional Americana, los asuntos que se revisaron fueron: la política cultural, la política internacional con énfasis en el arbitraje como mecanismo para dirimir las disputas interamericanas, la política económica y comercial; fundación de un banco panamericano, medios de protección a la industria, la agricultura y el comercio, desarrollo de las comunicaciones, reglamentos consulares de puertos y aduanas, elaboración de estadísticas, estudios en derecho mercantil y la homologación de pagos con el patrón oro.

Las discusiones entre las delegaciones fueron más conflictivas, ya que mientras unos abogaban por el arbitraje obligatorio otros se opusieron y plantearon el arbitraje voluntario, Perú y Argentina representaban a los primeros y Chile<sup>41</sup> a los segundos, cada

---

<sup>41</sup> Recuérdese que Chile mantenía el litigio sobre los territorios de Atacama, Tacna y Arica arrebatados a Bolivia y Perú tras la Guerra del Pacífico.

quien defendía su posición con vehemencia. En esta conferencia los Estados latinoamericanos consiguieron imponer una resolución acerca del arbitraje la cual no fue firmada por Chile ni los Estados Unidos de Norteamérica, y cuyos puntos principales fueron: el arreglo pacífico de conflictos internacionales y sobre la formación de códigos del Derecho Internacional, y el tratado sobre el arbitraje de reclamaciones pecuniarias, se elaboró también un protocolo de adhesión a la convención sobre arbitraje facultativo aprobado en la Conferencia de la Haya, de esta manera se abandonaba la idea del arbitraje general, permanente y obligatorio planteado en la Primera Conferencia. El “Tratado de Arbitraje Obligatorio”, que fue firmado sólo en español y por los países de Argentina, Bolivia, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, México, Paraguay, Perú y Uruguay.

En contra de la voluntad de la delegación norteamericana también fue refrendado un acuerdo de los derechos de extranjería que eliminaba uno de los argumentos más utilizados del imperio norteamericano para invadir territorio latinoamericano: la agresión moral o económica de sus connacionales.

1.- Los extranjeros gozarán de todos los derechos civiles pertenecientes a los ciudadanos nativos exactamente en los mismos términos que dichos ciudadanos, excepto los casos estipulados por la Constitución del país de que se trate.

2.- Los Estados no tienen ni reconocen otras obligaciones respecto a los extranjeros o responsabilidades ante ellos que las estipuladas por la Constitución y las leyes a favor de sus súbditos.

En virtud de ello, los Estados no son responsables de daños ocasionados a extranjeros por actos de rebeldes o individuos y, en general, de daños originados por causas fortuitas de distinta índole, considerando como tales los actos de guerra, sea civil o nacional, excepto en los casos en que las autoridades constitucionales no cumplan con sus deberes.

3.- En caso de que el extranjero tenga reclamaciones o quejas de orden civil, penal o administrativo contra el Estado y sus ciudadanos, deberá presentar sus demandas a una Corte competente del país en cuestión, pudiendo dirigirse las quejas por vía diplomática solo en casos de injusticia manifiesta del tribunal, o de dilación extraordinaria del asunto, o bien de evidente violación de los principios de Derecho Internacional.<sup>42</sup>

Otro tratado fue el que se refiere a la extradición y protección contra el anarquismo que fue firmado por los representantes de: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica de América, Guatemala, México, Haití, Paraguay, Perú, Uruguay. Los países de Costa Rica, Ecuador, Honduras y Nicaragua confirmaron este tratado con la reserva de que sus respectivos gobiernos no entregarán a los delincuentes que merezcan pena de muerte, según la legislación de los países requerientes, sino bajo la promesa de que se les conmutará esa pena por la inmediata inferior.

---

<sup>42</sup> Citado por Zúbok, *op.cit.*, p.73.

También se estableció la Convención sobre el Ejercicio de Profesiones Liberales que legitimaba a los ciudadanos de cualquiera de las Repúblicas que suscribieran dicha Convención, para ejercer libremente en el territorio de las otras siempre y cuando tuvieran un diploma o título y la profesión no requiriera para su ejercicio la calidad de ciudadano, además que a los médicos, cirujanos y farmacéuticos se les exigiría un previo examen de conocimientos generales. Esta convención fue ratificada por todos los países asistentes a la Conferencia.

Otras convenciones y tratados importantes revisados en la Segunda Conferencia Internacional Americana, fueron: “La Convención para la formación de los Códigos de Derecho Internacional Público y Privado de América”, “La Convención para la Protección de las Obras Literarias y Artísticas”, “La Convención sobre Canje de Publicaciones Oficiales Científicas, Literarias e Industriales”, “La Convención relativa a los Derechos de Extranjería” y “El Tratado sobre Patentes de Invención, Dibujos y Modelos Industriales y Marcas de Comercio y de Fábrica”.

La conferencia acordó también reorganizar la “Oficina Comercial de las Repúblicas Americanas” como “Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas” la supervisión continuó en James G. Blaine. Se reemplazó, además, el antiguo Comité Ejecutivo por un Consejo Directivo, compuesto de todos los representantes diplomáticos de las repúblicas latinoamericanas acreditados en Washington y se le dieron más amplias atribuciones que al anterior Comité.

El día 29 de enero de 1902, en la resolución final acerca de la Policía Sanitaria los delegados asignados para este asunto recuperaron las recomendaciones de la Primera Conferencia Internacional Americana referente a las cuarentenas, asentando que cada gobierno americano sería el encargado de aplicar las recomendaciones sanitarias, asimismo invitaron a las naciones a impulsar la cooperación higiénica y la notificación de epidemias, para lo cual exhortaban a la realización de una primera Convención con los ministros de salud americanos y que cada uno de ellos tuviera un voto, para que en el momento de tomar decisiones fuera de manera equitativa, además a que se nombrará un Consejo Ejecutivo,<sup>43</sup> que se llamaría Oficina Sanitaria Internacional.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> El presidente del Consejo fue electo en escrutinio secreto por la misma Convención.

<sup>44</sup> AHSRE; L-E-163. La Oficina Sanitaria Internacional fue establecida en 1902 en la I Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington, D.C. En 1923 en la V Conferencia Panamericana cambia su nombre a Oficina Sanitaria Panamericana, en 1949 queda afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al sistema de Naciones Unidas. En 1958 pasa a constituir parte del Sistema Interamericano, encabezado por la organización de Estados Americanos (OEA) y cambia su denominación a Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Oficina Sanitaria Internacional Americana, tenía como fines la de planear y ejecutar disposiciones sanitarias a escala continental, tales como: la vigilancia en forma de retenes de salubridad en fronteras marítimas y terrestres internacionales, suspensión de la cuarentena en artículos manufacturados y mercancías de puertos limpios, e información en caso de cólera, peste bubónica, viruela u otra epidemia, con el propósito de evitar la proliferación de enfermedades contagiosas. Es importante destacar que esta institución sería sostenida por todos los Estados americanos.

### **2.1.3. Tercera Conferencia Internacional Americana. (1906)**

La III Conferencia Internacional Americana se realizó en Río de Janeiro, Brasil, del 23 de julio al 27 de agosto de 1906. Los países que asistieron fueron Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Los acontecimientos más importantes en América Latina a principios del siglo XX se caracterizaban por las intervenciones militares y económicas de los Estados Unidos de Norteamérica en los países latinoamericanos, y que eran justificadas por el Corolario Roosevelt.

El mal proceder crónico, o la impotencia resultante de un relajamiento general de la sociedad civilizada, puede requerir en última instancia, en América como en otras partes, la intervención de algún país civilizado y en el Continente americano la adhesión de los Estados Unidos de Norteamérica a la Doctrina Monroe puede obligar a este país, por poco que lo desee, al ejercicio de un poder policial internacional, en casos flagrantes de tales malos próceres o impotencia.<sup>45</sup>

En esta conferencia únicamente se trataron cuatro convenciones: la que instauró la condición de los ciudadanos naturalizados que renuevan su residencia en el país de origen, sobre reclamaciones pecuniarias, concerniente a patentes de invención, dibujos y modelos industriales, marcas de fábrica y comercio, propiedad literaria y artística y, relativo al derecho internacional.

Las resoluciones más importantes de la Tercera Conferencia fueron: una resolución concerniente al arbitraje, el cual quedó de esta manera incluido definitivamente en el derecho público del continente; otro sobre deudas públicas; una tercera sobre reclamaciones pecuniarias, y un convenio sobre la codificación del Derecho Internacional. Para analizar sobre este asunto, se nombró una Comisión de Jurisconsultos que tuvieron dos

---

<sup>45</sup> Citado por Connell, *op.cit.*, p.72.

reuniones plenarias en Río de Janeiro en 1912 y en 1927, de acuerdo a Yepes esta Comisión realizó “la obra más considerable que jamás se haya llevado a cabo en el mundo sobre la codificación del Derecho Internacional Público y Privado,”<sup>46</sup> además, se decidió establecer una comisión para estudiar la legislación aduanera, una unión para proteger la propiedad literaria y confirmar el tratado sobre profesiones liberales.

En cuestiones de salubridad se estableció la conveniencia de recomendar a los países americanos que asumieran las instrucciones de la Oficina Sanitaria Internacional respecto a las cuarentenas, para evitar la confrontación entre los reglamentos y disposiciones del sanitarismo internacional y los establecidos localmente, ya que los primeros defendían la abolición de restricciones sanitarias para el libre tránsito de mercancías y personas para incentivar el comercio panamericano, y los segundos imponían sanciones y limitaciones sanitarias extremas para evitar la entrada a los puertos y fronteras a los productos e inmigrantes, cuyo propósito era la de eludir la competencia comercial, más que la de impedir posibles contagios epidémicos.

#### **2.1.4. Cuarta Conferencia Internacional Americana. (1910)**

La IV Conferencia Internacional Americana se efectuó en Buenos Aires, 12 de julio al 30 de agosto de 1910, los países que concurrieron fueron Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Se trataron cuatro convenciones: relativas a patentes de invención, dibujos y modelos industriales -, referente a marcas de fábrica y comercio concerniente a la propiedad literaria y artística- y sobre reclamaciones pecuniarias. Es importante destacar que a lo largo de toda la conferencia no se aludió el conflicto panameño.

La cuestión sobre arbitraje estuvo presente y se instruyó a los delegados a ratificar los acuerdos obtenidos en la materia, en la Segunda Conferencia de La Haya, pero la oposición de los norteamericanos canceló la oportunidad y sólo se limitó a convenir el arbitraje para las reclamaciones pecuniarias.

---

<sup>46</sup> Yepes, *op.cit.*, p.68

La conferencia también se ocupó de la reorganización de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas para cambiar su espíritu comercial, se inició cambiando el nombre a Unión Panamericana.<sup>47</sup>

Esto no es un simple cambio de nombres. Es una transformación profunda en las relaciones de las repúblicas americanas. El fin exclusivamente comercial que se había asignado a la oficina creada en 1890 fue, si no abandonado totalmente, completado al menos por disposiciones que lo convertían en centro de una actividad internacional mucho más intensa.<sup>48</sup>

A propuesta de la Delegación ecuatoriana se debía pugnar por una democratización de la Presidencia del Consejo Directivo de la Unión Panamericana, para que esta fuera rotativa y no permanente en el Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica, aunque no fue aprobada la propuesta queda como un antecedente del enfrentamiento político entre los latinoamericanos y los norteamericanos y que tiempo después fue retomada por los mexicanos.

La siguiente Conferencia Internacional Americana tuvo que esperar trece años, debido a la Primera Guerra Mundial. Este acontecimiento impulsó en gran medida el nuevo panamericanismo ya que fue la oportunidad para los países latinoamericanos de definirse como continente ante las potencias europeas, al declararse en un principio como neutrales ante la conflagración mundial. Además, el panamericanismo también se vio favorecido por las nuevas circunstancias económicas, políticas y sociales: la libre importación de capital europeo, la emigración masiva de europeos, mercados mas restrictivos pero de capacidad superior a los anteriores, creación de nuevas industrias, préstamos de capital de países americanos a los Estados europeos, y el descubrimiento de grandes yacimientos de petróleo.

Los países que siempre conservaron su posición neutral fueron: Argentina, Chile, Colombia, El Salvador, México, Paraguay y Venezuela, esta actitud, como afirma Cuevas Cancino fortaleció considerablemente su independencia. En el Tratado de Versalles se creó la idea de forjar un organismo internacional que garantizara la paz mundial. Los primeros

---

<sup>47</sup> Cabe subrayar que, la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas fue creada el 14 de abril de 1890, por resolución de la Primera Conferencia Internacional Americana, para agilizar el comercio y mantener la paz en el continente americano. En el año de 1910, en la Cuarta Conferencia Internacional Americana cambia su nombre por el de Unión de las Repúblicas Americanas y en la Novena Conferencia Internacional Americana de 1948 será sustituida por la Organización de los Estados Americanos (OEA). El órgano central de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas fue la Oficina Comercial de las Repúblicas Americanas también instaurada en la Primera Conferencia Internacional Americana, al principio dirigida por el Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica, en el año de 1902 cambia su nombre a Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas y en la Cuarta Conferencia en 1910 se le designa como Unión Panamericana, para 1948 se convirtió en la Secretaría General del Consejo Directivo de la O.E.A.

<sup>48</sup> Cuevas, *op.cit.*, Tomo II, p.32.

Estados latinoamericanos en adherirse a este organismo, son los que se mantuvieron neutrales durante la gran guerra mundial, la actitud de los norteamericanos fue de recelo acorde a su política aislacionista.

El nuevo panamericanismo impulsado por los Estados Unidos de Norteamérica fue con un estilo más colaboracionista, ya que los sucesos internacionales lo ameritaban al no querer relacionarse con los Estados del Viejo Continente, su política exterior se acentuó a afianzar alianzas con los países latinoamericanos.

La política interamericana de los Estados Unidos de Norteamérica sufrió en consecuencia un cambio esencial. En Washington no se habló ya de naciones de segunda clase, ni de la obligación del poderosos de intervenir en ellas; al contrario, se las consideró con afecto, cual países explotados; se les habló de amistad y también de honor; los propósitos de la política exterior dejaron asimismo de ser descritos en términos materialistas. Wilson discurrió sobre la mutua comprensión, el desarrollo mundial de la democracia, y en ocasión solemne que en verdad rompió todo precedente, anuncio que “los Estados Unidos de Norteamérica nunca más tratarán de adquirir otro pedazo de territorio por medio de la conquista”.<sup>49</sup>

Aunque los norteamericanos terminaron su política expansionista territorial, no sucedió lo mismo con su intervencionismo diplomático y militar, como en el caso de México, en el que no reconoció al gobierno de Huerta e invadió territorio mexicano.

### **2.1.5. Quinta Conferencia Internacional Americana. (1923)**

La Quinta Conferencia Internacional Americana que se formalizó en Santiago, de Chile, el 25 de marzo al 3 de mayo de 1923. Los Estados presentes fueron: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile Ecuador, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Es interesante señalar la ausencia de Bolivia, Perú y México, este último se negó a participar, ya que el gobierno de Álvaro Obregón no era *reconocido* por el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, y en represalia no tenía representante en el Consejo Directivo de la Unión Panamericana. Este suceso define el carácter vertical de las decisiones de poder en la Unión Panamericana.

El programa de la Quinta Conferencia fue estructurado con los siguientes contenidos: sanidad, aduanas, de comunicaciones, de extranjería, los de codificación del derecho internacional, del arreglo judicial o arbitral de las diferencias entre las repúblicas, de

---

<sup>49</sup> Cuevas, *op.cit.*, Tomo II, p.55.

la reducción de gastos militares y de las consecuencias producidas por un agravio inferido por un poder no americano a una nación del continente, los derechos civiles y políticos de la mujer, medidas tendientes a formar una Liga de Naciones Americanas, y por primera vez en la historia de las Conferencias Panamericanas se incluyó un tema: la justicia social en las clases proletarias.

La inclusión de tantos temas políticos en un temario de conferencia indicaban que los latinoamericanos no estaban dispuestos a aceptar el concepto angloamericano de asociación interamericana [...] este temario seguramente representó el ataque más serio al concepto de panamericanismo de los Estados Unidos de Norteamérica, hecho hasta la fecha. Sin embargo, aun cuando no se opusieron con vigor a que fuesen incluidos esos temas en el programa, los Estados Unidos de Norteamérica estaban determinados a impedir toda acción efectiva contraria a sus intereses.<sup>50</sup>

Estas ideas de justicia social también se reflejaron en la Comisión de Higiene, ya que los resolutivos fueron que la salud nacional se declaraba responsabilidad del Estado y, en consecuencia, se recomendaba a los gobiernos incluir en sus legislaciones nacionales el reconocimiento del derecho del indigente a la asistencia médica gratuita, y el establecimiento de seguros sociales. También se recomendó a los Estados americanos la elaboración de un código sanitario panamericano y el cambio de nombre de Oficina Sanitaria Internacional Americana a Oficina Sanitaria Panamericana.

Sobre el asunto de los derechos de los extranjeros, nuevamente fue pospuesta la resolución, porque entre los latinoamericanos y los norteamericanos no se llegó a ningún acuerdo, por lo tanto este tema fue referido a la Comisión de Jurisconsultos en Río de Janeiro, al igual que la propuesta de establecer una Corte Americana Permanente de Justicia.

También se rechazó la idea de La Liga de Naciones y se cuestionó la esencia de la Doctrina Monroe, a lo que la representación norteamericana argumentó que era “original y esencialmente nacional”, para Connell Smith el carácter unilateral de la Doctrina y la determinación de los Estados Unidos de Norteamérica de no panamericanizarla quedaron de relieve más adelante en el mismo año por el Secretario de Estado Charles Evans Hughes, al declarar: “Dado que la política enmarcada en la Doctrina Monroe es específicamente la política de los Estados Unidos, el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica se reserva su definición, interpretación y aplicación.”<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Connell, *op.cit.*, p.83.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p.84.



Aquí se instituyó un Tratado de Arbitraje Obligatorio impulsado por Manuel Gondra, Ministro de Relaciones Exteriores y ex-presidente de Paraguay, para evitar o prevenir conflictos entre los Estados americanos y es firmado por Venezuela, Panamá, Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay, Ecuador, Chile, Guatemala, Nicaragua, Brasil, Colombia, Cuba, Paraguay, República Dominicana, Honduras, Argentina y Haití:

El Tratado se aplicará a toda controversia que suscitada entre dos o más estados, no ha podido ser resuelta por la vía diplomática, ni ser llevada al arbitraje; en ese caso, dicha controversia será sometida "a la investigación e informe de una Comisión" compuesta de cinco miembros, elegidos conforme a detallado procedimiento. La intervención de la Comisión, desde el momento en que se dan pasos para constituir la, implica para las partes la obligación de no concentrar tropas, ni efectuar ningún acto hostil. Las controversias serán referidas a las comisiones de investigación una vez que hayan fracasado las negociaciones diplomáticas, o bien si la negociación es imposible. La convocatoria a la Comisión podrá ser promovida por cualquiera de las dos partes por intermedio de una de las dos comisiones permanentes que fijó el Tratado, con sede en Montevideo y en Washington. Las Resoluciones de la comisión no tendrán la fuerza reservada a las sentencias o a los laudos, sino el valor de un informe, sobre el cual las partes reiniciarían negociaciones. Y si, al cabo de ellas, no llegasen a ninguna conclusión, quedarán en libertad de proceder de la manera que más convenga a sus intereses. Se dispone también que esta Convención en forma alguna restringe o abroga los compromisos de arbitraje.<sup>52</sup>

De acuerdo al delegado chileno Aldunate Solar, entre 1909 y 1919 se habían realizado ciento veinte tratados de arbitraje obligatorio en el continente, sin que ninguno tuviera los resultados esperados, por esta razón era muy difícil conseguir un tratado de arbitraje obligatorio que fuera aceptado unánimemente en la Quinta Conferencia Internacional Americana, por lo tanto el estudio de este asunto se postergó a la siguiente Conferencia. También se acordaron diferentes convenciones: Sobre publicidad de documentos aduaneros, para la protección de marcas de fábrica, comercio y agricultura y nombres comerciales, y sobre uniformidad de nomenclatura para la clasificación de mercaderías.

El tema más polémico que se debatió fue respecto a la calidad exigida de diplomático acreditado ante el gobierno de Washington para ser miembro del Consejo Directivo de la Unión Panamericana y la Presidencia Permanente del Consejo ejercida por el Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica. El resolutivo más importante a que se llegó fue que el Presidente del Consejo Directivo sería electo y que se elegiría al mismo tiempo un vicepresidente, aunque en los hechos siguió con el cargo el Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica, de acuerdo de J. M. Yepes era por "cortesía diplomática, no por imposición hegemónica."<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Cuevas, *op.cit.*, Tomo II, p.70.

<sup>53</sup> Yepes, *op.cit.*, p.34

A la Unión Panamericana al concluir la Conferencia se le atribuyeron los mismos fines que en reuniones anteriores: cooperar con el desarrollo de relaciones económicas y comerciales entre las naciones americanas, colaboración en la organización internacional de la mano de obra en América, el estudio de problemas relativos a la higiene en los países del continente y la cooperación intelectual.

En la década de los 20' del siglo XX, los norteamericanos armonizaron su política intervencionista militar con la diplomacia del dólar, los gobernantes de los Estados Unidos de Norteamérica y sus inversionistas hicieron gran cantidad de préstamos a los países latinoamericanos para cambiar las formas de dominación, pero el fin era el mismo: extender su influencia económica y política, al mismo tiempo que existía una gran inestabilidad política en los países centroamericanos y del Caribe.

#### **2.1.6. Sexta Conferencia Internacional Americana. (1928)**

Ante este nuevo escenario se formalizó La Sexta Conferencia Internacional Americana en la Habana, Cuba, del 16 de enero al 20 de febrero de 1928 con la participación de las siguientes delegaciones: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, los Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay y Venezuela.

Los delegados de la Sexta Conferencia Internacional Americana dividieron el programa de la reunión en ocho temas:

- I. Unión Panamericana.
- II. Orden Jurídico Interamericano.
- III. Problemas de Comunicaciones.
- IV. Cooperación Intelectual, Problemas Económicos.
- V. Problemas Económicos.
- VI. Problemas Sociales.
- VII. Informe sobre tratados, convenciones y resoluciones.
- VIII. Futuras Convenciones.

El primer asunto que analizaron los especialistas, fue el referente a la organización de la Unión Panamericana en conformidad con la resolución de 1 de mayo de 1923 de la Quinta Conferencia Internacional Americana.

La Unión Panamericana radicada en Washington, sirve de órgano a la Unión de las Repúblicas Americanas y la representación de los Gobiernos, tanto en ella como en las Conferencias Internacionales Americanas es de derecho propio (Art.1). La dirección la ejercerá un Consejo Directivo formado por los diplomáticos en Washington y por el Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica; los países que, por cualquier causa, no tuvieren representantes diplomáticos en Washington pueden constituir representantes especiales.<sup>54</sup>

Durante el establecimiento de los mecanismos para estructurar la Unión Panamericana, el delegado argentino Dr. Pueyrredón enfatizó que era imprescindible instaurar claramente las finalidades prácticas de dicha organización, en concreto propuso tres:

- 1- Que los gobiernos que forman la Unión tomen medidas para suprimir o reducir las barreras aduaneras exageradas que dificultan la libertad del comercio interamericano.
- 2- Que se supriman las trabas a la libre circulación y al comercio de la producción agrícola en todos aquellos productos en que la supresión no constituya un peligro para los intereses creados del país y de sus trabajadores; y
- 3- Que, en cuanto a la policía sanitaria, los países signatarios adopten un sistema orgánico, a fin de evitar medidas de carácter arbitrario.<sup>55</sup>

El Dr. Pueyrredón exigió que se incluyeran sus propuestas, de lo contrario la delegación argentina no suscribiría el proyecto ya que de no hacerlo, no existirían garantías para el comercio latinoamericano. La proposición no fue bien recibida por el representante norteamericano Hughes. Los demás delegados latinoamericanos estaban de acuerdo en que era indispensable una labor de cooperación económica en la Unión; pero advirtieron inconvenientes en la propuesta argentina ya que el problema no era general; si, por una parte podían considerarse como excesivos los aranceles impuestos por el mercado norteamericano a las exportaciones de carne congelada y al trigo argentino, sin embargo había países como México que gracias a los impuestos aplicados a los productos de exportación tenían considerables ingresos. La situación en el terreno comercial era variada y compleja, de tal forma que resultaba difícil establecer una solución general. A pesar de ello, la delegación mexicana se solidarizó con las demandas de la representación argentina.

También el delegado del Salvador se adhirió a la reclamación argentina y enfatizaba el carácter intrínseco de la Unión Panamericana.

<sup>54</sup> Secretaría de Relaciones Exteriores. *La participación de México en la Sexta Conferencia Internacional Americana, Informe General de la Delegación de México*. México, Imprenta de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1928, p.17

<sup>55</sup> Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores (AHSRE), LE 209-XI. Sexta Conferencia Internacional Americana, 1928.

Primero: Las Repúblicas del Continente Americano reconocen que la Unión Panamericana descansa en dos postulados incommovibles: el reconocimiento de la autonomía e independencia recíproca de todos los Estados de América y su perfecta igualdad jurídica.

Segundo: El panamericanismo consiste en la unión moral de las Repúblicas de América descansando esa unión sobre la base del más recíproco respeto y del derecho adquirido en su completa independencia.<sup>56</sup>

El delegado Pueyrredón sostuvo firmemente la inserción de los principios económicos como una función fundamental de la Unión Panamericana -para lograr alcanzar un comercio más justo y equitativo- ya que sí no se incluía quedaría demostrado que el panamericanismo no cumplía sus fines. La actitud de Pueyrredón le valió su renuncia, ya que el mismo presidente de Argentina Alvear, lo felicitó por su actitud pero le encomendó rubricar el protocolo con reservas, recomendación que no aceptó.

Por otra parte, La delegación mexicana opinó que la Presidencia, Vicepresidencia del Consejo Directivo y el cargo de Director General de la Unión fuera rotativa y que los gobiernos latinoamericanos estuvieran representados también en la planta laboral del organismo, ya que existían 61 norteamericanos por 2 latinoamericanos. Estas sugerencias causaron malestar entre algunos delegados. Es interesante analizar como la delegación mexicana consideraba a la Unión Panamericana como un organismo estructurado para beneficiar ante todo a los Estados Unidos de Norteamérica.

Es indudable que la Unión Panamericana, tanto por el lugar donde radica como por su organización, se ha ido plasmando, insensible y necesariamente, a los intereses de los Estados Unidos de Norteamérica más que a los de ninguna otra nación americana. El motivo principal es la escasa participación en ella de las naciones latinoamericanas bajo el aspecto general de una igualdad completa, debida, sobre todo, a la composición del Consejo por representantes diplomáticos, quienes no pueden menos que ver como secundaria su gestión en la Unión; a la situación naturalmente privilegiada que tiene en el Consejo el Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica; a la nacionalidad americana de casi todo el personal de la Unión; a la inamovilidad de hecho de un Director General americano, y a la circunstancia de encontrarse radicada esa institución en la Ciudad de Washington.<sup>57</sup>

Venezuela se opuso tanto a la propuesta mexicana como a la argentina. Finalmente el informe de la subcomisión, que después aprobó la Comisión, es el siguiente:

<sup>56</sup> AHSRE; LE-209-XI. Participación de Gustavo Guerrero en la Sexta Conferencia Internacional Americana, 1928.

<sup>57</sup> Cfr. Secretaría de Relaciones Exteriores. *La participación de México en la Sexta Conferencia Internacional Americana*, *Ibid.*, p.19. AHSRE, LE-209-X, "Informes confidenciales y oficiales preparados para la Secretaría de Relaciones Exteriores por el Lic. Arturo Castro Leal. Secretario de la Delegación Mexicana, asistente a la Sexta Conferencia Internacional Americana, referentes a los trabajos desarrollados por la Primera Comisión, designada para realizar el estudio de los problemas concernientes a la Unión Panamericana, dentro de la mencionada Conferencia. Recortes de prensa relativos".

La Sexta Conferencia Internacional Americana resuelve; Que la Unión Panamericana siga regida por las resoluciones en vigor hasta que los Estados que la forman resuelvan en contrario, con las siguientes modificaciones:

1. La Dirección de la Unión Panamericana la ejercerá un Consejo Directivo formado por los representantes que cada uno de los Gobiernos americanos tenga a bien designar. Puede recaer la designación en los representantes diplomáticos de los respectivos países en Washington.
2. Corresponde al Director General nombrar, con la aprobación del Consejo Directivo, el personal que sea necesario para la Unión Panamericana, tratando en cuanto sea posible, que se distribuyan los cargos entre nacionales de los diversos países miembros de la Unión.
3. Tanto el Consejo Directivo, como la Unión Panamericana, no tendrán funciones de carácter político.
4. El Consejo Directivo, como la Unión Panamericana, establecerá su reglamento y el estatuto de sus funcionarios, fijando sus asignaciones y jubilación.
5. Los Estados que forman parte de la Unión podrán retirarse de ella en cualquier momento debiendo abonar sus cuotas respectivas por el término del año fiscal corriente.<sup>58</sup>

De acuerdo a J. M. Yepes el error más grande en la definición de la Unión Panamericana fue la renuncia explícita a ejercer funciones políticas, ya que le quitaba a dicho organismo su razón de ser.<sup>59</sup> A pesar de la abdicación de la Unión Panamericana a ser un organismo de carácter político, en el transcurso del tiempo en diversas ocasiones asumió ese fin.

La siguiente Comisión de Derecho Internacional Público y Policía de Fronteras tampoco estuvo exenta de discusiones, ya que el tema de controversia era la no intervención. El debate principió con la ponencia del delegado peruano Víctor Maúrtua en la cual exteriorizó sus puntos de vista acerca del derecho internacional y de como ningún Estado por proteger sus intereses debía dañar a otros Estados que fueran inofensivos.

- I. Todo Estado tiene el derecho de existir, de proteger y de conservar su existencia, pero este derecho no implica el poder ni justifica la acción del estado para proteger o conservar su existencia por medio de procedimientos injustos contra Estados inocentes e inofensivos.
- II. Todo Estado es independiente en el sentido de que tiene el derecho de procurar su propio bienestar y desenvolverse libremente, sin intervención o control de otros Estados, pero en el ejercicio de este derecho no debe afectar ni violar los derechos de otros Estados.
- III. Todo Estado es por propio derecho y ante la ley, igual a los otros miembros de la comunidad internacional. Todo estado puede, en consecuencia, asumir entre las potencias del mundo la posición independiente e igual a que tiene derecho.
- IV. Todo Estado tiene derecho a un territorio determinado por límites precisos y a ejercer jurisdicción exclusiva en su territorio y sobre todas las personas nativas o extranjeras que él se encuentren.
- V. Todo Estado investido de un derecho por la ley de las naciones, puede exigir que él sea respetado y protegido por los Estados, porque los derechos y deberes son correlativos, y la observancia del derecho de uno es el deber de todos.
- VI. El Derecho Internacional es al mismo tiempo nacional e internacional: nacional, en el sentido de que es la ley del país, aplicable, como tal a la decisión de todas las cuestiones que se refieran a sus principios: internacional, en el sentido de que es la ley de la comunidad de las naciones, aplicable, como tal, a todas las cuestiones que se produzcan entre dos o más miembros de ella y que se refieran a sus principios.<sup>60</sup>

<sup>58</sup> Cfr. Secretaría de Relaciones Exteriores. *La participación de México en la Sexta Conferencia Internacional Americana*, *Ibid.*, p.40. AHSRE, LE-209-X.

<sup>59</sup> Yepes, *op.cit.*, p.37.

<sup>60</sup> Secretaria de Relaciones Exteriores, 1928, *op.cit.*, p.44.

El delegado del Salvador J. Gustavo Guerrero reprochó la exposición de Maúrtua, ya que afirmaba que no existía un Derecho Internacional Americano, como lo señalaba el expositor, además de que había ignorado las propuestas por la Comisión de Juristas Americanos realizadas en Río de Janeiro, en la cual por unanimidad se votó a favor de la no intervención sin cortapisas y que él había aceptado, y que ahora rechazaba, además que el discurso del delegado peruano era improvisado y por lo tanto era una irresponsabilidad de su parte. Es significativo recalcar que Guerrero señalaba que si hubiera sido un tema de cooperación intelectual o de higiene se le podía perdonar su falta, por no ser cuestiones vitales.

Carlos Salazar de Guatemala también realizó una indicación al expositor debido a que existía en su discurso una gran vaguedad de ideas y que era imprescindible precisar los conceptos de independencia, soberanía e igualdad jurídica de los Estados. La delegación Mexicana no estuvo de acuerdo con las sugerencias de Maúrtua, ya que *el principio de no intervención* no podía ser condicionado:

I.- Del artículo 1. Resulta, que si un Estado no es inocente o inofensivo, otro Estado puede proceder contra él. Como la calificación la hará el Estado interesado, el principio, en el fondo, autoriza la intervención

II. -El artículo 2. Expresa que la independencia de un Estado y su derecho para que ningún otro intervenga en sus asuntos, quedan subordinados a que no afecte o viole los derechos de otros Estados. Como la calificación puede ser hecha como en el caso anterior, resulta consagrado el derecho de intervención.

III. El artículo 5. Dice que un Estado investido de un derecho por la ley de las naciones, puede exigir que sea protegido por los otros Estados. Para lograr esto un Estado, puede llegar a solicitar la intervención, y aunque está autorizada por un gobierno, hay que tener en cuenta que no siempre los Gobiernos representan la voluntad del pueblo.

IV.- La declaración que hace el artículo 6 relativa a que el Derecho Internacional es al mismo tiempo nacional, debe limitarse al derecho convencional que ha sido aceptado libremente, no al formado por doctrinas discutibles o controvertidas.<sup>61</sup>

La propuesta del delegado peruano era defendida por los representantes norteamericanos, chilenos, nicaragüenses y cubanos.

El Sr. Charles Evans Hughes, delegado de los Estados Unidos de Norteamérica, recogió del ambiente las alusiones que de paso habían hecho algunos delegados, y trató de justificar tanto la conducta de la delegación americana en la Comisión de Derecho Internacional como la política de los Estados Unidos de Norteamérica en Centroamérica. Declaró que los Estados Unidos de Norteamérica no pueden renunciar al derecho de proteger a sus ciudadanos; que cuando el gobierno de un país no puede funcionar debido a dificultades que le es absolutamente imposible vencer, otro gobierno se halla plenamente justificado para proceder a lo que se podría llamar "una interposición de carácter temporal" con el objeto de proteger las vidas y bienes de sus nacionales."<sup>62</sup>

El delegado mexicano Fernando González Roa realizó una exposición para conjuntar esfuerzos para lograr una declaratoria unánime del derecho internacional y de la no intervención, realizando una revisión de lo que había significado el panamericanismo. En primera instancia Roa afirmó que los fundamentos del panamericanismo fueron planteados

<sup>61</sup>*Ibid.*, p.44

<sup>62</sup>*Ibid.*, p.47.

desde el Congreso de Tacubaya y residían en: la independencia, la integridad territorial, el arbitraje y la codificación del Derecho Internacional. A diferencia de los principios del panamericanismo expuestos por el presidente Wilson y el delegado americano Hughes, el primero argumentaba que las pilastras eran: la independencia, la no-agresión, el arbitraje y la neutralidad en el caso de guerra civil, el segundo señalaba de una manera superficial que se establecía por: La independencia, la estabilidad, la buena fe y la cooperación; Roa llega a la conclusión que si no se retomaban las ideas que respecto al panamericanismo existían y se resolvía positivamente un acuerdo acerca del derecho internacional y la no intervención, se estaría fraguando la muerte de la doctrina panamericana.

No sólo no detengamos a los pueblos de América en su marcha; pero tampoco demos muerte hoy al panamericanismo. El panamericanismo está fundado en la cooperación y no hay cooperación sino en el seno de sentimientos generosos, los pueblos no se unen, dijo Martí, sino con lazos de amistad, de fraternidad y de amor. Pues bien, esos lazos no pueden existir entre pueblos que se odian y se temen. Vamos a decidir hoy la suerte del panamericanismo. Volvamos a decir a los pueblos que nos mandan, que los brillantes discursos que aquí se han pronunciado, no son un morituri te salutant.<sup>63</sup>

Para el delegado brasileño Raúl Fernández el no llegar a acuerdos de manera unánime en un tema tan delicado como *la no intervención* llevaría como consecuencia a la desintegración del panamericanismo. Fernández terminaba su participación con la convicción de que el ideal de la no intervención, sólo se podría alcanzar hasta que se consumará una codificación del Derecho Internacional. Asimismo, el delegado Eduardo Álvarez del Salvador cierra su glosa con un discurso claro y que toca las fibras más sentidas, no sólo de los delegados latinoamericanos sino de la representación norteamericana.

Retardar el problema es como demostrar cierto miedo y cierto temor, por no conceder derechos a quienes están pidiéndolos constantemente. Natural es que los países que están alejados del foco del conflicto, que están más allá; que no sienten sobre ellos el peso de las injusticias, se ensanchen y digan; "podemos dejar para más tarde la solución de este problema". Los países grandes que tienen cañones que tienen escuadras, que tienen ejércitos, naturalmente que hablan así, pero los que tienen el yugo encima, esos tienen derecho a hablar. Es el momento preciso de decir la verdad. ¿Por qué nos detenemos ante esa verdad? ¿Por qué? ¿Por qué somos pequeños? ¿Por qué somos débiles?, ¿Por qué esa debilidad asusta? No. En las grandes asambleas es donde se debe ver la gran virilidad de los hombres. ¿Los hombres débiles no sirven para nada! Son hombre viriles los que miran siempre de cara al sol, de frente! ¡Declaremos la verdad señores!...El derecho de intervención es el derecho de la fuerza. ¡Quién interviene en los asuntos interiores de un país pequeño es el fuerte!<sup>64</sup>

La respuesta del delegado norteamericano Charles Evan Hughes no fue menos ardiente, ya que enfatizaba que los Estados Unidos de Norteamérica no tenían intención de intervenir en ningún país latinoamericano.

---

<sup>63</sup> *Ibid.*, p.89.

<sup>64</sup> *Ibid.*, pp.111-112.

Y tengo el derecho, cuando hablo aquí en nombre de la Delegación americana, de declarar la política de mi país. Acojo gustosamente la resolución del Delegado de México contra la agresión. No deseamos agresiones. No deseamos agresión contra nosotros mismos y no abrigamos propósito alguno de agresión contra nadie. Deseamos respetar los derechos de todos los países y que los derechos de nuestro país sean igualmente respetados. No queremos el territorio de ninguna de las repúblicas americanas. No queremos intervenir en los asuntos de las repúblicas americanas. Deseamos y queremos sencillamente la paz y el orden, la estabilidad y el reconocimiento de derechos legítimamente adquiridos, de manera que sea este hemisferio, no sólo el hemisferio de la paz, sino también el hemisferio de la justicia internacional. En tiempos recientes mucho se ha dicho acerca de Nicaragua. Allí se sienta el Ministro de Relaciones Exteriores de Nicaragua, Delegado de su país a esta Conferencia. El puede hablaros sobre la situación de Nicaragua; él puede decirnos que no deseamos sino la independencia y la paz de sus país y que estamos allí simplemente con el objeto de ayudarles a celebrar unas elecciones libres, de manera que puedan tener un gobierno soberano e independiente. Menciono este caso, porque estoy hablando en un espíritu de entera franqueza.<sup>65</sup>

El delegado estadounidense continuó su discurso destacando que cuando los ciudadanos americanos corren alguna amenaza a su integridad territorial o a su gobernabilidad sería absurdo no interesarse o ser indiferentes y, de acuerdo al Derecho Internacional se debe intervenir, pero no sería propiamente una intervención sino *una interposición de carácter temporal con el objeto de proteger las vidas y bienes nacionales* y finaliza argumentando que los resolutiveos de la Conferencia no deben estar en contra del Derecho Internacional. Además se aprobó una resolución la cual sentencía que el arbitraje obligatorio sólo se aplicaría en asuntos jurídicos. Por último se concertó una resolución sobre arbitraje que impulsaría una conferencia especial de conciliación y arbitraje en el año de 1929 en Washington, cuyos resultados fueron un tratado general de arbitraje interamericano de naturaleza jurídica y una convención general de conciliación interamericana. Como no se llegó a ningún acuerdo se recomendó incluir en el programa de la VII Conferencia Internacional Americana, la consideración de las bases fundamentales del Derecho Internacional y Estados.

En materias jurídicas de Derecho Internacional Público: se firmaron varias convenciones: sobre la condición de extranjeros, sobre el asilo diplomático, acerca del estatuto de los funcionarios consulares y diplomáticos, otro sobre la neutralidad marítima, sobre los derechos y deberes de los estados en caso de luchas civiles, y más sobre tratados. Por otra parte en derecho internacional privado se rubricó el Código Bustamante. En cuestiones de cooperación intelectual, la Sexta Conferencia tuvo el acierto de aprobar la creación del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, en materia de comunicación se propuso la construcción de una carretera panamericana.

En la Séptima Comisión de Problemas Sociales, llamada en la anterior Conferencia como de Higiene, se incluyeron aspectos de salubridad, así como el de retomar las recomendaciones de la Quinta Conferencia Internacional Americana sobre el Código Sanitario Panamericano y las medidas preventivas de sanidad, además de analizar los resultados de la

---

<sup>65</sup> *Ibid.*, pp. 116-117.



Conferencia de representantes de los Servicios de Sanidad Pública, reunida en Washington en 1926 y la consideración de las disposiciones que se hayan tomado para la organización y desarrollo de las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de los resultados de la Conferencia Panamericana de la Cruz Roja.

Para analizar los temas se nombraron, a diferencia de la Quinta Conferencia, ahora sí a especialistas como: Francisco de P. Miranda y Enrique Monterrubio (México); Dr. John B. Long (Estados Unidos de Norteamérica); Dr. Afranio do Amaral (Brasil); Dr. Federico Torralbas y Dr. Domingo Ramos (Cuba). Las ponencias presentadas a la Comisión iban firmadas por todos los delegados técnicos, razón por la que pudieron ser aprobadas por unanimidad y sin discusión por la Comisión y por la Conferencia en pleno.

En la relatoría de la Comisión de Problemas Sociales se especificó que el Código Sanitario Marítimo Internacional fue adoptado en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, pero en los hechos sus disposiciones eran muy generales y por lo tanto era difícil de cumplirlas, y esto se veía claramente en la Primera Conferencia de Directores de Sanidad en la cual se exhortaba a las naciones americanas a aprobarlo aún con reservas, pero el reclamo generalizado era que el Código debería ser reformado.

La delegación mexicana tampoco estaba de acuerdo en que las funciones de la Oficina Sanitaria Panamericana tuviera las responsabilidades que le dictaban las Conferencias Sanitarias Internacionales y las Conferencias Internacionales Americanas, ya que en muchos resolutiveos el Gobierno de México no estaba de acuerdo con algunas observaciones de las Conferencias Sanitarias Internacionales, porque las consideraba improbables de realizar por la carencia de recursos humanos y materiales.

Es importante aclarar, que la revisión de las cuestiones higiénicas, correspondió propiamente a las Conferencias Sanitarias Panamericanas, puesto que cada vez se acentuaba más la práctica de encargar el estudio de los asuntos técnicos a reuniones de expertos. A pesar de ello, se resolvió revisar los informes sanitarios de cada país para realizar una primera evaluación de los avances de los programas aplicados a nivel continental, también se elaboraron trabajos especializados en cuestiones de Higiene.

El panamericanismo en la década de los años 30's del siglo XX vuelve a retomar nuevos derroteros hasta finales de la Segunda Guerra Mundial; después de la crisis del 29', la figura de un nuevo estadista norteamericano Franklin Delano Roosevelt delinea la política de la *Buena*

*Vecindad*, con la cual los Estados Unidos de Norteamérica procuraron no sólo colaborar económicamente con los Estados latinoamericanos, sino se comprometieron a renunciar al empleo de la fuerza en las relaciones con los países latinoamericanos, retirar sus tropas en los países ocupados y cambiar su posición política respecto al arbitraje y la no intervención -este cambio de actitud también coincide con el ascenso del comunismo internacional-.

### **2.1.7. Séptima Conferencia Internacional Americana. (1933)**

La Séptima Conferencia Internacional Americana, se efectuó en un período histórico marcado por el surgimiento del nazismo alemán, fascismo italiano, nacionalismo japonés y la expansión del comunismo a nivel internacional. En América Latina existía una inestabilidad social: guerras entre Perú y Colombia, Bolivia y Paraguay, además de los levantamientos militares en Argentina, Brasil y Chile. Por último la invasión militar de los Estados Unidos de Norteamérica a Haití.

La Séptima Conferencia se realizó del 3 al 26 de diciembre de 1933 en Montevideo, con la participación de representantes de 20 Estados: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, los Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay y Venezuela. No asistió Costa Rica.

De acuerdo a diversos autores, a partir de esta Conferencia los Estados Unidos de Norteamérica tuvieron un verdadero compromiso de cooperación con la América Latina y en un plano secundario sus relaciones extracontinentales. La política proteccionista de este país se encontraba en su apogeo; sin embargo, al interior del mismo había políticos e inversionistas que pugnaban por una reducción inmediata de aranceles y el libre comercio.

En la VII Conferencia Internacional Americana, el representante estadounidense Hull propuso para agilizar el comercio continental, la realización de tratados multilaterales y la reducción de aranceles, además de una cláusula de la nación más favorecida, a pesar que estas disposiciones no estuvieran aprobadas todavía por el Congreso Norteamericano.

El programa de la Séptima Conferencia Internacional Americana estuvo muy enfocado en los derechos del trabajador, de la mujer, y del niño. Otra parte importante fueron las propuestas del ámbito cultural educativo. Ante la importancia de esos asuntos se planeó la creación de diversos institutos: Instituto Interamericano del Trabajo, Instituto de Protección a la Infancia e Instituto Interamericano de Cooperación Intelectual.

Los temas económicos siguen siendo primordiales, y esta fue la razón por la que se proyectó la creación de un organismo interamericano de cooperación económica, comercial y arancelaria, ya que era urgente el establecimiento de un arbitraje comercial que inspeccionará los procedimientos aduaneros.

Es importante destacar que el representante mexicano José Manuel Puig Casauranc demandó una moratoria de pagos para todos los países latinoamericanos, además denunció la Doctrina Monroe y solicitó el reconocimiento del gobierno de Ramón Grau San Martín en Cuba. Otra crítica fuerte a la política intervencionista de los Estados Unidos de Norteamérica provino del delegado cubano: "Cuba nació con un vicio congénito de intervención, pero esa intervención, representada en la Enmienda Platt, ha sido el sustitutivo de la anexión de Cuba a los Estados Unidos."<sup>66</sup>

Uno de los asuntos más trascendentales tratados en la Conferencia fue la propuesta de mediación para resolver la cruenta Guerra del Chaco <sup>67</sup>, teniendo presente que se trataba no de interferir sino de cooperar con la Comisión que la Sociedad de Naciones había nombrado. Las comisiones de la Sociedad de Naciones y la Conferencia Internacional Americana finalmente lograron que se firmara una tregua en el Chaco. Aunque terminada la Conferencia el conflicto se restableció.

La Primera Comisión de la Conferencia le correspondió los asuntos relacionados con la paz continental, las negociaciones llevaron a un Pacto Antibélico y quedó incluido dentro del proyecto de ratificación de los tratados de arbitraje y de conciliación aprobados en las conferencias anteriores.

Los delegados argentinos y chilenos propusieron un proyecto que tenía que ver con el Pacto de París, sobre atribuciones arbitrales que podían darse a la Unión Panamericana Americana y que versaba que todos los países americanos se adherían a los principales tratados desde el Pacto Gondra hasta el Antibélico de Río. Ante la incredulidad de la mayoría de los delegados latinoamericanos el representante norteamericano accedió a la propuesta de Argentina y Chile, además de firmar el Pacto Antibélico y renunciar al derecho de conquista. La aceptación del proyecto argentino-chileno sobre el arbitraje continental marcó un precedente en las relaciones panamericanas. A esta misma Comisión le correspondió analizar el concepto de agresión y los métodos de prevención y solución pacífica de los conflictos interamericanos.

---

<sup>66</sup> Connell, *op.cit.*, p.115.

<sup>67</sup> Conflicto bélico entre Bolivia y Paraguay por la región del Chaco de 1932 -1935.

En esta Conferencia se firmaron varios pactos y acuerdos: Tratado para la Prevención de las Controversias, Tratado Panamericano sobre los Buenos Oficios y Mediación, la Convención sobre el Mantenimiento Afianzamiento y Restablecimiento de la Paz y La Declaración de Principios sobre Solidaridad y Cooperación Interamericana.

La Segunda Comisión analizó uno de los temas más delicados de la Conferencia, que eran los problemas del Derecho Internacional, su agenda inició con el proyecto de Convención sobre Derechos y Deberes de los Estados estudiado en la anterior Conferencia.

El proyecto que fue debatido por la Conferencia constaba de once artículos; establecía los elementos de que compone el estado, su existencia independiente del reconocimiento por los demás, la incondicionalidad e irrevocabilidad de ésta, la igualdad jurídica entre ellos, la irreductibilidad de sus derechos fundamentales, la supremacía de la jurisdicción de un estado dentro de su territorio, incluso sobre los extranjeros, el interés primordial que tienen en la conservación de la paz, la inviabilidad del territorio de cada cual y el no reconocimiento de adquisiciones territoriales u otras, hechas por la fuerza. Y también, en su artículo octavo, establecía que „ningún estado tiene el derecho de intervenir en los asuntos internos ni externos de otro.”<sup>68</sup>

Se inició con el análisis del proyecto de la Junta de Jurisconsultos de 1927, en la cual se establecía prohibida la intervención, que era violatoria del derecho internacional, sólo sería permitida aquella dirigida por la acción colectiva internacional de la Sociedad de Naciones. A diferencia de la anterior Conferencia, la posición norteamericana respecto de la no intervención se flexibilizó, porque las circunstancias habían cambiado, ya que los Estados que antes la rechazaban ahora tenían una visión positiva sobre este asunto. Los delegados de República Dominicana, Haití y Cuba pronunciaron sendos discursos de aprobación a la no intervención, pero también reclamaron a los Estados Unidos de Norteamérica su política militar en contra de sus territorios. Al finalizar el debate se acordó una Convención sobre *la no Intervención*.

En esta Conferencia se votaron los siguientes acuerdos: Convención sobre Nacionalidad, Convención sobre Nacionalidad de la Mujer, Convención sobre Extradición, Convención sobre Asilo político y la Convención sobre Enseñanza de la Historia. Asimismo en cuestiones sanitarias se instauró la necesidad de la construcción de viviendas higiénicas para los trabajadores, ya que se encontraban en condiciones paupérrimas.

---

<sup>68</sup> Cuevas, *op. cit.*, Tomo II, p. 124.

### 2.1.8. Octava Conferencia Internacional Americana. (1938)

La VIII Conferencia Internacional Americana fue realizada del 9 al 27 de diciembre de 1938, en Lima Perú, con los representantes de 21 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, los Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay y Venezuela.

A finales de la tercera década del siglo XX, el ambiente político-económico en América era aparentemente estable, la política de la “Buena vecindad” de Roosevelt rendía sus primeros frutos: se revocó la Enmienda Platt, se retiraron los infantes de marina de Haití, se realizó un nuevo tratado con Panamá, entre otras acciones, además que el gobierno norteamericano había respetado los tratados de no intervención y arbitraje y los convenios de cooperación comercial, realizados en las Conferencias Panamericanas, en cambio en Europa existía una confrontación diplomática entre los países y no tardaría en ser bélica.

La agenda de la VIII Conferencia tuvo como propósitos la de garantizar la paz continental, el establecimiento de una corte interamericana de justicia internacional, creación de una liga o asociación de naciones americanas, la no adquisición de territorio por medio de la fuerza, la discusión del derecho internacional, la cooperación intelectual y la conservación de lugares históricos y regiones naturales.

Uno de los resultantes de esta Conferencia es la Declaración de Lima que se aprobó unánimemente, ésta señala que los pueblos de América han alcanzado finalmente la unidad y la prosperidad y que es un continente destinado a preservar la paz y en caso de ataque a un Estado americano, habría una respuesta colectiva de los demás países continentales.

...reafirmar su solidaridad continental y su propósito de colaborar en el mantenimiento de los principios en que ella se funda; reafirmar su decisión de mantener esos principios y defender contra toda actividad que individual o colectivamente pueda amenazarlos; y en caso de que llegue en efecto a haber actos que la amenacen, proclaman su interés común y su determinación de hacer efectiva dicha solidaridad, coordinando sus voluntades mediante la consulta; sin modificar su libertad individual, cual corresponde a estados soberanos, convienen por último en celebrar, a iniciativa de cualquiera de entre ellos, reuniones de sus ministros de Relaciones Exteriores en las diversas capitales de América.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup>*Ibid.*, p.144

Ante la inminente guerra europea, los delegados americanos suscribieron la “Declaración de Principios de Moralidad Internacional”, que consistió en reafirmar, que todas las diferencias de orden internacional deben ser resueltas por medios pacíficos, es ilícito el uso de la fuerza como instrumento de política nacional o internacional y que las relaciones entre los Estados deben obedecer a las normas del Derecho internacional.

Para Félix G. Fernández –Shaw la Declaración de Lima y la Declaración de Principios Americanos pueden considerarse como los primeros intentos en la historia del interamericanismo, dejando atrás al exclusivismo de la Doctrina Monroe, “la Declaración de Lima es la expresión de la solidaridad máxima en América. En ella se manifiesta la unión de las naciones americanas ante cualquier peligro o amenaza exterior que pudiese provocar una guerra.”<sup>70</sup>

También en esta Conferencia se ratificó la condena del principio de conquista, y se hizo mención de sus orígenes bolivarianos en el Congreso de Panamá de 1826.

La Octava Conferencia Internacional Americana; declara: Que reitera, como principio fundamental de Derecho Público de América, que no tendrán validez ni producirán efectos jurídicos la ocupación ni la adquisición de territorios ni ninguna otra modificación o arreglo territorial o de fronteras mediante la conquista por la fuerza o que no sean obtenidas por medios pacíficos. El Compromiso del no reconocimiento de las situaciones derivadas de los hechos antes mencionados constituye un deber que no puede ser eludido unilateral ni colectivamente.<sup>71</sup>

Asimismo en esta Conferencia se sientan las bases para la realización del I Congreso Indigenista Interamericano que se llevaría a cabo dos años después en Pátzcuaro, Michoacán. En este Congreso se reconoció que el primer poblador de América fue el indígena americano.

Referente a la cooperación con otros organismos internacionales, la Conferencia de Lima resolvió, recomendar a la Unión Panamericana como a los otros organismos panamericanos, cooperar con organismos internacionales sin violar los estatutos internos de la Unión y la organización internacional de las naciones americanas.

Otros acuerdos alcanzados en la VIII Conferencia fueron: dos tratados de prevención de controversias y el Tratado interamericano sobre buenos oficios y mediación; ocho convenciones sobre mantenimiento, afianzamiento y restablecimiento de la paz, para ampliar y asegurar el cumplimiento de los acuerdos existentes entre los Estados Americanos, para construir una carretera panamericana, sobre relaciones culturales, intercambio de

<sup>70</sup> Fernández Shaw G. Félix. *La Organización de los Estados Americanos*. Madrid. Ediciones Cultura Hispánica.1959, p.164.

<sup>71</sup> Yepes, *op.cit.*, p.59

publicaciones, exposiciones artísticas, películas educativas y *el de no intervención*, además de un protocolo de *no intervención* y sesenta y dos resoluciones, declaraciones y recomendaciones. La VIII Conferencia Internacional Americana fue la última realizada, antes del mayor conflicto bélico realizado en el Siglo XX.

Es importante señalar que varias investigaciones acerca del sistema panamericano, han destacado a la Unión Panamericana: exclusivamente como un “Ministerio de Colonias de los Estados Unidos de Norteamérica”, sin considerar que en todas las Conferencias Panamericanas siempre existió una constante crítica al imperio norteamericano, posición que con el tiempo se convirtió en una resistencia continental, que aunque no alcanzó resultados concretos durante las primeras etapas de la era panamericana, debemos reconocer que gracias a las iniciativas de los primeros panamericanistas se contribuyó a forjar un ambiente propicio para los grandes tratados y convenciones llevados a cabo años después, los cuales impusieron al imperialismo norteamericano los grandes ideales políticos de convivencia americana indicados por Simón Bolívar.

En estos foros panamericanos los latinoamericanos y los norteamericanos deliberaron con igualdad diplomática, esta circunstancia significaba el reconocimiento mutuo de ambas partes; además, la persistencia de las naciones latinoamericanas en incluir temas políticos que no les interesaba tratar a los estadounidenses -debido a que estos estaban en contra de sus intereses geoestratégicos-, eran dos acontecimientos no previstos con los cuales debieron negociar los estadistas norteamericanos.

Por lo tanto, el sistema panamericano, no se circunscribió a lo que Blaine en un inicio había planeado de fomentar la integración americana exclusivamente para ampliar las relaciones comerciales, ya que las circunstancias históricas rebasaron sus perspectivas, porque era un hecho que los Estados Unidos de Norteamérica necesitaban de un mercado para acrecentar su poderío, pero también los latinoamericanos demandaban en primera instancia detener el expansionismo territorial y económico norteamericano que representaba una amenaza para todos, además tenían la necesidad de insertarse en la economía capitalista global, por lo cual precisaban de capital para desarrollar las actividades económicas de sus respectivos países y por lo tanto requerían la colaboración de un país poderoso como el estadounidense.

## Resoluciones de las Conferencias Panamericanas.

Conferencias Internacionales Americanas	Resoluciones, recomendaciones, convenciones y tratados. Médico-sanitarias.
<p><b>I Conferencia.</b> 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890. Washington.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación para adoptar las disposiciones de la Convención Sanitaria Internacional de Río Janeiro, de 1887, o las del Proyecto de Convención Sanitaria del Congreso de Lima, de 1888.</li> </ul>
<p><b>II Conferencia.</b> 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902. México.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución: Todo lo referido a la Policía Sanitaria Internacional para evitar la invasión de enfermedades contagiosas, corresponde a los gobiernos nacionales.</li> <li>• Resolución: Que se establezcan en los puertos de cada país dos clases de detención: la de inspección y observación y la de desinfección</li> <li>• Resolución: Que se suprima la cuarentena prohibitiva respecto a los artículos manufacturados y demás mercancías.</li> <li>• Resolución: Que los Gobiernos se presten mutua cooperación en cuestiones sanitarias, y que reporten la existencia de las siguientes enfermedades: cólera, fiebre amarilla, peste bubónica y viruela.</li> <li>• Resolución: Para que se convoque una próxima reunión sanitaria y la instalación de una Oficina Sanitaria Internacional Americana.</li> <li>• Resolución: Para que los Gobiernos americanos reporten las condiciones sanitarias de sus puertos y territorios, para facilitar las relaciones comerciales.</li> <li>• Resolución: Que los Gobiernos nacionales les paguen a los delegados a la Convención y los miembros de la Oficina Sanitaria Internacional.</li> </ul>
<p><b>III Conferencia.</b> 23 de julio al 27 de agosto de 1906. Brasil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución: Que todos los Gobiernos americanos acepten la Convención Sanitaria Internacional, poniendo en práctica sus preceptos.</li> <li>• Resolución: La adopción de medidas encaminadas a obtener el saneamiento de las ciudades y, especialmente, de los puertos y a conseguir en todo lo posible el mejor conocimiento y la mayor observancia de los principios higiénicos y sanitarios.</li> <li>• Resolución: Para establecer relaciones entre la Oficina Sanitaria Internacional y el Bureau Sanitaire Internacional de París.</li> <li>• Resolución: La Ciudad de Montevideo es designada como Centro Informativo Sanitario.</li> </ul>
<p><b>IV Conferencia.</b> 12 de julio al 30 de agosto de 1910. Argentina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación: Para que una circunscripción no se considere ya como contaminada, se necesita la comprobación oficial satisfactoria de las partes interesadas.</li> </ul>



Conferencias Internacionales Americanas	Resoluciones, recomendaciones, convenciones y tratados. Médico-sanitarias
<p><b>V Conferencia.</b> 25 de marzo al 3 de mayo de 1923. Chile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución: Sobre principios y procedimientos de administración en materia de salubridad pública.</li> <li>• Resolución: Para elaborar un Código Sanitario Marítimo Internacional.</li> <li>• Resolución: Cambio de nombre de Oficina Sanitaria Internacional por Oficina Sanitaria Panamericana.</li> <li>• Resolución: La salud nacional es responsabilidad del Estado.</li> <li>• Resolución: Para desarrollar una profesión y un personal de Higiene pública.</li> <li>• Resolución: Para continuar el estudio de la higiene y salubridad pública por parte de las Conferencias Panamericanas.</li> <li>• Resolución: Para adoptar normas uniformes en la producción y manufactura de los alimentos y drogas.</li> <li>• Resolución para convocar una Conferencia de los dirigentes de los servicios de salubridad pública.</li> <li>• Resolución: Para la celebración de una Conferencia sobre Eugenesia y Homicultura.</li> <li>• Resolución: La salubridad pública es responsabilidad de los Estados., sin embargo hay que estimular las organizaciones voluntarias para que suplementen la labor sanitaria.</li> <li>• Resolución: Estudio de las estadísticas para labores sanitarias.</li> <li>• Resolución: Impulsar el incremento monetario para las labores sanitarias, tales como: El saneamiento del medio físico, control de enfermedades contagiosas, por medio de la vacuna, cuarentena, destrucción de ratas e insectos, clínicas especiales, además de impulsar la higiene personal, la higiene industrial y la higiene mental.</li> </ul>

Conferencias Internacionales Americanas	Resoluciones, recomendaciones, convenciones y tratados. Médico-sanitarias.
<p><b>VI Conferencia.</b> 16 de enero al 20 de febrero de 1928. Cuba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación: Para ratificar el Código Sanitario Panamericano de 1924.</li> <li>• Recomendación: Sugerencia a los gobiernos para que envíen a las futuras Conferencias Internacionales Americanas, consejeros técnicos, para la Comisión de Higiene.</li> <li>• Recomendación: para enviar informes de los adelantos en higiene.</li> <li>• Recomendación: Para formar un cuerpo de enfermeras tituladas como visitadoras sanitarias.</li> <li>• Recomendación: Intercambio de especialistas en cuestiones sanitarias</li> <li>• Recomendación: Para tener un Standard sobre la preparación de productos biológicos.</li> <li>• Recomendación: Para divulgar la existencia de la edición española de décima revisión de la Farmacopea de los Estados Unidos de Norteamérica.</li> <li>• Recomendación: Para reconocer la función de la Cruz Roja. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación: para estudiar las conclusiones de la Primera Conferencia Panamericana de los Representantes de Sanidad Pública.</li> <li>• Recomendación: Para la aplicación de los principios y procedimientos de administración en materia de salubridad pública.</li> <li>• Recomendación: Para estudiar las actas de la Primera Conferencia de Eugenesia y Homicultura. <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Reconocimiento oficial al (+)Dr. Carlos J. Finlay de la Habana, por haber descubierto el medio de transmisión de la fiebre amarilla.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Recomendación: para convocar una Conferencia Interamericana de Control Sanitario Vegetal y Animal.</li> </ul>
<p><b>VII Conferencia.</b> 3 al 26 de diciembre de 1933. Uruguay.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación: Para la construcción de viviendas higiénicas para obreros.</li> </ul> <p>*Resolución: Estudio y aprobación de las bases fundamentales de los proyectos de ley sobre alimentos y drogas.</p> <p>*Recomendación: Para la creación de una Comisión Nacional Antituberculosa en cada país.</p> <p>*Resolución: Para que el centro Internacional de Leprología de la Ciudad de Janeiro, sea aprovechado continentalmente.</p> <p>*Resolución: Para evitar el tráfico excesivo de drogas como el opio y sus derivados.</p>
<p><b>VIII Conferencia.</b> 7 al 27 de diciembre de 1938. Perú.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo: Extensión de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en materia de ingeniería sanitaria, sanidad marítima y aérea, nutrición, enfermedades infecciosas, ocupacionales y venéreas.</li> </ul>

### **Capítulo III. De las prioridades sanitarias a la salud pública: las primeras Conferencias Sanitarias Panamericanas. (1902-1939)**

A nivel internacional siempre ha existido preocupación por las cuestiones de salubridad; sin embargo, fue hasta mediados del siglo XIX cuando se inician las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales de manera institucional. Las dos primeras se llevan en: París (1851-1852 y 1859), las siguen las de Constantinopla (1866), Viena (1874), Washington (1881) y Roma (1885). Su finalidad central consistió en establecer una política sanitaria mundial para agilizar el comercio, pero esta situación no demeritaba las propuestas de los científicos y médicos de gran prestigio. Esos asistentes destacaron la importancia de realizar investigaciones de índole médica y sanitaria acerca de la etiología y la profilaxis de las enfermedades que asolaban a los puertos europeos y africanos. Con estos primeros intentos de investigación científica se estructuró la idea de crear un código sanitario internacional. En 1881 se realizó la V Conferencia Sanitaria Internacional en el continente americano, en la ciudad de Washington en donde se reunieron los países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, los Estados Unidos de Norteamérica, Haití, México, Perú, Venezuela, Canadá y Cuba, país que aun seguía siendo una colonia española.

El representante de Cuba, el doctor Carlos Finlay, presentó su teoría de la “Tercera condición independiente para la transmisión de la fiebre amarilla”, la cual representaba una verdadera revolución científica en el tratamiento y prevención de la fiebre. Su intervención constató el gran nivel académico que tenían los médicos del continente americano en el siglo XIX. La mayoría de los doctores latinoamericanos se habían preparado en Europa o en los Estados Unidos de Norteamérica y asistían regularmente a reuniones internacionales, para mantenerse actualizados en los conocimientos científicos respecto a la prevención, profilaxis y tratamiento de enfermedades.

Algunas de las primeras conferencias americanas especializadas en cuestiones higiénicas y médicas fueron: El Congreso Sanitario de Río de Janeiro (1887), El Congreso de Lima (1888), I Reunión de la Asociación Americana de Salubridad en los Estados Unidos de Norteamérica (1891), II Reunión de la Asociación Americana de Salubridad en México (1892), El I Congreso Médico Panamericano de Washington, D. C. (1893) y El II Congreso Médico Panamericano de México (1896).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud de México, se encuentra información de las Reuniones de la Asociación Americana de Salubridad realizadas en Estados Unidos de Norteamérica (1891), y en México (1892) en el Fondo de Salubridad Pública, Sección: Congresos y Convenciones, caja-1, expediente-9 (en adelante F-SP; S-C y C; C-1; Exp. -9), F-SP; S-C y C; C-2; Exps. -1,2,3. También existe información del II Congreso Médico Panamericano de México (1896) en el mismo Fondo: F-SP; S-C y C, C-3; Expedientes-7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20, y en la Caja 4, expedientes-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.

Los Congresos Sanitarios de Brasil y Perú, fueron convocados por los países latinoamericanos del Cono Sur con el fin de establecer estrategias para combatir las epidemias que acosaban a esa región como lo eran el cólera asiático y la fiebre amarilla. En el Congreso de Brasil se formularon algunas propuestas como fueron: el saneamiento de puertos y fronteras de profilaxis de enfermedades exóticas, la aplicación de cuarentenas y, un proyecto de reglamento sanitario, que se supone tendría que ser ratificado en la Conferencia en Lima; sin embargo ningún país se comprometió a acatar los acuerdos de la conferencia anterior.

Aunque las Conferencias de Río de Janeiro y Lima tuvieron como único resultado la instalación de oficinas de información sanitaria en cada país, su importancia radicó en que los sanitaristas latinoamericanos retomaron las iniciativas de la higiene moderna de los Congresos Sanitarios Internacionales, pero adecuándolas a las condiciones americanas.

La trascendencia de las resoluciones adoptadas en los Congresos de Río de Janeiro y de Lima se hace presente durante la Primera Conferencia Internacional Americana realizada en Washington D. C (1889-1890), cuando se instaura la X Comisión referente a las cuestiones sanitarias, que recomienda a los Estados americanos adoptar la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro (1887) o el texto de la Convención Sanitaria del Congreso de Lima (1888).

Durante la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, se instaura, en el marco del panamericanismo, una Oficina Sanitaria Internacional con sede en Washington y se realizan las convocatorias para celebrar las conferencias sanitarias americanas de manera periódica. Las Conferencias Sanitarias de las Repúblicas Americanas realizadas durante las primeras cuatro décadas del siglo XX fueron diez: Washington, D. C. (1902 y 1905), Ciudad de México (1907), San José de Costa Rica (1910), Santiago de Chile (1911), Montevideo (1920), Habana (1924), Lima (1927), Buenos Aires (1934) y Bogotá (1938).

La Oficina Sanitaria Internacional tuvo diversos propósitos: solicitar los informes de las condiciones sanitarias de los puertos y territorios a cada país miembro; estudiar e investigar las enfermedades prevalentes en la región americana; auxiliar las labores de sanidad para facilitar el comercio panamericano; colaborar en los trabajos de ingeniería sanitaria en lo que se refiere al alcantarillado, a la construcción de cloacas, al desagüe del suelo, al empedrado y, recaudar un fondo económico entre los países miembros para desarrollar las responsabilidades antes mencionadas.

### **3.1 Primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, el preámbulo entre la doctrina panamericana y las políticas sanitarias continentales a inicios del siglo XX.**

Ante la carencia de recursos, cada gobierno debía aportar una cierta cantidad para la instauración de la Oficina Sanitaria Internacional y para la realización de las Conferencias Sanitarias Panamericanas. Los salarios de los delegados también tenían que ser absorbidos por sus Estados, además de un fondo colectivo que se comprometieron aportar todos los países miembros de la Oficina equivalente a cinco mil dólares.

La Primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, de manera semejante a la organización de las Conferencias Internacionales Americanas, fue promovida por un funcionario norteamericano, el cirujano general del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos el Dr. Walter Wyman. Este evento se realizó en la ciudad de Washington del 2 al 4 de diciembre de 1902. Esta Conferencia contó con la asistencia de representantes de 11 Estados americanos: Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y los Estados Unidos de Norteamérica. Destacando la presencia de los doctores: Juan J. Ulloa (Costa Rica), Juan Guiteras (Cuba), Carlos J. Finlay, (Cuba), Eduardo Moore (Chile) y Eduardo Liceaga (México).

Los representantes norteamericanos a la Primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos, estaban adscritos a la Secretaría del Tesoro de los Estados Unidos de Norteamérica. Este hecho revela lo estrechamente que estaban relacionadas las cuestiones sanitarias y los intereses económicos en el país del norte.

En un principio y de acuerdo a los intereses norteamericanos, el propósito principal de la creación de la Oficina Sanitaria Internacional y de las reuniones sanitarias era incentivar el comercio seguro a escala continental, a través del establecimiento de medidas sanitarias locales e internacionales, que no perjudicasen el libre acceso de las mercancías; y que evitaran, en la medida de lo posible, la propagación de epidemias.

La convención tiene por objeto [...] asegurar en lo posible, mediante el mutuo auxilio y cooperación de las Juntas y Corporaciones de Sanidad de las diferentes Repúblicas del Nuevo Mundo, un acuerdo común en materias de cuarentenas, y del mejoramiento de la salubridad de los puertos de mar. Respecto de las cuarentenas, la convención se ocupará de que éstas sean realmente eficaces en cuanto a impedir la introducción en un país de las enfermedades que haya en otro, y de que sus restricciones se limiten cuanto sea razonable para que el comercio no se perjudique innecesariamente. Respecto del saneamiento de los puertos de mar, deliberará lo conducente para impedir, cuanto sea posible, que se introduzcan o desarrollen en ellos enfermedades epidémicas, o facilitar el modo de combatir las después de haberse presentado.<sup>2</sup>

Aunque en el discurso inaugural Wyman evidenciaba el interés meramente económico que los estadounidenses tenían en colaborar en cuestiones sanitarias con los demás Estados americanos, también realizó una disertación positivista, que ocultó su simple interés mercantilista que iniciaba con la siguiente frase: “cultivar el modelo más alto de salud [continental] sería el resultado lógico y natural del desarrollo intelectual y la evolución moral de los [hombres americanos].”<sup>3</sup> Este doble discurso para justificar las acciones de los norteamericanos en el continente no era nuevo, ya que desde el siglo XIX, después de una intervención militar o una conquista territorial, siempre había una excusa moral o política.

Por otra parte, el Subsecretario de los Estados Unidos de Norteamérica, David J. Hill, hizo un discurso de los problemas ocasionados por el enfrentamiento armado entre las naciones americanas y el papel relevante de que existiese un arbitraje panamericano. También Manuel de Aspíroz, embajador de México realizó un paralelismo entre los tribunales políticos y los tribunales sanitarios.

Aunque parezcan muy diferentes los objetos de los tribunales de árbitros y de los consejos de salubridad internacionales, tienen de común, su tendencia a promover el bienestar, el progreso y la prosperidad del género humano, para los cuales son necesarios, por un lado la buena inteligencia, la conservación de la paz y el estrechamiento de los vínculos de amistad entre las naciones, y por otro lado las mejores condiciones de salud, los medios más eficaces para perfeccionar la higiene pública, y el fin supremo de prolongar una vida útil y placentera.<sup>4</sup>

David J. Hill también instauró la Doctrina Monroe en las Conferencias Sanitarias al señalar que la tarea primordial de las naciones americanas era la colaboración continental, ya que de esta forma podrían ser autosuficientes y por lo tanto no era necesario el acercamiento con los países extracontinentales:

<sup>2</sup> “Programa provisional” en *las Actas de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 1, año 1902, p. 181.

<sup>3</sup> Wyman, Walter. “Alocución inaugural del Sr. Walter Wyman, Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos”, *ibid.*, p. 183.

<sup>4</sup> Aspíroz, Manuel. de. “Discurso del embajador mexicano Manuel de Aspíroz”, *ibid.*, p.187.

En el territorio de esta República tenemos todos los climas y, por consiguiente, los productos de todas las zonas. Las tres Américas se bastan a si mismas, y si bien deseamos poseer la consideración de otras naciones y tener relaciones comerciales con ellas, sin embargo, significa mucho y tiene gran importancia el hecho de que tenemos, todo lo que necesitamos dentro de nuestros propios límites, sin atravesar los océanos.<sup>5</sup>

El mismo Hill, se encargó de introducir en su discurso en contra de las enfermedades, su filosofía puritana e imperialista:

Las enfermedades son enemigas que podrían aniquilarnos, y es necesario combatir las con inteligencia. El antiguo terror y los enemigos visibles de la humanidad en estos países han sido prácticamente destruidos, y ya no abrigamos temores acerca de las fieras y de los indios salvajes.<sup>6</sup>

En la Primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas se trataron los siguientes temas: policía sanitaria internacional, profilaxis y erradicación de la fiebre amarilla -el modelo a seguir era el llevado a cabo por Carlos Finlay en Cuba-; períodos de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena; estudio de la distribución geográfica del mosquito transmisor de la fiebre amarilla (*Stegomyia*), tratamiento de la basura, investigación acerca de la fiebre tifoidea, cólera, desinfección de las deposiciones, informes sanitarios regionales e implementación de un programa de colaboración sanitario de carácter panamericano. Se llegó a la conclusión que se debían adoptar las resoluciones sanitarias establecidas en la Segunda Conferencia Internacional celebrada en México, que finalmente eran las propuestas de Río de Janeiro (1887) y Lima (1888). Sin embargo, es importante señalar que en el discurso inaugural de Wyman, cuando realiza una reseña histórica de las iniciativas sanitarias americanas, nunca aludió a las convenciones sanitarias de Brasil y Perú:

- a) La policía sanitaria estará sujeta a los gobiernos nacionales.
- b) En los puertos existirán dos clases de detención: A, la de inspección y B, la de observación.
- c) Suspensión de las cuarentenas prohibitivas respecto a los artículos manufacturados y demás mercancías y a las comunicaciones internacionales por ferrocarril, exceptuándose únicamente de las disposiciones anteriores, el ganado, las pieles crudas, los trapos y los efectos pertenecientes a los inmigrantes.
- d) Colaboración científica, y que las instituciones de salubridad comuniquen a los representantes diplomáticos o consulares de las Repúblicas representativas en esta conferencia; la existencia de las siguientes enfermedades: cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, viruela y cualquier otra epidemia de carácter grave, imponiéndose a las autoridades sanitarias de cada uno de los puertos, la obligación de hacer constar en la patente de sanidad de los buques, antes de que éstos partan, las enfermedades contagiosas existentes a la sazón en dichos puertos.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> J. Hill, David. "Breve discurso del honorable David J. Hill, primer subsecretario de Estado", *ibid.*, p. 186.

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> "Resoluciones relativas a la Policía Sanitaria Internacional", *ibid.*, pp. 4-5.

Es interesante observar en esta conferencia que, a pesar de que se tenía comprobado la eficacia del descubrimiento del doctor Carlos Finlay, había representantes que dudaban que el único transmisor de la fiebre amarilla fuera el mosquito del género *Stegomyia*, incluso el doctor Souchon de Nueva Orleans con una falta de rigor científico expuso ejemplos de otros agentes que supuestamente habían contagiado dicha enfermedad.

El doctor Juan Guiteras para confrontar al doctor Souchon, enunció una conferencia de los avances de la profilaxis y erradicación de la fiebre amarilla en Cuba y de la eficiente colaboración del ejército norteamericano al mando del General Wood y el comandante William Crawford Gorgas, para la instauración del cerco sanitario impuesto en la isla, a diferencia de los anticuados métodos establecidos en el estado del doctor Souchon.

Estoy seguro de que un caso de fiebre amarilla que ocurriese en Galveston, Nueva Orleans o Jacksonville, produciría en la actualidad la misma excitación que ha producido en épocas pasadas. Lo más probable es que el paciente sería recibido con una cuarentena de escopeta en vez de recibirse con una ambulancia provista de un protector de mosquito.<sup>8</sup>

A pesar de la oposición de algunos especialistas norteamericanos, la Convención finalmente resolvió: “que las medidas de profilaxis contra la fiebre amarilla se han de basar en el hecho de que hasta la fecha la picadura de ciertos mosquitos es el único medio natural probado de la propagación de la fiebre amarilla.”<sup>9</sup>

Por su parte, el representante mexicano, el doctor Eduardo Liceaga dictó una conferencia magistral acerca de la prevención y tratamiento de las enfermedades más comunes en América. Se basó, en las últimas teorías científicas norteamericanas y europeas e impugnó, de esta manera cualquier vestigio de que las enfermedades se transmitían por los miasmas y efluvios. Fue por esta razón por la cual, la discusión acerca de las causas de otras enfermedades no fueron tan debatidas, ya que se aceptaban de manera general entre los representantes, los agentes transmisores de algunos males como que la peste bubónica era transmitida por las ratas y otros animales inferiores; la fiebre tifoidea y el cólera asiático por los alimentos y bebidas contaminados por los desechos humanos de los enfermos.

Otro hecho relevante fue cuando el doctor Liceaga puntualizaba que la política sanitaria aplicada en México era esencialmente federal, ya que cada estado era responsable de la salubridad de su región, y el único garante de la Policía Sanitaria Internacional era el Consejo Superior de Salubridad, la organización sanitaria mexicana era en este aspecto parecida a la norteamericana, a principios del siglo XX.

<sup>8</sup> Guiteras, Juan. “Profilaxis contra la fiebre amarilla. La Habana como ciudad Modelo”, *ibid.*, p.243.

<sup>9</sup> “Discusión entre los Doctores Edmond Souchon, Alvah. H. Doty, Juan Guiteras, Carlos Finlay, Glendower Owen, L.O. Howard, Wardell Stiles, D. Román y Eduardo Liceaga”, *ibid.*, p.197.



La salubridad en los puertos y fronteras fue el tema fundamental en las primeras Conferencias Sanitarias y uno de los problemas sanitarios más polémicos pues existía cierta oposición de algunos países a la imposición de medidas sanitarias internacionales respecto al período de duración de las cuarentenas en los puertos. Desde la Primera Conferencia hubo médicos que se resistieron a eliminar las largas cuarentenas locales establecidas desde el siglo XIX, como el doctor Souchon de los Estados Unidos de Norteamérica; sin embargo, desde la presente Convención, se estableció que “el período de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena marítimas ha de ser el más breve posible, compatible con la seguridad pública y de acuerdo con los preceptos de la ciencia”<sup>10</sup>

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 1ª Conferencia.

### **3.2. Segunda Convención General Sanitaria Internacional: Aportaciones latinoamericanas al conocimiento médico-sanitario.**

La Segunda Convención General Sanitaria Internacional fue realizada en Washington, D. C. del 9 al 14 de octubre de octubre de 1905 con los representantes de once repúblicas: Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y Venezuela.

En este evento se precisaron dos de las características esenciales de las Conferencias Sanitarias, la periodicidad y la movilidad de la presidencia. Las reuniones se llevarían a cabo cada dos años y el presidente estaría asignado de acuerdo a donde se realizara el evento; sin embargo, la presidencia de la Oficina Sanitaria Internacional siempre estaría a cargo de un estadounidense, el primero en ocupar este cargo sería el doctor cirujano general Walter Wyman.

En esta Convención Sanitaria Internacional de 1905, se reportaron los primeros resultados de la cooperación panamericana entre México y Estados Unidos de Norteamérica. Los dos países habían implementado, de manera conjunta, las medidas sanitarias del doctor Carlos Finlay para evitar la fiebre amarilla. Durante ese año de 1905, ya no se registró ningún caso de este padecimiento. También en Panamá, específicamente en la zona del canal que estaba infestada de mosquitos, se llevaron a cabo trabajos de saneamiento para evitar la fiebre amarilla y el paludismo, bajo la supervisión del coronel William C. Gorgas del Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica, se trató del mismo médico que había colaborado con Finlay en Cuba para erradicar la fiebre amarilla:

<sup>10</sup> “Resoluciones adoptadas por la Convención Sanitaria General Internacional. Período de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena, CSP1.Re ES”, *ibid.*, p.201.

[Dr.H.L.E. Johnson] Tengo la seguridad que después de algunos meses o años, se habrán exterminado las enfermedades que han obstruido el camino de la terminación del Canal de Panamá, la cual podemos considerar como el ideal del Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, y de esa terminación se originará el gran bien que se espera en este país, en salud, riqueza y prosperidad, y que gozaremos de esos beneficios en unión con nuestros hermanos de los países latino-americanos. Estoy seguro que con el exterminio de estas enfermedades, en lo futuro, en vez de hacer viajes frecuentes a los países extranjeros del otro lado, los haremos a los de este para conocer mejor a nuestros hermanos del continente.<sup>11</sup>

En cambio, algunos delegados hicieron diferentes mociones a las juntas sanitarias de las repúblicas centroamericanas, que estaban renuentes a realizar de una manera coordinada sus acciones sanitarias.

Los delegados de la Segunda Conferencia subrayaban como un instrumento importante en contra de las enfermedades del hemisferio americano: la notificación inmediata de los brotes epidémicos a los gobiernos locales y foráneos, ya que esta acción activaría un plan de saneamiento entre todos los Estados involucrados y, el establecimiento de un cerco sanitario que evitaría la propagación de epidemias.

Respecto a las medidas sanitarias para impedir las cuarentenas en los puertos y fronteras, se acordó que “no existían mercancías que sean por sí mismas capaces de transmitir la peste, el cólera, o la fiebre amarilla. No son peligrosas sino en el caso en que hayan sido contaminadas por productos pestosos o coléricos, y en caso de fiebre amarilla, cuando sean susceptibles de conducir mosquitos.”<sup>12</sup> Por esta razón los delegados concluyeron que era ineficaz la retención y desinfección de todas las mercancías y perjudicial para el comercio.

Otro acuerdo importante que evitaría que las mercancías fueran retenidas por largo plazo, fue la resolución que adoptaron los delegados respecto a la clasificación de los buques en: infectado, sospechoso e indemne, ya que aún en el primer caso, se procedería a un proceso de revisión médica de los pasajeros y, a la desinfección del barco, esta situación no debería durar más de dos días, por ejemplo en el caso de la peste, se tendrían que ejecutar la siguiente normatividad:

---

<sup>11</sup> Johnson, H.L.E. “Participación del Dr. H. L. E. Johnson”, en *las Actas de la Segunda Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 2, año 1905, p.313.

<sup>12</sup> “Capítulo II. Medidas de defensa tomadas por los otros países contra los territorios declarados contaminados. Sección Segunda. Artículo IX. Mercancías, desinfección, importación y trámite, equipajes”, *ibid.*, p.323

ART.XXI. Los buques infectados de peste se someterán al régimen siguiente:

- (1) Visita médica (inspección)
- (2) Los enfermos serán desembarcados inmediatamente y aislados.
- (3) Las otras personas deben ser igualmente desembarcadas, si es posible, y sometidas, a contar desde la llegada, a una observación a que no excederá de cinco días.
- (4) La ropa sucia, los efectos de la tripulación y de los pasajeros que, según el parecer de la autoridad sanitaria, sean considerados como contaminados, deben ser desinfectados.
- (5) Las partes del buque que han sido habitadas por apestados o que, según el parecer de la autoridad sanitaria se consideran como contaminados, deben ser desinfectados.
- (6) La destrucción de las ratas del buque debe efectuarse, antes o después de la descarga, lo más rápidamente posible, y, en todo caso, en un plazo máximo de 48 horas, evitando deteriorar las mercancías, el buque o las máquinas.<sup>13</sup>

Las medidas sanitarias en las fronteras terrestres también tenderían a eliminar los obstáculos para la libre circulación de productos, por esta razón, el consenso era que se deberían eliminar las cuarentenas terrestres y establecer campamentos de observación de acuerdo a las autoridades locales para la detención temporal de los sospechosos de tener alguna enfermedad, aunque en ciertos casos hubiera excepciones tanto para imponer las cuarentenas como para eliminarlas en su totalidad. A los vehículos y mercancías con riesgo de haber tenido contacto con los portadores de enfermedades, se les realizaría una inspección general y en su caso una desinfección.

[Eduardo Liceaga:] Dejemos señores, las antiguas preocupaciones; olvidemos lo que significaba la palabra "cuarentena"; sustituyamos esa frase anticuada por otra que represente las actuales aspiraciones sobre higiene pública. Adoptemos una nueva bandera, para el combate contra las enfermedades transmisibles: inscribamos en ella como lema, "Resguardar los intereses de la Salud Pública sin perjudicar o perjudicando lo menos posible los intereses del comercio y de la libre comunicación de los hombres" y afiliados a la doctrina científica y apoyando nuestras leyes sanitarias en aquella máxima, "No hagas a otro lo que no quieras para ti" reduzcamos las exigencias contra nuestros vecinos a las que desearíamos que ellos nos impusieran.<sup>14</sup>

Cabe insistir que desde el inicio de la Conferencia, los Estados Unidos de Norteamérica impulsaron entre los asistentes a la Segunda Conferencia, el acuerdo emanado de La Conferencia Sanitaria Internacional realizada en París en octubre de 1903 para eliminar todo tipo de cuarentenas, ya que ocasionaban muchos perjuicios al comercio internacional, además que ya existían otras medidas sanitarias para detener la propagación de enfermedades. Finalmente este criterio fue el que prevaleció en esta reunión.

Algunos médicos latinoamericanos y también norteamericanos, se opusieron a aceptar las proposiciones de la Convención de París sin un debido estudio de sus artículos y la inclusión del tema de la fiebre amarilla como enfermedad característica del continente americano.

<sup>13</sup> "Capítulo II. Medidas de defensa tomadas por los otros países contra los territorios declarados contaminados. Sección Tercera. Artículo XXI. Medidas en los puertos y en las fronteras de mar", *ibid.*, pp.324-325

<sup>14</sup> Liceaga, Eduardo. "Memoria leída por el Dr. Eduardo Liceaga, de acuerdo con el programa científico", *ibid.*, p.332

Uno de los artículos aprobados en la Convención de París que causaron escozor entre los delegados latinoamericanos, fue el referente al tratamiento de los enfermos que estaban en aislamiento. Por un lado el doctor Juan J. Ulloa de Costa Rica estaba de acuerdo con la redacción de París que indicaba, que los médicos no deberían visitar a los infectados cuando se encontraban en aislamiento, ya que podrían contagiar a los demás, por otra parte esta idea fue rechazada por la mayoría de los médicos de la reunión, entre ellos Liceaga, Guiteras y Geddings.

Por espacio de años y más años, desde el comienzo de la medicina, los médicos han considerado, no sólo con un sagrado deber, sino también como un privilegio, el visitar al enfermo, sin miramiento al mal de que esté atacado y sin temor de arriesgarse ellos mismos, y, tomando las precauciones necesarias con respecto a otros, han seguido prestando sus servicios.<sup>15</sup>

También en dicha Conferencia, los delegados norteamericanos estimularon la aprobación continental de la farmacopea realizada en su país, ya que las versiones europeas utilizadas por los países del Sur de América, tenían supuestas confusiones, aunque reconocieron que el único país que elaboraba su propia farmacopea era México.

Si existe alguna verdad fundamental en la Doctrina de Monroe es la de que los pueblos de América sean independientes, no solamente en lo político, sino también en lo científico y profesional. En las condiciones actuales se ve que las Repúblicas Sur-Americanas no lo son. Con respecto a este asunto copian sus instituciones o leyes de los países extranjeros. Por ahora la Farmacopea de los Estados Unidos de Norteamérica no es internacional, pero se espera que cuando se haga la traducción española, y se use, como casi seguramente lo será, extensamente, tendremos una especie de Farmacopea Americana o Panamericana, si así queréis llamarla.<sup>16</sup>

Era tal el interés de promover la política panamericana de los representantes estadounidenses a través de la imposición de su farmacopea, que plantearon cambiar el carácter local de la Convención de la Farmacopea de los Estados Unidos de Norteamérica para que tuviera un perfil continental y admitiera a los delegados de todas las “partes de Suramérica.”<sup>17</sup>

Otro capítulo de la defensa de la ciencia panamericana fue cuando la mayoría de los participantes de la Segunda Conferencia defendieron la teoría de Carlos Finlay y los experimentos de Walter Reed, en los cuales demostraba de que el germen de la fiebre amarilla se transmitía únicamente por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*, ante las nuevas teorías de los científicos Marcheux y Simón del Instituto Pasteur de París, que realizaron investigaciones en Río de Janeiro, que revelaban, que existían otros medios de transmisión de

<sup>15</sup> H. D. Geddings, “Participación del Dr. H. D. Geddings”, *ibid.*, pp.266-267.

<sup>16</sup> H. C. Wood. “Participación del Dr. H. C. Wood”, *ibid.*, pp.253-254.

<sup>17</sup> *Ibid.*

la fiebre amarilla. El doctor Juan Guiteras de Cuba, el doctor Eduardo Liceaga de México y el doctor Carroll de los Estados Unidos de Norteamérica demostraron de manera científica que las afirmaciones de los franceses carecían de sustento teórico y experimental.

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 2ª Conferencia.

### **3.3. Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas: reconocimientos y dificultades del sanitarismo panamericano.**

La Tercera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se verificó a cabo en la Ciudad de México del 2 al 7 de diciembre de 1907. Asistieron los representantes de 13 países: los Estados Unidos de Norteamérica, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Uruguay y México.

El doctor Eduardo Liceaga inauguró la Convención con un informe acerca de los adelantos sanitarios realizados por el Consejo Superior de Salubridad y las distintas autoridades locales mexicanas, entre ellas la terminación del desagüe del Valle de México, la desinfección de los principales puertos de Veracruz, Tampico y Tabasco, saneamiento de las principales ciudades Puebla, Guadalajara, Chihuahua, Monterrey, Saltillo, Torreón, Durango, Guanajuato, León, Celaya, San Luís Potosí, Querétaro, Toluca, Pachuca, Córdoba, Tacubaya y Guadalupe Hidalgo, y de las regiones aledañas a la ruta del Ferrocarril Interoceánico. Liceaga señaló a Inglaterra como el país modelo de la ingeniería sanitaria, la higiene y la salubridad pública del siglo XX.

Asimismo, el doctor Liceaga reconoció los avances que las primeras convenciones sanitarias habían alcanzado en su lucha contra la peste, el cólera y la fiebre amarilla; sin embargo, advirtió que la Policía Sanitaria Continental debía crear estrategias sanitarias en contra de las enfermedades transmitidas por inmigrantes europeos y asiáticos como: el tracoma y el beri beri, además de la tuberculosis.

A pesar que varias de las naciones americanas habían adoptado la eliminación de las cuarentenas, esta medida sanitaria todavía era impuesta en diversos países de América, como el estadounidense. Esta situación claramente indicaba que para los norteamericanos la política sanitaria panamericana estaba supeditada a los reglamentos internos, locales y estatales, de salubridad de ellos mismos, a pesar de que en su discurso la reglamentación sanitaria continental debería estar por encima de las leyes locales de las naciones americanas.

En nuestro país, por ley estamos obligados a tener reglamentos de cuarentena uniformes, pues de lo contrario no se haría justicia por igual a todos, y en los Estados Unidos de Norteamérica tenemos puertos situados en un territorio donde la fiebre amarilla puede propagarse, y es absolutamente necesario que apliquemos nuestro reglamento de cuarentena tal como efectivamente lo hacemos, pero siempre que resulta posible, como acontece en el Norte, o en los puertos situados al norte del límite sur del estado de Maryland, no se establece ninguna restricción ni limitación, con excepción del puerto de Nueva York.<sup>18</sup>

Uno de los temas más importantes que se presentaron durante esta reunión fue cuando se formuló aceptar todas las recomendaciones de la Convención Sanitaria de Washington de 1905, haciendo el exhorto, en particular a los gobiernos de Brasil, Colombia, Uruguay y también a los Estados europeos que tuvieran colonias en América, que eran de los países más renuentes a aceptar pactos de índole panamericano.

Otro asunto a revisar fue el referente a los resolutivos de la Tercera Conferencia Panamericana de Río de Janeiro sobre la instalación de la Comisión Sanitaria Internacional Informadora de las Repúblicas Americanas y, la de un centro de información ubicado en el Cono Sur que residiera en Montevideo que se encargará de recabar datos de los países de esa misma región. Los Estados ubicados desde el Ecuador hacia el Norte, le corresponderían a la Oficina Sanitaria Internacional de Washington. Asimismo estas dos oficinas regionales tendrían intercambio de información con el Bureau Central de París.

En esta conferencia, se recomendaron diferentes disposiciones sanitarias y económicas para promover, de una manera más rápida, la salubridad pública continental como fueron: la vacunación obligatoria contra la viruela, declarar libres de aranceles a las sales de quinina, telas de alambre, de mallas finas y el petróleo crudo que se usara para la protección contra los mosquitos, prohibir la entrada al continente americano a los inmigrantes contagiados de tracoma y beri-beri y establecer la codificación y la difusión de todas las leyes sanitarias panamericanas.

Sin embargo, varios países latinoamericanos no pudieron sujetarse a todas las indicaciones emanadas de la Conferencia, ya que por la escasez de recursos económicos no eliminaron los impuestos a las sales de quinina y los otros accesorios para protegerse de la picadura de los mosquitos.

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 3ª Conferencia.

<sup>18</sup> Wyman, Walter. “ Participación del Sr. Walter Wyman”, en *las Actas de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 3, año 1907, p.38.

### 3.4 Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas: ¿La asimilación del modelo médico- sanitario panamericano?

La Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas fue celebrada en San José de Costa Rica del 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910, los 12 países asistentes fueron Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, México, Venezuela, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

A lo largo de esta Conferencia se determinó la necesidad de concretar un código sanitario panamericano, el cual con el tiempo se convirtiera en universal., “Por lo menos, debemos insistir en que las naciones europeas acepten nuestras disposiciones sanitarias por lo que respecta a las colonias que tengan en este continente.”<sup>19</sup>

El doctor Walter Wyman en su discurso inaugural se refirió a la higiene pública panamericana como un objetivo no sólo de carácter práctico sino religioso y moral:

Pues no creo que haya en el mundo una tarea en que la inteligencia humana, se acerque más a la religión cristiana, que la tarea de buscar, la salubridad previniendo y eliminando enfermedades, el establecimiento de condiciones higiénicas tan beneficiosas a todas las clases sociales, desde las más altas hasta las más bajas, a los ricos lo mismo que a los pobres. No hay nada que nos conduzca más pronto al engrandecimiento de las virtudes que nos enseña la cristiandad, que el goce de buena salud viviendo bajo condiciones adecuadas. Las reformas morales son más fáciles de introducirse si comenzamos por tener buenas reformas sanitarias como base de principio.<sup>20</sup>

La normatividad sanitaria panamericana que se estaba elaborando ya durante la segunda década del siglo XX, retomaba los principios básicos de la legislación norteamericana, respecto a diversos temas como: la notificación de casos de enfermedades infecciosas, las patentes de sanidad para los barcos, y la no admisión de inmigrantes contagiados con tracoma o beri-beri. La sanidad cubana fue la primera en adaptarse y aceptar que sus preceptos sanitarios eran inspirados por la legislación norteamericana.

Acercas de la recomendación a los gobiernos representados, de que no admitan en sus territorio a los inmigrantes que sufren de trachoma o beri beri, puedo decir que la ley que rige en Cuba desde la constitución de la República y que es completamente idéntica a la que rige en los Estados Unidos de Norteamérica, prohíbe la inmigración de trachomatosos, por lo que este precepto hace mucho tiempo que esta cumplido.<sup>21</sup>

<sup>19</sup> J. Ulloa. Juan. “Participación del Dr. Juan J. Ulloa”, en *las Actas de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 4, año 1909, p. 21.

<sup>20</sup> Wyman, Walter. “Participación del Dr. Walter Wyman”, *ibid.*, p.23.

<sup>21</sup> Roberts, Hugo. “Participación del Dr. Hugo Roberts”, *ibid.*, p.43

En Cuba se aislaba totalmente a los contagiados de enfermedades contagiosas imponiendo de esta manera una de las dictaduras sanitarias más duras y eficaces del hemisferio. También en Panamá sus leyes y medidas sanitarias fueron realizadas en un inicio por autoridades norteamericanas a través de la Junta de Sanidad Americana y especialmente en la región en donde se construía el Canal. La mayoría de los estados latinoamericanos a semejanza de los norteamericanos editaban boletines semanales referentes a la notificación de casos de enfermedades infecciosas, la publicación norteamericana se llamaba “Public Health Reports.”

Las cuarentenas ya durante la primera década del siglo XX, eran calificadas por la mayoría de los Estados americanos como una medida sanitaria extrema e ineficaz. La misma postura de los norteamericanos que impulsaban la eliminación de las cuarentenas en los países latinoamericanos y que se resistían a excluirla en su propio territorio, habían flexibilizado sus medidas sanitarias, además de enviar peritos sanitarios a todos los puertos latinoamericanos para verificar las condiciones higiénicas y así facilitar el traslado de mercancías y pasajeros a los Estados Unidos de Norteamérica para evitar así las cuarentenas en los puertos que perjudicaban tanto al comercio.

Antiguamente, los buques infectados o sospechosos eran detenidos por cuarenta días, pero nada se hacía. ¿Qué comercio podía llevarse a cabo de esa manera? Ahora no es necesario detener ningún buque. Se cambia la tripulación y se permite al barco que atraque al muelle, efectúe la descarga, y tome una nueva carga para su puerto de destino. El comercio moderno exige que así se haga.<sup>22</sup>

Los representantes de Venezuela, Guatemala, Honduras se declaraban como países pobres y con graves dificultades para llevar a cabo las medidas de salubridad pública sugeridas en las conferencias sanitarias, como la de tener estaciones de cuarentena en los puertos para aislar a los enfermos. El doctor Eduardo Liceaga apoyaba la advertencia de las naciones más pequeñas respecto a las dificultades que tenían para implementar lazaretos en los puertos para recibir a los contagiados; sin embargo, insistía que estos lugares no necesariamente debían ser tan grandes y sofisticados como el de Nueva York, sino podrían ser locales sencillos y bien condicionados para recibir a los enfermos.

Por otra parte, El doctor Pablo Acosta Ortiz hizo una moción en la Conferencia para que la opinión pública respetara los informes sanitarios emitidos por los Gobiernos Federales latinoamericanos y no a las noticias de los periódicos norteamericanos que reportaban en algunas ocasiones falsedades acerca de supuestas epidemias.

---

<sup>22</sup> Wyman, Walter. “Participación del Dr. Walter Wyman”, *ibid.*, p.54



Pues bien, resultó que en un caso de éstos se confundió con uno de peste; y como ahora en Venezuela existe una organización bastante complicada en lo que se refiere al servicio de higiene pública, el médico dio aviso de un caso sospechoso y un agente del periódico "The New York Herald", lo transmitió como caso de peste, e inmediatamente se publicó en dicho periódico que había peste en Venezuela. De esta manera que los informes de los periódicos tienen más valor que el de los agentes oficiales.<sup>23</sup>

El doctor Vicente Castro Cervantes, ante la inquietud de las condiciones sanitarias prevalecientes en Venezuela, expuso su preocupación de que en dicho país existiera la mortal enfermedad bilharzia (originaria de Egipto). A lo cual el doctor Pablo Acosta Ortiz hizo un extrañamiento a su afirmación, ya que no se había reportado nunca un caso de bilharzia en Venezuela. Finalmente la bilharzia se incluyó en la lista de enfermedades nuevas a tratar en las Conferencias Sanitarias, junto a la rabia, la sífilis, la gonorrea, el alcoholismo, la lepra y la tuberculosis.

En otros asuntos, el doctor Liceaga instaba en que las reuniones sanitarias deberían llamarse "de Convención" no "de Conferencia", para diferenciarlas de las Conferencias Panamericanas que trataban de asuntos políticos y comerciales. En contraposición, el doctor Juan J. Ulloa indicaba que el carácter de una conferencia es diferente a una convención y la única Convención Sanitaria sería la de 1905 en Washington en la cual se trató una legislación sanitaria continental que sirvió como base a las discusiones posteriores en las Conferencias Sanitarias. Finalmente, por mayoría de votos, se aprobó que se llamara a las futuras reuniones Conferencias Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas.

Otra de las resoluciones más importantes que se tomaron fue que la procuración higiénica en los puertos sería una prioridad sanitaria; asimismo, también el establecimiento de lazaretos para aislar a los viajeros enfermos, en los cuales se recomendaba que los períodos de retención fueran breves.

- a) No debe permitirse el embarque de ninguna persona que padezca de enfermedad cuarentenable, como escarlatina, sarampión, difteria, o cualquier otra que sea transmisible.
- b) Para permitir el embarque a los pasajeros y tripulación que se presume hayan sido expuestos al contagio donde las enfermedades antes mencionadas sean existentes, se deben observar, en el puerto de embarque, los siguientes requisitos:
  1. Cólera: cinco días de observación o vigilancia sanitaria y desinfección de los equipajes;
  2. Viruela en forma epidémica: Vacunación u otra evidencia de inmunidad;
  3. Tifo en forma epidémica: Deben haber transcurrido doce días después de la última exposición y desinfección de los equipajes;
  4. Peste: Siete días de observación o vigilancia sanitaria y desinfección de los equipajes;
  5. Fiebre amarilla: seis días de observación o vigilancia sanitaria o inmunidad; enfermos que pudieran ocurrir a bordo.
- c) Limpieza completa de todas las partes del buque y aislamiento de los enfermos que pudieran ocurrir a bordo.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Acosta Ortiz, Pablo. "Participación del Dr. Pablo Acosta Ortiz", *ibid.*, p.50

<sup>24</sup> "Resoluciones adoptadas por la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. CSP4.R5 ES", *ibid.*, pp.105-106

Uno de los logros más significativos de la Cuarta Conferencia Sanitaria fue la elaboración de un modelo único de documentación para las patentes de sanidad, éste tenía como propósito comprobar que la circunscripción se encontraba en óptimas condiciones higiénicas a satisfacción de la parte interesada, la información vertida tendría que reportar los casos de peste, fiebre amarilla o cólera y las medidas sanitarias llevadas a cabo para erradicarlas.

Asimismo, la asistencia a las conferencias sanitarias se reglamentó y se recomendaba que de preferencia acudieran médicos higienistas y que ya hubieran concurrido a las conferencias anteriores. Además, se exhortaba que la enseñanza de los principios elementales de higiene y saneamiento fuera obligatoria en las escuelas, y la última propuesta de los delegados de la Cuarta Conferencia Sanitaria fue la de establecer laboratorios y estaciones de adiestramiento para la investigación de las enfermedades tropicales.

“Se recomienda a los gobiernos de las republicas americanas que favorezcan en los puertos y ciudades importantes, la creación de laboratorios donde se hagan no sólo los diagnósticos necesarios para cumplir con lo propuesto por las convenciones sanitarias habidas, sino también, donde se puedan hacer investigaciones originales sobre las enfermedades tropicales y las demás que las autoridades sanitarias juzguen conveniente”.<sup>25</sup>

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 4ª Conferencia.

### **3.5. Quinta Conferencia Sanitaria Internacional: el enlace de ideas panamericanas y latinoamericanas.**

La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se realizó en Santiago de Chile del 5 al 12 de noviembre de 1911, las delegaciones que asistieron correspondieron a 18 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, El Salvador, Uruguay, Venezuela y Chile.

Por primera vez la República Argentina tuvo una representación en las Conferencias Sanitarias, este país siempre se había caracterizado por su oposición al sistema panamericano, además de su visión crítica a la intervención económica de los Estados Unidos de Norteamérica en el continente, pero en esta reunión pareciera que su perspectiva había cambiado substancialmente:

---

<sup>25</sup> *Ibid.*

[Dr. Gregorio Aráoz Alfaro] Los Estados Unidos de Norteamérica probaron al iniciar esta serie de Conferencias sanitarias, que no sólo preocupa á ese gran pueblo el progreso material y moral del propio Estado, sino también el adelanto de la América entera, y es justo que todos los otros países le tributemos hoy el homenaje de nuestra gratitud por haber tomado bajo su alto patronato esta obra internacional y permanente.<sup>26</sup>

A diferencia de las otras conferencias sanitarias, el ideal panamericano estuvo presente de manera explícita desde el inicio con las participaciones latinoamericanas y las norteamericanas. Una de las exposiciones más acuciosas en el tema fue la del representante de la Unión Panamericana, Capitán Granville R. Fortescue, quien en su discurso se presentó no como norteamericano sino como panamericano. En su disertación resaltó que los delegados en primer lugar eran americanos y luego científicos, y que su propósito principal sería la consolidación del ideal panamericano a través del conocimiento mutuo, “el olvido de antiguos rencores”<sup>27</sup> y la colaboración sanitaria.

Entonces hemos de conocer vuestra gloriosa historia, y la de vuestros héroes, vuestros magníficos recursos y riquezas, y vuestro adelanto social y económico. Vosotros os encontraréis con yanquis que no profesan únicamente el culto del dinero. No por esto quiero decir que estimo en poco el comercio; al contrario juzgo que el comercio y las relaciones mutuas son fuerzas aliadas que conducen a la amistad [...] Puedo seguramente decir, que sin vuestro apoyo, sin la perfecta salubridad en todos los puertos, sería imposible desarrollar nuevas vías de comercio hasta su perfección.<sup>28</sup>

El discurso de los norteamericanos y latinoamericanos acerca de la doctrina panamericana, se entremezclaba con la idea del progreso moral de las naciones que tenía una estrecha relación con las creencias cristianas y las protestantes que justificaban en los hechos una dominación natural de las naciones más fuertes sobre los países más débiles.

[Don Paulino Alfonso, Chile]La naturaleza de los sucesos históricos ha acordado en la América a nuestra grande hermana del Norte una preeminencia efectiva, cuyo reconocimiento no es óbice a otros respetos y conveniencias, y que no habrá de ejercerse en desmedro de los países latino-americanos, sino en bien de la solidaridad y progresos comunes, especialmente cuando la obra ciclópea de Panamá desate el nudo del istmo y complete la circulación de los océanos.<sup>29</sup>

Las resoluciones adoptadas en la presente conferencia siguen insistiendo en que los delegados sean sanitaristas y que los informes contengan, en primera instancia, el movimiento demográfico en las principales ciudades y puertos y, en segundo término las enfermedades contagiosas de la región. Otra resolución importante se refirió a la urgencia de capacitar especialistas en higiene.

<sup>26</sup> Aráoz Alfaro, Gregorio. “Participación del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro”, en *las Actas de la Quinta Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 5, año 1911, p.21.

<sup>27</sup> R. Fortescue, Granville. “Participación del Capitán Granville R. Fortescue”, *ibid.*, p.61.

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> Alfonso, Paulino. “Participación del Dr. Paulino Alfonso”, *ibid.*, p.63.

También se aconsejaba que los reglamentos de sanidad marítima regionales se ajustaran a los criterios de la Convención de Washington. Y que dentro de los barcos siempre estuviera un doctor, un espacio para aislar a los enfermos y un equipo de desinfección.

La reglamentación de la prostitución fue un tema controversial en la Quinta Conferencia, ya que algunos delegados señalaban que era prematuro legislar un tema que tenía implicaciones sociales, sanitarias y morales, y que se debía postergar cualquier medida legislativa al respecto, sin embargo la posición que predominó fue la de recomendar a los gobiernos que legalizaran la prostitución en las ciudades y especialmente en los puertos, y que a las prostitutas enfermas se las hospitalizara hasta que se curarían.

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 5ª Conferencia.

### **3.6 Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas: de la nación al panamericanismo.**

La Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas fue celebrada en Montevideo, del 12 al 20 de diciembre de 1920, con la participación de 16 delegaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay.

En la década de los años 20 del siglo XX se logró concretizar a través de la cooperación sanitaria panamericana que fueran eliminadas en Panamá la mayoría de las enfermedades epidémicas y, por esta buena situación, se implementaron programas más preventivos que curativos.

Debido al buen estado general de la salud pública hoy se toman allí, en relación más medidas preventivas que curativas a pesar de que por su especial situación geográfica se halla más amenazada que cualquier otra República del Continente debido primero a la topografía del país, y segundo por ser el Canal que lleva su nombre el verdadero corredor del mundo por donde cruzan embarcaciones del universo entero.<sup>30</sup>

Mientras la batalla contra la fiebre amarilla y la peste se había logrado controlar en diversos países, existían otros males que no se tenían contemplado en las políticas sanitarias continentales como la epidemia de la influenza que asolaba a países como el Paraguay, “Esa

<sup>30</sup> Martínez Alonzo, Adolfo. “Participación del Dr. Adolfo Martínez Alonzo”, en *las Actas de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 6, año 1920, p.31.

inmensa segadora de vidas, llamada gripe, paseó sus furias a través de todas nuestras fronteras sembrando por dondequiera la desolación y la muerte; nuestras defensas sanitarias nacionales e internacionales fueron vencidas, produciendo el desamparado de los pueblos una verdadera estupefacción.”<sup>31</sup>

En la década de los años 20' del siglo XX, ante la constante de que en donde había insalubridad y pobreza existía la posibilidad de un foco de infección de nuevas o viejas enfermedades y que las estrategias sanitarias preventivas no eran suficientes, los representantes de la Oficina Sanitaria Internacional y los delegados de las Conferencias Panamericanas, indujeron un programa panamericano de urbanización e higiene. Las discusiones se centraban en resolver si era viable construir o ampliar ciudades en espacios que no tuvieran previamente obras de salubridad.

[Dr. C. E. Paz Soldán]: Deseo dejar simplemente de mi opinión en contra de la proposición que se esta debatiendo, por una razón sencilla; porque estimo que la autoridad moral y espiritual de esta Conferencia quedaría seriamente mellada ante un hecho que podríamos llamar bio-social, cual es el modo cómo surgen los poblados. Si abrimos la historia, todos los pueblos surgieron primero y después vinieron sus servicios necesarios. Esto, que es la ley fatal, es como si nosotros quisiéramos legislar contra la naturaleza humana, pidiendo al niño que desde el nacer tuviera una inteligencia, una voluntad y una cultura.<sup>32</sup>

Lo que si era un hecho, es que para llevar a cabo la urbanización e higiene de los pueblos ya establecidos o futuros a construir, se requería de la información necesaria de las condiciones geográficas, climáticas, demográficas y epidémicas de la región, y, a propuesta de varios delegados se consideró que estos datos se hicieran llegar a la Oficina Sanitaria de Washington, para poder planear estrategias y programas continentales. Ante la oposición del delegado de Argentina doctor J. Llambias, dijo:

Yo preguntaría que podría hacer la Oficina de Washington para que nosotros pudiéramos combatir la malaria en nuestro país. ¡Qué tiene que hacer la Oficina de Washington, si nosotros tenemos la competencia suficiente, medios donde buscar nuestros informes, manera de combatir la modalidad de nuestros enfermos? Para unificar el procedimiento, dice?; Y acaso no está esta Conferencia reunida para unificarlo? ¿Y por que tenemos que subordinarnos a la Oficina de Washington?<sup>33</sup>

Respecto a este punto, el doctor Carlos E. Paz Soldán no estaba de acuerdo con el doctor J. Llambías, ya que consideraba que la colaboración y centralización de la información en la Oficina Sanitaria de Washington, de ninguna manera afectaría la soberanía de las decisiones sanitarias locales.

<sup>31</sup> F.Recalde, Juan. “Participación del Dr. Juan F. Recalde”, *ibid.*, p.31.

<sup>32</sup> Paz Soldán, E. “Participación del Dr. E. Paz Soldán”, *ibid.*, pp. 95-96.

<sup>33</sup> Llambias J. “Participación del Dr. J. Llambias”, *ibid.*, p.99.

[...] si me he referido expresamente a la centralización de todos los datos en la Oficina Panamericana de Washington, ha sido porque estimaba que esta oficina debería servirnos de algo así como del secretariado general en el cual obtendríamos todos los datos necesarios para esclarecer los hechos y modalidades que esta terrible epidemia tiene en las distintas comarcas americanas, bien entendido que cada país será soberano en la reglamentación interior de las normas a adoptarse.<sup>34</sup>

El señor doctor J. F. González, argumentó a favor de la centralización de la información en la Oficina Sanitaria de Washington por dos cuestiones esenciales, la primera era que no se podía prescindir de las instituciones que poseen experiencia en la salubridad continental, y la segunda, era el basto conocimiento que se tenía en Estados Unidos de Norteamérica en el combate a las enfermedades tropicales, “en las universidades de los Estados Unidos de Norteamérica, hay escuelas que mandan delegados a Centro América, a la zona tropical para a hacer investigaciones de gran importancia y en un momento oportuno puedan presentar una buena sugestión”.<sup>35</sup> El doctor J. Montellano, de una manera práctica y sincera, indicó que la prevención y tratamiento de enfermedades como el paludismo, no era una cuestión únicamente de conocimientos sino de recursos materiales y monetarios.

La profilaxis del paludismo no es cuestión de oficina ni de centralización: es cuestión de dinero, de recursos. Los países necesitan enormes recursos para realizar la obra importantísima que es indispensable para hacer esa campaña. De modo que no con las ideas ni con los principios que puedan venir de allá, estos países, que no están en condiciones de gastar grandes cantidades de dinero, podrán hacer profilaxis del paludismo. El paludismo estoy convencido, lo que necesitamos es mucho oro para extenderlo en los campos infectados, y que únicamente el oro puede destruir los anofeles a impedir la infección.<sup>36</sup>

A pesar de estos argumentos, la mayoría de los delegados aceptaron la centralización de la información en la Oficina Sanitaria de Washington. La siguiente tarea a discutir fue la de la enseñanza de la higiene entre los pobladores para defenderse de las enfermedades epidémicas, “es enseñarles cómo, en que formas se desarrollan esos gérmenes infecciosos, cómo llegan hasta sus hogares, en que condiciones pueden defenderse de ellos.”<sup>37</sup>

Para el doctor J. Montellano, la educación higiénica era esencial para realizar un programa sanitario, pero se debía impartir la enseñanza a los estudiantes de educación primaria y esta consistía en realizar la información de tal manera que fuera comprensible para los niños, por esta razón mostraba algunos murales con ilustraciones al respecto, y como él lo señalaba: para contribuir “a modificar la enseñanza de la higiene en las escuelas, que todos hemos reconocido ser la base para la profilaxis individual y para la profilaxis colectiva”<sup>38</sup>

<sup>34</sup> Paz Soldán, Carlos R. “Participación del Dr. Carlos R. Paz Soldán”, *ibid.*, p.100.

<sup>35</sup> González, J. F. “Participación del Dr. J. F. González”, *ibid.*, p.101.

<sup>36</sup> Montellano, J. “Participación del Dr. J. Montellano”, *ibid.*, p.101.

<sup>37</sup> *Ibid.*

<sup>38</sup> *Ibid.*, p.107.

Bien; mi propósito de que esta enseñanza se haga en la escuela primaria es precisamente porque allí concurren no solamente los que más tarde van a ser universitarios y a recibir instrucción superior, sino que concurren a la escuela los que de allí saldrán después hombres para el taller, para los campos de agricultura, etc., y que no tienen otro medio para adquirir conocimientos de higiene. Entonces la escuela, como base, debe enseñar al hombre todas las cosas necesarias para el curso de su vida. ¿Y cuál es la cosa más necesarias para el curso de su vida. ¿Y cuál es la cosa más necesaria, señor Presidente, para enseñarle al hombre cómo debe amparar su salud, cómo debe amparar su salud, cómo debe protegerla? Justamente, el tener conocimiento de higiene.<sup>39</sup>

¿Cuál era el carácter de las Conferencias Sanitarias de las Repúblicas Americanas, exclusivamente internacional? ¿Se podía imponer la legislación internacional sanitaria a las leyes locales? En esta conferencia se pusieron en tela de juicio estas dos interrogantes, para la delegación argentina las Conferencias Sanitarias sólo tenían injerencia en el plano internacional y para combatir enfermedades que se consideraran epidémicas como la fiebre amarilla, la peste bubónica y el cólera, y, por lo tanto no debía imponerse la reglamentación sanitaria adoptada en dichas conferencias a la reglamentación local, ya que esta situación vulneraría la soberanía nacional:

[Dr. J. Llambias]Ya no se trata aquí de la avariosis en si misma, sino que se trata de la pretendida legislación que se propone en materia de penalidad, cosa que es exclusivamente del resorte del estado civil, y nosotros hemos sido enviados aquí a tratar asuntos de profilaxis. Está muy bien que discutamos aquí a tratar asuntos de profilaxis. Está muy bien que discutamos aquí las maneras de evitar el contagio de la sífilis, pero no la manera de imponer penalidades a los que cometan- a juicio del señor delegado, muy respetable, y en el fondo estoy de acuerdo- un delito, al infectar a otra persona con esta enfermedad. Es una cosa completamente distinta, y que está fuera de la cuestión. La legislación en materia civil y la legislación en materia sanitaria. En esto último estoy de acuerdo y aceptaré cualquier resolución. En el otro, en lo que afecta a la facultad y a la soberanía de los países para legislar en esta cuestión de derecho, ahí no tenemos que entrar para nada, y es en ese sentido que he expuesto mi opinión, que es la de la delegación Argentina.<sup>40</sup>

Otro tema que se trató fue la critica panamericana ante la estigmatización de las enfermedades americanas en la Convención de París, ya que las enfermedades de origen americano eran tan peligrosas como las de origen europeo, por lo cual se debían tomar medidas estrictas para evitar la entrada a inmigrantes contagiados de tifus y viruela, imitando las restricciones impuestas a los americanos contagiados de fiebre amarilla, paludismo y peste que viajaban al Viejo Continente.

Esta posición panamericana también se sostuvo en la presente Conferencia y en La liga de las Naciones en Ginebra cuando se presentó un proyecto de policía sanitaria mundial, ya que los representantes americanos se resistieron a cualquier intervención europea en los asuntos y reglamentación sanitaria del continente americano.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p.107.

<sup>40</sup> Llambias, J. "Participación del Dr. J. Llambias", *ibid.*, p.113.

Si el Comité Ejecutivo o la Conferencia no lo entienden así, yo dejo constancia simplemente del espíritu que me anima, que no es otro que el de americanizar de una vez por todas nuestras actividades con prescindencia de un imperialismo disfrazado que pudiera intervenir en el continente a la sombra de la bandera de la higiene.<sup>41</sup>

En esta reunión fue cuestionado el carácter panamericano de las Conferencias Sanitarias de las Repúblicas Americanas, ya que no estaban representados todos los países del continente como Canadá, Jamaica, las Guayanas holandesa y la francesa, cuyos problemas sanitarios eran compartidos por los demás países de la región y, por lo tanto, era una tarea necesaria el de invitarlos a participar como miembros activos.

Otra amenaza al panamericanismo se dio cuando varios representantes latinoamericanos, ante la oposición norteamericana, empezaron a cuestionar los acuerdos de la Convención Sanitaria celebrada en Washington en 1905, ya que alegaban que la situación internacional y las condiciones sanitarias en América habían cambiado y era imprescindible enmendar diversos artículos que resultaban obsoletos en la nueva realidad. Finalmente, con una fuerte discusión entre los delegados de la Conferencia se tomó la resolución de que se revisarían las enmiendas a la Convención de Washington en la VII Conferencia Sanitaria.

[Dr. Gregorio. N. Guiteras]: ¿Me permite?... yo estoy en desacuerdo con lo que acaba de decir el señor delegado de la República Argentina. Yo creo que estas Conferencias tienen razón, por sus atribuciones, de convertirse en convenciones en el momento que quieran. Si hubiera habido tiempo habríamos discutido las reformas de Washington y las podíamos haber aceptado o rechazado, aún cuando no hubieran estado en el programa.<sup>42</sup>

A pesar de los alegatos entre las delegaciones latinoamericanas y la norteamericana, los representantes de Argentina acabaron expresando su reconocimiento a las organizaciones sanitarias públicas y oficiales de los Estados Unidos de Norteamérica que no sólo actuaban en el continente americano, sino en las islas del Pacífico, en África y en Asia, y también a sus instituciones privadas como la Fundación Rockefeller que había colaborado con tanta diligencia en América. “La Fundación Rockefeller que tiene destinados doscientos millones de dólares para obras de beneficencia y humanitarias, de los cuales cincuenta millones se aplican a aliviar los dolores del propio continente americano”.<sup>43</sup>

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 6ª Conferencia.

<sup>41</sup> Soldán, Paz. “Participación de Paz Soldán”, *ibid.*, p.150.

<sup>42</sup> Guiteras, Gregorio. N. “Participación de Gregorio. N. Guiteras”, *ibid.*, p.155.

<sup>43</sup> Martínez Gregorio. N. “Participación de Gregorio. N. Martínez”, *ibid.*, p. 166.



### 3.7. Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas: la instauración de dos logros del sanitarismo panamericano: el Código Sanitario de 1924 y la política eugenésica.

Esta reunión fue celebrada en la Habana, Cuba del 5 al 15 de noviembre de 1924. Las 18 delegaciones que asistieron fueron las de: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. También asistieron los representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana el presidente doctor Hugh S. Cumming y el doctor J. D. Long; de la Sección de Higiene de la Liga de Naciones, el doctor Norman White.

La presencia de un representante de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones no significó en modo alguno la renuncia a la doctrina panamericana, pero, si un cambio de perspectiva respecto al aislacionismo comercial y sanitario con los demás países del orbe. También expresó el reconocimiento internacional que habían alcanzado en el mundo las Conferencias Panamericanas Sanitarias por sus logros en el combate de las epidemias de la región, por haber arrojado un mayor conocimiento sobre las “enfermedades tropicales” y haber impulsado medidas higienistas en el continente.

[Dr. Manuel de Céspedes, Secretario de Estado de Cuba] “De acuerdo con el pensamiento de un inminente panamericanista “la preservación del ambiente panamericano a nuestras conferencias no implica exclusión ni antagonismos” Consideramos todos desde un punto de vista nuestros intereses comunes y estamos en condiciones de resolver, conforme al mismo método, los problemas peculiares de las naciones americanas, lo que no excluye en nuestro espíritu la mas amplia expresión de una armonía universal con todos los otros pueblos de la tierra, y de una asimilación de todas las ideas útiles y generosas que contribuyan al bienestar general de la humanidad.<sup>44</sup>

El doctor Manuel de Céspedes resaltó que el Congreso bolivariano de Panamá fue el inicio de una serie de reuniones americanas con el propósito de integrar económica y políticamente a los latinoamericanos con los norteamericanos, pero especificó que en ninguna de éstas se trataron cuestiones de salubridad pública hasta la Conferencia Internacional Sanitaria de 1881.

La iniciativa de esta Conferencia debiese a la Junta Nacional de Sanidad de los Estados Unidos de América de la cual era presidente el Dr. James L. Cabell. Asistieron a ella delegados de Alemania, Argentina, Austria, Hungría, Bélgica, Bolivia, Brasil, Chile, Dinamarca, España, Estados Unidos de Norteamérica, México, los países Bajos, Francia, la Gran Bretaña, Hawái, Haití, Italia, Japón, Liberia, Portugal, Rusia, Suecia, Noruega, Turquía, Venezuela y el Perú.<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Céspedes, Manuel. “Participación del Dr. Manuel de Céspedes” en *las Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 7, año 1924, p.30.

<sup>45</sup> *Ibid.*

El doctor Céspedes refrendó el discurso oficial del surgimiento del ideal panamericano, sólo que con una variante, en lugar de James Blaine, será Henry Clay quien de manera paralela a Simón Bolívar impulsaron la integración continental. Además argumentó que el panamericanismo se concretizó en la Conferencia de Washington de 1889, y subrayó que el tema de la salubridad pública continental se incorporó en la Comisión Décima, cuya tarea era la de establecer reglamentos sanitarios en el comercio, para ello incorporaron las resoluciones llevadas a cabo en Brasil y Perú, “las tres Américas adoptaran la Conferencia de Río de Janeiro 1887 y de Lima 1888. Las dos Convenciones quedaron, pues panamericanizadas.”<sup>46</sup>, y de acuerdo a este autor, la “cooperación sanitaria fue uno de los poderosos alicientes de la política panamericana”.<sup>47</sup>

Para el mismo conferencista no sólo las Conferencias Sanitarias contribuyeron a la salubridad pública panamericana, sino también otros congresos continentales porque aportaron conocimientos para la prevención y tratamiento de las enfermedades y para la higiene pública. Entre ellos figuraron, tanto el impulsado por Argentina, el Primer Congreso Científico de Buenos Aires en 1889, como otros más, el Segundo Congreso Científico de Montevideo en 1901, el Tercer Congreso Científico de Río de Janeiro en 1905 y el Cuarto Congreso Científico de Chile en 1908-1909 además de los congresos científicos panamericanos instaurados a inicios del siglo XX, cabe destacar que en algunos de ellos no participaron los norteamericanos.

“La ausencia de los Estados Unidos de Norteamérica, comenta el distinguido internacionalista Brown Scout debiese a que eran asambleas de intelectuales latinoamericanos y tenían la naturaleza de experimentos. El éxito adquirido persuadió a los gobiernos que tomaban parte en dichos Congresos, de la importancia que revestiría para el Continente Americano la continuación de esas reuniones. Entonces, se invitó a los Estados Unidos de Norteamérica para que asistieran al Cuarto Congreso Científico, en Chile, y el Gobierno de Washington aceptó complacido tal invitación.”<sup>48</sup>

El cubano también estaba convencido de que el propósito más importante de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, sería la de forjar el Código Sanitario Marítimo Panamericano “que vendrá a ser la reforma, en esencia, de la Convención Sanitaria ajustada en Washington en el año de 1905”<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> *Ibid.*, p.34.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p.35.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p.36.

<sup>49</sup> *Ibidem.*, p.37.

Por otra parte, la delegación argentina destacó su adhesión total al panamericanismo y su confianza por la política exterior de los norteamericanos.

“No caben en nuestra joven América los antagonismos, los celos, los odios hereditarios que envenenan algunas naciones del viejo Mundo. No debe haber para resolver nuestras cuestiones naciones grandes y pequeñas, débiles y fuertes. Iguales y solidarios debemos ser todos en la noble lucha por la felicidad y el progreso de los pueblos. La gran República del Norte ha probado ya suficientemente que no aspira a ser sino nuestra consejera, y que no puede, en su grandeza, abrigar el menguado propósito de subyugar u oprimir a las más débiles.”<sup>50</sup>

También hubo otros delegados latinoamericanos que compartían la posición de la representación argentina, el doctor José Varela Zequeira de Costa Rica subrayaba la importancia de la salud pública continental como un mecanismo de integración panamericana, por lo tanto se debía legislar sobre la sanidad marítima en América.

Mucho se ha discutido entre los acérrimos defensores y los detractores del panamericanismo; pero hoy día el problema parece resuelto para todos los estadistas, y para todos los hombres de ciencia: El panamericanismo no tendría razón de ser, ni cristalizaría en la realidad ni tendría vitalidad, si no descansara como descansa en dos grandes postulados; es el primero el respeto a la integridad territorial, a la independencia, a la libertad de todos los pueblos y de todos los Estados que llenan el Continente Americano[...]. El otro postulado, no menos importante, es la adopción de un tratado internacional de sanidad marítima.<sup>51</sup>

En este tema, el peruano Carlos Paz Soldán indicó que aunque los pueblos tienen diversos problemas de higiene local o regional, lo importante era atacar en una acción conjunta los males que ocasionaban perjuicios a escala continental. Para ello era imprescindible el código sanitario panamericano, además del establecimiento institucional sanitario a semejanza de la Sección de Higiene de las Sociedades de las Naciones, “América debe seguir este ejemplo, pero sin caer en las muchas veces dañosa imitación. Y, es precisamente aquí, en donde aparece para felicidad del Continente, todo el valor de los anhelos cordiales que inspiran mi discurso y que circulan en los pronunciados en esta noche, y que tratan de crear por encima de las fronteras tradicionales la Gran Conferencia afectiva panamericana.”<sup>52</sup>

El doctor cubano Mario G. Lebrede, definió que existían las condiciones tanto humanas como materiales para la cooperación sanitaria panamericana, por una parte se estaba preparando a los futuros especialistas americanos en salud pública y, por la otra había instituciones públicas y privadas dispuestas a dar los recursos necesarios para la higienización de los puertos y fronteras y la especialización de médicos sanitarios, como en el caso de México, donde se creó la Escuela de Salubridad en 1922 con el apoyo de la Fundación Rockefeller.

<sup>50</sup> Aráoz Alfaro, Gregorio. “Participación del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro”, *ibid.*, p.40.

<sup>51</sup> Varela Zequeira, José. “Participación del Dr. José Varela Zequeira”, *ibid.*, p.45.

<sup>52</sup> Soldán, Paz. “Participación del Dr. Carlos Paz Soldán”, *ibid.*, p.54.

El doctor Hugh Cumming, el delegado de los EEUU, puntualizaba que la aceptación del código sanitario panamericano, no representaría “en modo alguno que se anula o deroga la validez de ninguno de los tratados, convenciones o acuerdos entre los EE. UU. y otros países, exceptuando, desde luego, los del Continente Americano”<sup>53</sup>, estableciendo con esta declaración la validez de la apertura internacional en asuntos sanitarios.

[El Sr. Dr. Paz Soldán]: Creo que la proposición de los EE. UU. Es de un alto interés, porque define exactamente el carácter de Carta Americana que tiene el tratado que vamos a firmar, pero eso no invalida las relaciones establecidas en todo el mundo, como el tratado de Roma y la Convención de París”.<sup>54</sup>

En esta Conferencia, los temas a tratar se dividieron en cinco comisiones: Primera Comisión Ejecutiva, Segunda Comisión del Código de Sanidad Marítima Panamericano, Tercera Comisión de Drogas y Alimentos, Cuarta Comisión de Higiene Social y Quinta Comisión de Enfermedades Endémicas y Epidémicas.

Durante esta Conferencia se estableció por primera vez a nivel panamericano, un proyecto serio respecto al tema de la higiene infantil, la eugenesia<sup>55</sup> y la homicultura<sup>56</sup>. En la década de los años 20' del siglo XX la eugenesia tuvo un gran impulso por diversos especialistas en Higiene seguidores de Francis Galton, que instauraron en los servicios de salud de los países americanos restricciones médicas y legales para estimular en la sociedad los factores positivos de la descendencia y eliminar los elementos de degeneración.

A nivel internacional, ya se habían realizado tres Congresos sobre el tema de la eugenesia: Londres (1912), Washington (1921) y el VI Congreso Médico Latinoamericano, la Habana (1922). Los dos últimos instaron a organizar una Asociación Panamericana de Eugenesia y Homicultura, propuesta que fue retomada por la V Conferencia Internacional Americana en Santiago de Chile en 1923, la cual, en su resolución 21:“recomendó la

<sup>53</sup> S. Cumming Hugh. “Participación del Dr. Hugh S. Cumming”, *ibid.*, p.94.

<sup>54</sup> Paz Soldán, Carlos E. “Participación del Dr. Carlos E. Paz Soldán”, *ibid.*, p.94.

<sup>55</sup> Francis Galton, primo de Charles Darwin, era el creador de la propuesta teórica e higiénica de la eugenesia, definida como “la ciencia que trata de todas las influencias que mejoran las cualidades innatas, o materia prima, de una raza, también aquéllas que la pueden desarrollar hasta alcanzar la máxima superioridad”, en Suárez y López Guazo, Laura Luz. *Eugenesia y racismo en México*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p.21. A lo largo de la historia se desarrollaron dos corrientes eugenésicas en el mundo, los primeros eran los ortodoxos o negativos, que señalaban que para tener unas buenas dotes hereditarias era imprescindible controlar la actividad reproductiva de los sujetos inferiores y enfermos-incluidos las personas de las clase social baja-, a través de la esterilización y el aborto obligatorio, por otro lado era necesario seleccionar la inmigración, y prodigar de cuidados a las madres y a los niños, en América los representantes más notables de esta primera posición en América fueron Domingo F. Ramos, (Cuba) y Charles B. Davenport, los segundos eran los eugenistas positivistas que resaltaban no sólo al determinismo biológico, como el único factor que influye en el mejoramiento de la especie humana, sino también el medio ambiente y las condiciones socioeconómicas, ambos movimientos eugenésicos compartieron intereses, pero a veces las posiciones eran tan opuestas que se presentaban conflictos teóricos y prácticos.

<sup>56</sup> La homicultura fue definida por el médico cubano Domingo F. Ramos como: “la ciencia que tiene por objeto la investigación y aplicación de los conocimientos relativos a la reproducción, a la conservación y al mejoramiento de la especie humanas [con especial énfasis en el cuidado de la infancia]”, citado por García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez. *En Busca de la raza perfecta eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*. España, 1999, p. 120.

celebración de una Conferencia sobre Eugenesia y Homicultura”<sup>57</sup> y resaltó la necesidad de implantar programas de salud pública a nivel panamericano sobre esos dos temas, cuyas directrices fueron ratificadas en la presente Conferencia Sanitaria.

“6. Resolución referente a llamar la atención de todos los gobiernos americanos, sobre la necesidad impostergable de emprender, donde no se lo haya hecho ya, una enérgica campaña a favor de la infancia, en el triple concepto de la Higiene del medio, de la Eugenesia y de la Homicultura, a recomendar a todas las Naciones americanas, la institución de la Tutela del Estado sobre la infancia, y que fija como uno de los principales temas para la Conferencia próxima el estudio de la morbilidad y mortalidad de la Infancia.”<sup>58</sup>

También, en esta Conferencia ocurrieron participaciones interesantes, como la del doctor chileno Carlos Graf, en la cual comentó el caso de un adolescente que estoicamente había renunciado a los placeres sexuales, para evitar ser contagiado de enfermedades venéreas.

Voy a relataros algo que personalmente me ha ocurrido, y es, que pasé el periodo más difícil de mi vida en completa abstinencia, debido a grandes dificultades, y después de haber conocido los placeres de los actos sexuales, llegué a la convicción de que se puede permanecer en estado de abstinencia, y así lo verifiqué yo, hasta los 18 años. Ahora tengo dos hijos en la misma situación, y en mi mismo estado, ya aunque no por motivos religiosos, pues estos no los profesan, estoy casi seguro, si no digo absolutamente, que se mantienen perfectamente sanos en estado de abstinencia. Sé que es muy difícil, dadas las corrientes actuales de sensualismo, mantener estas ideas, puesto que no faltan quienes afirman, que no puede existir el progreso sin los placeres sensuales.<sup>59</sup>

Alguna de las restricciones eugenésicas más populares implantadas a lo largo del siglo XX en América fue la que, el Estado prohibiera casarse a aquellas personas que, de acuerdo a un dictamen médico, tuvieran enfermedades contagiosas como: la avariosis, tuberculosis, sífilis o gonorrea entre otras. “El Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada, dictando leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, moral y social de la población.”<sup>60</sup>

Con estas medidas se afirma la salud como un ámbito que comparte lo público y lo privado y muestra como el liberalismo individualista ha cedido a concepciones positivistas que plantean “el bien común” basado en una concepción jerárquica en que la participación del Estado puede contribuir a “avanzar” a “mejorar” no solo a los individuos sino a la especie humana y en particular a la “raza americana”. La política eugenésica en América a principios

<sup>57</sup> Secretaría de Relaciones Exteriores. *Conferencias Internacionales Americanas. 1889-1936. recopilación de tratados y otros documentos, recopilación de los tratados, convenciones, recomendaciones, resoluciones y mociones adoptadas por las siete primeras Conferencias Internacionales Americanas, La Conferencia Internacional Americana de Conciliación y Arbitraje y la Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz; con varios documentos relativos a la organización de las referidas conferencias.* México, Secretaría de Relaciones Exteriores, 1990, p.219.

<sup>58</sup> “Resoluciones y Convenciones. CSP7.R.6 ES.” en las *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, op.cit.*, p.128.

<sup>59</sup> Graf, Carlos. “Participación de Carlos Graf”. Organización Panamericana de Salud, en *las Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, op.cit.*, pp.89-90.

<sup>60</sup> Mac-Lean, Estenós, Roberto. *La Eugenesia en América.* México. Biblioteca de Ensayos Sociológicos Instituto de Investigaciones Sociales Universidad Nacional Autónoma de México. Cuadernos de Sociología, 1952, p.24.

del siglo XX, no se diferenciaba en mucho de la llevada a cabo en Europa, existían asociaciones eugenésicas en Argentina, México, Brasil, Perú y Cuba, afiliadas a la Federación Internacional Latina de Sociedades de Eugenesia, con sede en París. En esta Conferencia se había llegado a acuerdos fundamentales para la cooperación sanitaria eugenésica

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 7ª Conferencia.

### **3.8. El mejoramiento de la raza americana y las acciones preventivas eugenésicas en los foros panamericanos de 1927 a 1939.**

La Octava Conferencia Sanitaria Panamericana se realizó en Lima, Perú, del 12 de octubre al 20 de octubre de 1927, los 16 países asistentes fueron Colombia, Honduras, Panamá, Paraguay, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Bolivia, República Dominicana, Costa Rica, Venezuela, Haití, Uruguay, Ecuador, Argentina, Cuba y Brasil. En esta Conferencia no fueron México y Nicaragua.

En esta Conferencia se trataron asuntos muy precisos respecto a enfermedades infecciosas y contagiosas, además de algunas consideraciones al código sanitario panamericano. Cabe destacar el carácter obligatorio de las patentes de sanidad y los requerimientos mínimos para la construcción de barcos y muelles en los puertos que evitaran la infestación de ratas, usando materiales como el acero y cemento.

Para uniformar la información de las estadísticas de mortalidad, se implantó que todos los países de América, adoptaran la nomenclatura de causas de muerte, con sus métodos y procedimientos en la confección de estadísticas, que manejaban en los Estados Unidos de Norteamérica y que era en esencia la establecida en la Convención de París de 1920.

El avance del proceso de industrialización en América Latina y en los Estados Unidos de Norteamérica, derivan en nuevos inconvenientes para la clase trabajadora, por ello en la presente Conferencia se promovió la instauración de instituciones especializadas en el trabajo y la higiene industrial, que procuraran el bienestar posible a la clase trabajadora, ya que esta situación redituaria en mayor producción y en consecuencia al robustecimiento económico del la nación.

Que la salud y el bienestar de la clase trabajadora está íntimamente ligada a la salud pública y al engrandecimiento económico de un país, y los daños derivados de la industria causan a la nación graves prejuicios, disminuyen el rendimiento actual y, sobre todo, el rendimiento futuro de la población, minando su salud, por lo que recomienda a los diversos países de América la necesidad de establecer organismos especiales dentro de la administración sanitaria, encargados de todo lo que se refiera al trabajo y a la higiene industrial, a fin de colocar a los obreros en las mejores condiciones de vida y de trabajo, de acuerdo con sus aptitudes físicas y mentales.<sup>61</sup>

También se resuelve que para tener una mayor comunicación entre los países miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana, se crea el puesto de Comisionado Viajero, miembro de la Junta Directiva de la Oficina Sanitaria.

En la Octava Conferencia Sanitaria el tema de las toxicomanías es un tema relevante que estaba relacionado en términos eugenésicos con la degeneración de la raza, por ello se establecieron una serie de medidas fiscalizadoras, represivas, terapéuticas y profilácticas, contra la adicción a la marihuana, la cocaína y el alcohol.

- a) Reducción del cultivo, fabricación y venta de los tóxicos, limitándolos a fines terapéuticos y según disposiciones de la autoridad sanitaria de cada país, la que establecerá las penas consiguientes a los infractores;
- b) Declaración y asistencia obligatoria, en establecimientos especiales, dependientes del estado, de tipo cerrado y a cargo de médicos especializados, y
- c) La profilaxis deberá realizarse por la educación y la propaganda antitóxica.<sup>62</sup>

Según las ideas eugenésicas de las delegaciones otra de las causas de la degeneración de la raza, se encontraba en el contagio de enfermedades venéreas. Por lo tanto se exhortaba a los Estados americanos que generasen leyes, decretos y acuerdos para instituir campañas sanitarias en contra de los males venéreos y para reducir en manera considerable la prostitución: "Que se establezcan clínicas venéreas oficiales gratuitas, dotadas de medicamentos completos, donde el público encuentre remedio a su alcance y se pueda de este modo restringir la propagación de las enfermedades venéreas".<sup>63</sup> Además los resolutivos propusieron la realización de un examen prenupcial para evitar el contagio de enfermedades venéreas.

En ese mismo año, finalmente se realizó la Primera Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, del 21 de diciembre al 23 de diciembre en La Habana, Cuba, con la participación de 16 naciones: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

<sup>61</sup> "Acta final, CSP8.R19 ES" en *las Actas de la Octava Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 8, año 1927, pp.6-7.

<sup>62</sup> "Acta Final, CSP8.R11 ES", *ibid.*, p.5.

<sup>63</sup> "Acta Final, CSP8. R15 ES", *ibid.*, p.6.

El Acta Final de la Conferencia de Eugenesia consta de 28 artículos, los primeros cinco trataron de la organización de la nueva Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura con sede en Cuba y, la colaboración de ésta con otros organismos educativos e institutos de salubridad americanos para llevar a cabo un registro de “datos eugenésicos individuales, y también ocuparse de las cuestiones conexas con la herencia, el matrimonio, la esterilización, la raza, etc...”<sup>64</sup> Además de la promoción de la educación sexual y la investigación acerca de la clasificación antropológica del hombre americano.

Del artículo seis al nueve se instauraron los reglamentos para controlar a los inmigrantes, de acuerdo a si son considerados biológicamente sanos, que sería un requisito imprescindible para ser aceptado en la nación receptora, además del derecho para rechazar “razas indeseables biológicamente”.<sup>65</sup>

Cualquier Nación tiene derecho a la investigación biológica completa (somática y germinal de los individuos que deseen residir en su territorio o a impedir o limitar esa residencia a los naturales de la Nación que no desee admitir dicha investigación, lo mismo que aquellos individuos que por la citada investigación se compruebe que puedan transmitir cualquier cualidad indeseable.<sup>66</sup>

El artículo 10, dictaminó que cualquier contrato matrimonial debe ser antecedido por un certificado médico, que contenga la historia biológica de los cónyuges, y que sea elaborado y revisado por las autoridades sanitarias públicas. El Artículo 11 subrayó que la alienación mental, la criminalidad, la sífilis no tratada, el alcoholismo crónico y las narcomanías demostradas después de las nupcias, serían motivo de anulación del matrimonio, “esta comprobación podrá realizarse no sólo por el otro cónyuge sino por las autoridades competentes.”<sup>67</sup> Este acto significó el involucramiento de las políticas públicas en la vida privada de los sujetos.

Del artículo 12 en adelante encontraremos las referencias, a la institucionalización de las prácticas eugenésicas, con la creación de organismos de profilaxis e higiene mental a nivel continental y a la obligación del Estado de procurar el bienestar de las mujeres embarazadas y los niños, además de hacer obligatoria la enseñanza popular de la eugenesia y homicultura en las escuelas básica y superiores.

---

<sup>64</sup> Archivo Histórico de la Secretaria de Salud (AHSSA), Fondo: Salubridad Pública (F:SP), Sección: Congresos y Convenciones: (S: C y C), Caja: 16 (C;16), Expediente:12 (Exp:12), p.7.

<sup>65</sup> *Ibid.*, f.7.

<sup>66</sup> *Ibid.*

<sup>67</sup> *Ibid.*, f.8.



Los artículos 27 y 29 instauraron que la Oficina Central Panamericana de Eugenesia y Homicultura debería tener colaboración técnica y médica con la Oficina Sanitaria Panamericana y estos vínculos tendrían que ser revisados y aprobados por la Unión Panamericana.

La Oficina de Eugenesia y Homicultura estudiará la manera para presentarla a la consideración de la Unión Panamericana o de las Conferencias Panamericanas, de que los territorios americanos cuyos gobiernos no forman parte de la Unión Panamericana puedan incluirse en los trabajos de Eugenesia y Homicultura. Del mismo modo se estudiarán las conexiones posibles con las organizaciones nacionales americanas y con las internacionales mundiales.<sup>68</sup>

Un acontecimiento relevante que ocurrió durante la Conferencia de Eugenesia fue el descrito por los autores García González y Álvarez Peláez, quienes mencionan el veto de la participación del médico y abogado cubano Juan Antiga, representante de la delegación salvadoreña, en el libro de las actas de la Conferencia de Eugenesia, por realizar una crítica al imperialismo norteamericano, que a letra dice:

... que se eliminaran en los anales de la historia los duros y crueles e injustos principios políticos y económicos, de un monroísmo irritante y egoísta utilitario, para ser reemplazado con el concurso de una nueva doctrina política, racional y tolerante, más humana, más consoladora, más científica para nuestros pueblos, sedientos de justicia social.<sup>69</sup>

Otro tema polémico fue la inmigración, ya que para los eugenistas como Charles B. Davenport, Domingo F. Ramos y Francisco M. Fernández, sería imprescindible estimular la inmigración de las razas blancas para mejorar la estirpe americana, en consecuencia se debía evitar el mestizaje con razas inferiores. Otros médicos, como el representante mexicano Rafael Santamaría consideraron que esa afirmación no era tan cierta, porque procedíamos genéticamente de dos razas con grandes cualidades y que a través de la educación y el cuidado del niño se podría engrandecer todavía aún más.

...el problema de la eugenesia que les reunía había sido resuelto ya por los conquistadores que practicaron homicultura cuando trajeron a este continente a Fray Bartolomé de las Casas y a Fray Pedro de Gante, así como otros tantos hombres que hicieron del indio un hermano y fijaron, en las leyes de Indias, los derechos de los conquistadores. Bases, dice el mexicano, que se aplican actualmente a la homicultura y han dado lugar a la población total de América, a ese mestizaje difícil de comprender que lleva entre su sangre el valor indómito de los antiguos pobladores y el quijotismo y la honradez de la raza española.<sup>70</sup>

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 8ª Conferencia.

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana fue celebrada en Buenos Aires del 12 al 22 de noviembre de 1934. Asistieron 21 delegaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, los Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República

<sup>68</sup> *Ibid.*, f.9.

<sup>69</sup> García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez. *En busca de la raza perfecta, eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*. España. Centro de Estudios Históricos (CSIC), 1999, p.178.

<sup>70</sup> *Ibid.*, p.192.

Dominicana, Uruguay, Venezuela y representantes e invitados especiales de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. John D. Long, de la Oficina Internacional de Higiene pública, el doctor M. T. Morgan, y de la Fundación Rockefeller, el doctor Fred I. Soper y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, el doctor Frank Boudreau.

Las Comisiones establecidas se dividieron en las de Redacción, Votos y Resoluciones, de Código Sanitario Panamericano y de Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea, de Enfermedades Tropicales, de Fiebre Amarilla, de Peste, y de Enfermedades Venéreas.

El Ministro de Relaciones Exteriores y Culto de Argentina, Carlos Saavedra Lamas durante la Sesión inaugural, afirmaba que uno de los productos más consolidados del panamericanismo, era la cooperación sanitaria.

Resalta la de Brasil y Lima, "regiones enteras, principalmente en las partes tropicales, depuradas de sus condiciones nocivas para el trabajo humano y reintegradas a su fertilidad y a su aptitud para la labor productiva, una profunda evolución, en grandes zonas de América, saneadas y transformadas en campos de segura acción; el Brasil y México libres del terrible azote de la fiebre amarilla y en condiciones perfectas para ofrecer al extranjero su suelo privilegiado, urbes grandiosas con todos los adelantos y garantías de la higiene moderna, son el fruto de poderosos esfuerzos sanitarios, como el realizado en Panamá y Puerto Rico, por el benemérito Instituto Rockefeller." <sup>71</sup>

En esta Conferencia se constataba que era imprescindible la colaboración sanitaria internacional entre las naciones no sólo americanas, sino también con los demás países del mundo y con sus instituciones sanitarias, como la Oficina Internacional de Higiene Pública de París y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, la salud pública de esta manera se convierte en uno de los primeros mecanismos de entendimiento universal.

Aunque los adelantos higiénicos y salubres en la región americana eran notables y existía una apertura al exterior de la cooperación sanitaria, el mismo Saavedra Lamas destacaba que esta situación debería acontecer con el comercio, ya que este aspecto sería el que fundamentaría realmente al panamericanismo. "Nos conviene fortalecer una gran unidad económica en que viven doscientos millones de seres humanos, explorando por primera vez la posibilidad de reemplazar para nuestras producciones típicas, con mercados propios, la clausura de los europeos" . <sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Saavedra Lamas, Carlos. "Participación de Carlos Saavedra Lamas" en *las Actas de la Novena Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 9, año 1934., p.27.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p.28.

En esta conferencia se inició un cambio de aptitud referente al propósito primordial del saneamiento continental, que era el de mantener limpios y libres de enfermedades epidémicas a los puertos y fronteras para agilizar el comercio. Esto sucede porque que existe una nueva valoración de la idea de la salud pública no como un medio sino como un fin en si mismo, y que para alcanzarlo era imprescindible la intervención del Estado. A nivel panamericano, la salud pública se consideraba como responsabilidad del Estado y un derecho de la sociedad en general, el doctor Solón Núñez argumentaba que “el mejoramiento de standard de la vida de los ciudadanos no es otra cosa que puede encomendarse al azar, sino algo que reclama la intervención directa, constante e inteligente del Estado, sin burocracias...”<sup>73</sup> Estos principios venían madurando desde la 7ª Conferencia Sanitaria como se apunto más arriba.

Las autoridades sanitarias panamericanas, establecieron que la idea de salubridad pública sería sustituida por la concepción de salud pública, ya que no sólo se ocuparían de la eliminación de enfermedades y del saneamiento de los pueblos, sino que también tendrían contemplado un programa general para mejorar las condiciones económicas y sociales de los habitantes ya que éstas influyen de una manera directa en la evolución de enfermedades y en el entorno propicio para la erradicación o propagación de gérmenes.

[Dr. Solón Núñez, Costa Rica] Durante cincuenta años, la higiene ha sido preferentemente lucha contra los gérmenes específicos de las enfermedades. Los diferentes congresos habidos en el mundo han tenido como ideario casi exclusivo, la defensa del hombre y de las sociedades contra las causas inmediatas de enfermedad y de muerte.[...] ¿Por que en un mismo ambiente unos individuos adquieren la tuberculosis, por ejemplo, y otros no? ¿por qué entre los primeros unos son víctimas tempranas de la enfermedad y otros paran el golpe?, ¿por qué una misma enfermedad no se ensaña por igual en todos los sujetos? Aparte ciertos factores ligados al medio geográfico; clima, humedad, presión; aparte factores biológicos individuales: herencia, inmunidad natural o adquirida, hay un hecho vulgar que influye en la recepción y proceso de las enfermedades: es la bien conocida menor resistencia del organismo en virtud de una alimentación insuficiente; de la vivienda malsana; de la carencia de abrigo; de la fatiga no compensada del cuerpo y del espíritu; de la ignorancia de los más elementales hábitos de higiene personal; de la falta de estímulos generosos que inviten a la vida, y la sobra de preocupaciones que la entenebrecen y acortan.<sup>74</sup>

Para llevar a cabo tal tarea, los delegados de la Conferencia argumentaban que ya no era suficiente sólo la intervención del médico e higienista, sino también la intervención de otros profesionistas como el educador, el sociólogo y la enfermera, entre otros, “tan intrincados con los factores biológicos, psicológicos y sociales que originan las perturbaciones de la salud, de la validez y la capacidad de los hombres”<sup>75</sup>

<sup>73</sup> Núñez, Solón. “Participación del Dr. Solón Núñez”, *ibid.*, p.30.

<sup>74</sup> *Ibid.*, pp. 29-30.

<sup>75</sup> Aráoz Alfaro, Gregorio. “Participación del Dr. Gregorio Aráoz Alfaro”, *ibid.*, p.34.

En nuestro tiempo se comienza a difundir el concepto de que la salud no es únicamente la noción negativa de la ausencia de enfermedad sino que es un bien positivo que debe conservarse y acrecentarse, y bien sabemos, que para extender el goce de la salud, tanto o más que curar a los que sufren, es de más amplia visión, de mayor trascendencia, prevenir el sufrimiento de los que están sanos y de los que van a nacer.<sup>76</sup>

A pesar de las ideas innovadoras acerca de la salud pública panamericana, todavía perduraban algunas concepciones de la eugenesia negativa, basta recordar que la doctrina eugenésica fue aceptada mundialmente por higienistas, médicos, políticos, literatos, feministas y antropólogos entre otros. En casi toda Europa había asociaciones eugenésicas, ya para la década de los 30' en Alemania se unificaron los servicios de asistencia y de higiene pública con tres propósitos: prevención de enfermedades para llevar una vida sana, defensa de la salud de la mujer y sus vástagos, promoción de “la higiene del niño por nacer, procurando hasta la medida de lo posible, que sólo nazcan niños fuertes y sanos.”<sup>77</sup> De acuerdo a Roberto Mc. Lean, en Alemania se impusieron de manera drástica leyes eugenésicas como “La Ley Sanitaria del matrimonio”, “La Ley de Protección a la Sangre” y la “Ley para evitar una descendencia con enfermedades hereditarias”.

Al término de este Congreso Sanitario, se inauguró el 23 de noviembre de 1934 en la misma ciudad, la Segunda Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, los temas a tratar fueron los mismos que en la anterior Conferencia, y con el resultado de que todavía no se lograba implantar la eugenesia negativa, que era la esterilización obligatoria a sujetos enfermos, a diferencia de Alemania que ya había aprobado la Ley obligatoria de esterilización eugenésica a los débiles mentales, esquizofrénicos, epilépticos, ciegos, alcohólicos y personas deformes entre otros. Es importante resaltar que este tipo de leyes de esterilización fueron llevadas a cabo a principios del siglo XX, por algunos estados norteamericanos, de manera parecida a la nación alemana.

Ante esta nueva perspectiva de la salud pública, una de las resoluciones más importantes de esta Conferencia fue la de unificar los servicios de asistencia social con los de salubridad, para que los Estados intervinieran de manera más eficaz.

\* Consultar anexo resolutivos específicos de la 9ª Conferencia.

---

<sup>76</sup> Cibiles Aguirre, Raúl. “Participación del Dr. Raúl Cibiles Aguirre”, *ibid.*, p. 36.

<sup>77</sup> Mac Lean y Estenós, Roberto. *La Eugenesia en América*. México, Biblioteca de Ensayos Sociológicos del Instituto de Investigaciones Sociales Universidad Nacional Autónoma de México. 1952, p.15.

La Décima Conferencia Sanitaria Panamericana se celebró en Bogotá, Colombia, del 4 al 14 de septiembre de 1938, las 19 delegaciones que asistieron fueron: Uruguay, Panamá, Perú, Nicaragua, República Dominicana, los Estados Unidos de Norteamérica, Argentina, Venezuela, Honduras, México, Bolivia, Guatemala, Ecuador, Cuba, Chile, Brasil, Costa Rica, Haití y El Salvador.

Durante esta Conferencia se tratan diversos temas, la unificación en la reglamentación de las patentes de sanidad, el servicio de enfermeras visitadoras en los servicios públicos de higiene, las estadísticas vitales en los departamentos de salubridad pública, recomendación a los países de América que no cuentan con farmacopeas nacionales, “que siguiendo el ejemplo dado por varias naciones del continente , adopten, si lo juzgan conveniente, la farmacopea de los Estados Unidos de América, edición española, como medida benéfica para la uniformidad del control sobre productos medicinales”<sup>78</sup>

También se reconoció que la asistencia social del Estado no era suficiente, por lo tanto se recomendaba a los gobiernos americanos la creación del seguro social como un derecho obligatorio de todos trabajadores.

Antes de finalizar la década de los años 30', también se promovieron medidas concretas para mejorar el bienestar de los más desprotegidos socialmente: comedores colectivos para escolares y adultos, ya sean oficiales o privados, viviendas populares salubres y baratas, atención materna y en consecuencia la declaración obligatoria de la preñez y educación higiénica a las parteras empíricas

La Tercera Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura se realizó como una sesión particular de la X Conferencia Sanitaria Panamericana; sin embargo, se llegó a la resolución de que las Conferencias Panamericanas de Eugenesia y Homicultura, se integrarían en el futuro a los Congresos Panamericanos del Niño, ya que tenían más relación temática.

El Dr. Jorge Bejarano, presidente de la X Conferencia Sanitaria Panamericana, indicó la importancia de la eugenesia panamericana, “Sobre ninguna otra parte del universo, la nueva ciencia de la Eugenesia y Homicultura ha prendido sobre suelo más abonado que sobre éste del mundo de Colón.”<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> “Resoluciones y Recomendaciones. CSP10.R8.” en *las Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 10, año 1938, p. 3.

<sup>79</sup> Bejarano, Jorge. “Participación del Dr. Jorge Bejarano”, *ibid.*, p.37.

Se instauraron políticas eugenésicas tanto positivas como negativas en la mayoría de los Estados latinoamericanos, un ejemplo de este señalamiento es que un año después de esta conferencia, en Lima, se realizó la Primera Jornada Peruana de Eugenesia del 3 al 5 de mayo de 1939, en la cual se aprobaron la esterilización de los “tarados” para lograr el perfeccionamiento de la raza, además de otras medidas eugenésicas, como “1) El certificado médico prenupcial para garantizar la salud de las personas que contraen matrimonio y, a través de ellas, la de su futura prole; 2) el control científico de la natalidad; 3) la legislación del aborto eugenésico.”<sup>80</sup> Estos apartados parecían inspirados en las leyes eugenésicas alemanas.

La ley nazi preventiva de enfermedades hereditarias promulgada el 14 de julio de 1933, estipulaba varias causas para aplicar la esterilización: debilidad mental, epilepsia, ceguera o sordera hereditaria, demencia precoz, esquizofrenia, el baile de San Vito o afección convulsiva, formación defectuosa exagerada del cuerpo y alcoholismo crónico [...] En el año 1934, el primer año en que se aplicó esa ley, 56, 244 personas fueron privadas del poder de ser padres en Alemania.<sup>81</sup>

Uno de los resultados más importantes de las Conferencias Sanitarias Panamericanas fue que a finales de la tercera década del Siglo XX, a nivel continental, la idea de salud se afirmó como un asunto público-privado, y con ello la representación de la salud pública derivó en una ampliación del concepto hacia la seguridad social; que incluía no sólo condiciones de salud sino de educación, vivienda y trabajo, lo que terminó dando un giro hacia la afirmación de los derechos sociales.

- Consultar anexo resolutivos específicos de la 10ª Conferencia.

---

<sup>80</sup> Mac Lean y Estenós, *op.cit.*, p.26

<sup>81</sup> *Ibid.*, p.75

## Resoluciones de las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>I Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas.</b>  <b>2 al 4 de diciembre de 1902.</b>  <b>Washington.</b></p>	<p>*La Convención se ha de regir por las resoluciones aprobadas en la Segunda Conferencia Panamericana.</p> <p>a) Dispuso que se reuniera en Washington una Convención Sanitaria.</p> <p>b) Establecimiento y características de la Oficina Sanitaria Internacional en Washington.</p> <p>*El período de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena marítima ha de ser el más breve posible.</p> <p>*Medidas contra la fiebre amarilla, los mosquitos, y la cuarenta.</p> <p>a) Que las medidas de profilaxis contra la fiebre amarilla, se han de basar en el hecho de que, hasta la fecha, la picadura de ciertos mosquitos, es el único medio natural probado de la propagación de la fiebre amarilla y en los métodos médicos e higiénicos utilizados en Cuba.</p> <p>b) Que los diferentes Gobiernos estudien en sus respectivos territorios la distribución geográfica del mosquito del género <i>Stegomyia</i>, á fin de que dicho estudio pueda aplicarse prácticamente en las convenciones posteriores.</p> <p>*Medidas para evitar la propagación de peste bubónica, (eliminación de ratas, ratones y otros animales inferiores y basura) la fiebre tifoidea, cólera. (higiene de los alimentos, construcción de letrinas para evitar las evacuaciones al aire libre y desinfección de las heces de los enfermos)</p>
<p><b>Segunda Convención Sanitaria Internacional.</b>  <b>1905.</b>  <b>9 al 14 de octubre de 1905.</b>  <b>Washington.</b></p>	<p>*Prescripciones que deberán observar los países signatarios de la Convención cuando el cólera, la peste o la fiebre amarilla aparezca en su territorio.</p> <p>*Condiciones que permiten considerar una circunscripción territorial como libre ya de la enfermedad.</p> <p>*Medidas de defensa tomadas por los otros países contra los territorios declarados contaminados.</p> <p>*Tratamiento sanitario para cada tipo de mercancía.</p> <p>*Declaración de que las mercancías no son transmisoras por sí mismas, de enfermedades.</p> <p>*Medidas en los puertos y en las fronteras de mar.</p> <p>a) Clasificación de los buques: infectado, sospechosos e indemne.</p> <p>b) Medidas preventivas para recibir a los buques clasificados como: infectados, buques sospechosos, y buques indemnes.</p> <p>c) A los enfermos de fiebre amarilla serán desembarcados y transportados en una lancha protegida contra los mosquitos por tela de alambre y por tierra serán llevados en un ambulancia con todas las medidas de seguridad, a un sitio de aislamiento provisional.</p> <p>*Medidas sanitarias en las fronteras terrestres, viajeros, ferrocarriles-zonas fronterizas y vías fluviales.</p> <p>a) No se deben establecer cuarentenas terrestres, pero si lugares de observación, para la detención temporal de los sospechosos. Este principio no excluye el derecho de cada país de cerrar, cuando lo necesite, una parte de sus fronteras.</p> <p>b) Vigilancia médica parcial a todos los pasajeros de ferrocarriles, y revisión médica completa a los detectados de tener alguna enfermedad o de venir de un lugar contaminado de peste, cólera y fiebre amarilla.</p> <p>c) Para evitar la detención de los transportes, que lleven la correspondencia, pasajeros, y equipaje que vengan de zonas infectadas, estos se cambiaran al llegar a la frontera.</p>

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>Tercera Conferencia Sanitaria Internacional.</b>  <b>2 al 7 de diciembre de 1907.</b>  <b>México.</b></p>	<p>*Petición a los delegados de Brasil, Colombia y Uruguay que se adhieran a la Convención Sanitaria de Washington de 1905.</p> <p>*Recomendación para que todas las delegaciones adherentes a la Convención Sanitaria de Washington retomen las iniciativas y las reglamenten en sus respectivos países.</p> <p>*Propuesta para establecer vínculos con la Oficina Sanitaria Internacional de París de acuerdo a la declaración realizada en la Tercera Convención Internacional de Estados Americanos de Río de Janeiro de 1906.</p> <p>*Sumario de las resoluciones de la Primera y Segunda Convenciones Sanitarias Internacionales.</p> <p>*Recomendación para considerar de carácter obligatorio la vacuna contra la viruela.</p> <p>*Recomendación para exentar de aranceles a las sales de quinina, telas de alambre y todos los utensilios que sirven de protección contra los piquetes de mosquito.</p> <p>*Recomendación a los Estados para que realicen una campaña de investigación, prevención e información respecto al paludismo, tuberculosis, cólera, peste bubónica y fiebre amarilla.</p> <p>*Recomendación para distribuir gratuitamente quinina a los necesitados.</p> <p>*Recomendación para hacer patentes de sanidad marítima con datos que refieran a la mortalidad causada por el paludismo.</p> <p>*Recomendar a la Oficina Sanitaria Internacional información constante de la situación continental respecto al paludismo en los principales puertos.</p> <p>*Recomendación para elaborar una hoja de información elemental sobre el paludismo.</p> <p>*Recomendación para no admitir inmigrantes contagiados por tracoma o beri beri.</p> <p><b>**Recomendar a las naciones americanas la nacionalización y centralización de las autoridades sanitarias por medio de la legislación adecuada.</b></p> <p>*Recomendación para prevenir la tuberculosis en los carros de ferrocarril y en los vapores.</p> <p>*Recomendar la conveniencia de que las naciones europeas adopten la Convención Sanitaria de Washington de 1905, con respecto a las colonias que tengan en América y en los que se refiere a la fiebre amarilla especialmente.</p> <p>*Recomendación para crear hospitales exclusivos para tuberculosos o pabellones dentro de los actuales.</p> <p>*Indicaciones para el saneamiento de las ciudades y en particular de los puertos.</p> <p>*Resuelto: que se otorgado un espacio en la Oficina de las Repúblicas para la Oficina Internacional Sanitaria.</p> <p>*Resuelto el funcionamiento administrativo y económico de la Oficina Internacional Sanitaria y las resoluciones adoptadas en la Segunda Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas, efectuada en México en 1901-1902 concernientes a la Policía Sanitaria Internacional.</p>



Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.</b>  <b>25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910.</b>  <b>Costa Rica.</b></p>	<p>*Recomendación para establecer medidas de protección contra la bilharziasis, hidrofobia, lepra, tífus, anquilostomiasis, etc...</p> <p>*Recomendación para sanear los puertos para evitar enfermedades como peste, cólera y fiebre amarilla.</p> <p>*Recomendación para la construcción de edificios y contenedores de basura a prueba de roedores.</p> <p>*Recomendación para adoptar las medidas higiénicas contra mosquitos usados en Cuba.</p> <p>*Recomendación para realizar estadísticas de la mortalidad y morbilidad en los puertos.</p> <p>*Recomendación para el cuidado sanitario en los puertos: alcantarillado, calles pavimentadas, agua potable, y educación higiénica en las escuelas.</p> <p>*Recomendación a los dueños de los barcos para tenerlos limpios para evitar la propagación de ratas, y la de aplicar fumigaciones de manera periódica.</p> <p>*Recomendación para no permitir el embarque de ninguna persona contagiada de enfermedades como: escarlatina, sarampión, difteria, o cualquier otra enfermedad transmisible.</p> <p>*Recomendaciones para permitir el embarque a los pasajeros y tripulación que se presume hayan sido expuestos al contagio de las enfermedades mencionadas anteriormente.</p> <p>Cólera: Cinco días de observación o vigilancia sanitaria y desinfección de los equipajes.</p> <p>Viruela en forma epidémica: vacunación u otra evidencia de inmunidad;</p> <p>Tifo en forma epidémica: Deben haber transcurrido doce días después de la última exposición y desinfección de los equipajes.</p> <p>Peste: Siete días de observación o vigilancia sanitaria y desinfección de los equipajes.</p> <p>Fiebre amarilla: Seis días de observación o vigilancia sanitaria o inmunidad; limpieza completa de todas las partes del buque y aislamiento de los enfermos que pudieran ocurrir a bordo.</p> <p>*Recomendación para que una circunscripción no se considere contaminada se necesita la comprobación oficial, a satisfacción de la parte interesada:</p> <p>a) de que no habido defunciones ni casos nuevos de peste o cólera de fiebre amarilla, y la aplicación de disposiciones sanitarias en cada caso.</p> <p>*Recomendación para estudiar los criterios para considerar a un sujeto inmune contra la fiebre amarilla.</p> <p>*Recomendación para impulsar la educación higiénica a nivel popular. (publicación de cartillas acerca de las distintas enfermedades como la malaria y la tuberculosis)</p> <p>*Recomendación para adoptar los modelos de documentos sanitarios.</p> <p>*Recomendación para que en las futuras conferencias sanitarias asistan delegados médicos higienistas o que hayan asistido a las anteriores reuniones sanitarias.</p> <p>*Recomendación a la Oficina de información de Montevideo, que dé cuenta a la Oficina Sanitaria de Washington de los informes recibidos después de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional.</p> <p>*Recomendación a los gobiernos para colaborar en el fortalecimiento de la enseñanza de la parasitología y anatomía patológica.</p> <p><b>*Se recomienda a los gobiernos de las Repúblicas Americanas que favorezcan en los puertos y ciudades importantes, la creación de laboratorios donde se hagan no sólo los diagnósticos necesarios para cumplir con lo propuesto por las Convenciones Sanitarias habidas, sino también, donde se puedan hacer investigaciones originales sobre enfermedades tropicales y las demás que las autoridades sanitarias juzguen conveniente.</b></p>

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p>Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. 5 al 11 de noviembre de 1911. Chile.</p>	<p>*Recomendación de que los delegados sean médicos higienistas o que haya ocurrido a alguna Conferencia Sanitaria anterior. También que al menos uno tenga un cargo sanitario importante en su país de origen.</p> <p>*Recomendación a los gobiernos integrados al sistema panamericano, que informen de su situación sanitaria a las oficinas de Montevideo o Washington.</p> <p><b>*Recomendación a los gobiernos para que organicen cursos para especialistas prácticos y completos en higiene y que establezcan para el futuro requisitos especiales de capacidad (diplomas de higienistas, concursos, etc.) para poder desempeñar los cargos de funcionarios sanitarios.</b></p> <p>*Se recomienda que las defunciones sean certificadas por médicos por lo menos en las ciudades y puertos, para tener una mayor veracidad en las estadísticas.</p> <p>*Recomendación para instalar laboratorios en las aduanas, para analizar los alimentos y bebidas de importación.</p> <p>*recomendación para reportar los enfermos de lepra y la instalación de colonias de leprosos.</p> <p>*Recomendación para investigar el escleroma.</p> <p>*Recomendación para reglamentar la prostitución en los puertos y ciudades y la hospitalización de los sujetos contagiados por enfermedades venéreas.</p> <p>*Recomendación para instalar en cada país una comisión permanente de la tuberculosis.</p> <p>*Se recomienda: a los países que se han adherido a la Convención Sanitaria de Washington que ajusten sus reglamentos de sanidad marítima y fronteriza a lo que preceptúa dicha Convención.</p> <p>*Se recomienda :que a los pasajeros se les de un boletín para informar a los pasajeros sobre la práctica sanitaria a que quedan sujetos.</p> <p>*Recomendaciones para el procedimiento de desinfección en los barcos, y el establecimiento de un sitio de aislamiento para los sujetos contagiados.</p> <p>*Se resuelve: que las Comisiones Sanitarias Internacionales informadoras de las Republicas Americanas, además de las obligaciones que les han sido impuestas por los acuerdos y convenios de las Conferencias anteriores, deben asesorar a los Gobiernos de sus respectivos países acerca de las obligaciones contraídas en las Conferencias Sanitarias Internacionales en que han sido representados, o procedentes de ratificaciones especiales.</p> <p>*Se recomienda que toda obra para el abastecimiento de aguas potables de las poblaciones y alcantarillado sea hecho por el Estado o municipalidades, para evitar que sea una actividad con afán de lucro y que los encargados sean higienistas e ingenieros.</p> <p>*Se recomienda que se de preferencia las obras sanitarias se realicen en ciudades o puertos donde existan enfermedades exóticas o afecciones infecto-contagiosas.</p> <p>*Se recomienda retomar la propuesta de la Tercera Conferencia Sanitaria de trabajar a favor de las leyes de vacunación y de revacunación obligatorias contra la viruela.</p> <p>*Se recomiendan medidas de vigilancia y preventivas respecto a las siguientes enfermedades cólera, meningitis-cerebro-espinal epidémica y la peste.</p>

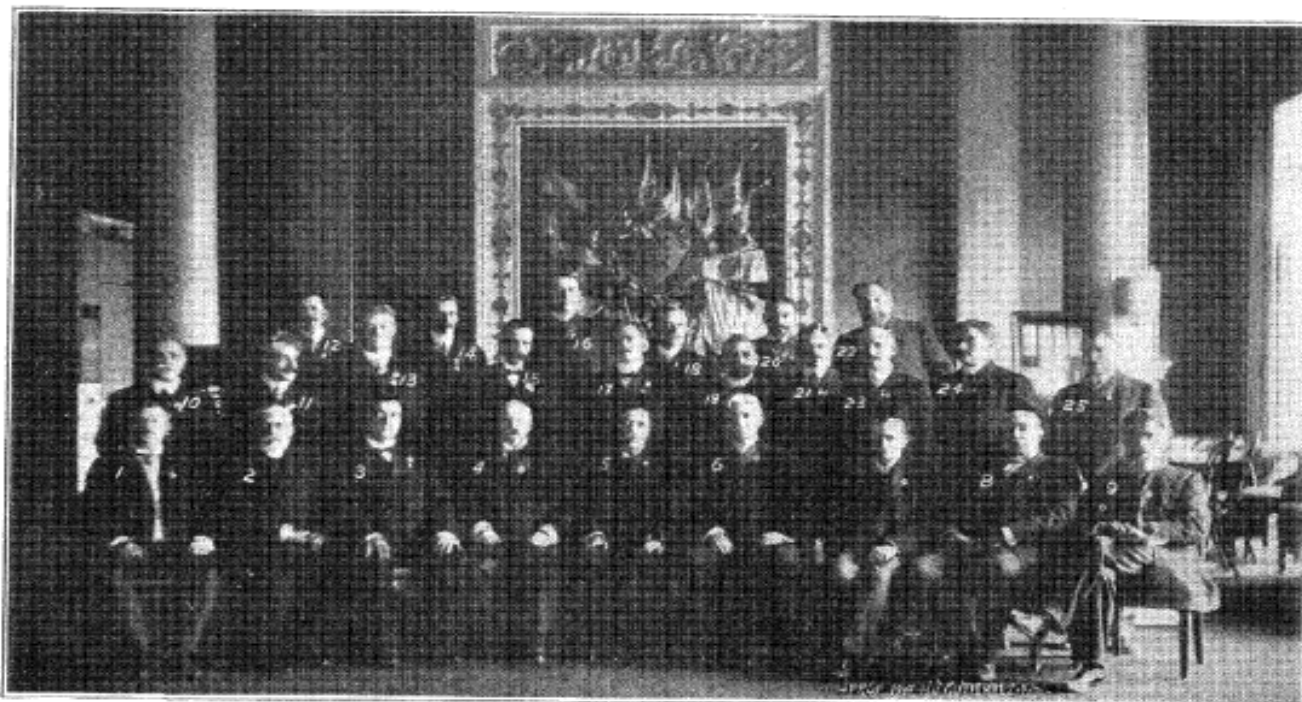
Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.</b>  <b>12 al 20 de diciembre de 1920.</b>  <b>Uruguay.</b></p>	<p>*Se recomienda el estudio y propaganda del mutualismo antituberculosos, como factor importante en la lucha antituberculosa.</p> <p>*Se recomienda a las regiones americanas situadas a grandes alturas realizar una estadística de la tuberculosis pulmonar, bronquitis, pulmonía y tosferina.</p> <p>*Se recomienda la profilaxis de la blenorragia y no sólo de la sífilis.</p> <p>*Se recomienda la exención de pago en los medicamentos utilizados en el tratamiento contra sífilis.</p> <p>*Se recomienda el establecimiento de dispensarios gratuitos para el tratamiento contra las enfermedades venéreas.(unificando la dirección de los servicios de profilaxis, asistencia y educación sanitaria popular)</p> <p>*Se recomienda a la Oficina Sanitaria Internacional de Washington, la centralización en ella, de todos los datos que puedan contribuir al mejor conocimiento de lo relacionado con la extensión, daños, modalidades clínicas y epidemiológicas y profilaxis de la malaria.</p> <p>*Se recomienda el estudio, la profilaxis, la prevención de la malaria.</p> <p>*Se recomienda la inclusión del tifus exantemático en el grupo de enfermedades anunciadas en el artículo 1 de la Conferencia Sanitaria de Washington de 1905.</p> <p>*Se recomienda la elaboración de un Código Sanitario con iniciativas relativas a la profilaxis internacional de las enfermedades transmisibles.</p> <p>*Se recomienda a los gobiernos la aplicación de medidas sobre la declaración obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas.</p> <p>*Se recomienda a los gobiernos, que presten la mayor atención a la organización de las oficinas encargadas de la estadística sanitaria y demografía.</p> <p>*Se recomienda medidas profilácticas, para la peste bubónica y para la fiebre tifoidea.</p> <p>*Se recomienda la intensificación de la lucha contra las ratas, las moscas, los mosquitos y demás animales que puedan ser vectores de gérmenes patógenos; y recomendar asimismo que los atacados de enfermedades transmisible, sean resguardados de los insectos que pican y succionan; de un modo particular en aquellos casos en que los gérmenes de la enfermedad se encuentran cierta o probablemente en la sangre.</p> <p>*Se recomienda exploraciones científicas en las regiones sospechosas de estar contagiadas de verminosis intestinal.</p> <p>*Se recomienda una próxima conferencia especial para estudiar la forma de unificar las medidas de defensa contra la invasión de la peste, del tifus exantemático y de la gripe.</p> <p>*Se recomienda a los gobiernos americanos que sean considerados miembros de oficio de la Comisión de Sanidad de sus respectivos países, los funcionarios principales de sus instituciones nacionales.(en los regimenes federales, los directores de salubridad de cada Estado, se consideran miembros de dicha comisión.) las comisiones de sanidad tendrán que informar mensualmente al Centro informativo de Washington o de Montevideo, según corresponda, de la evolución de las enfermedades contagiosas y del movimiento demográfico de las principales ciudades y puertos</p> <p>*Recomendar a los gobiernos americanos la necesidad de establecer un servicio completo de salubridad en los puertos con el objeto de evitar la alteración de las aguas por las excretas de origen humano.</p> <p>*Se recomienda a los Gobiernos anoten las patentes de sanidad, haciendo contar las enfermedades contagiosas reinantes en los puertos al tiempo de zarpar el navío.</p> <p>*Se recomienda establecer la carrera de médicos higienistas.</p> <p>*Se recomienda la publicación de un boletín internacional de las Repúblicas Americanas.</p> <p>*Se recomienda la reorganización de la Oficina Internacional de Washington.</p> <p>*Se recomienda a las autoridades americanas la ilustración popular en la vida cotidiana de los pobladores, y en los programas escolares de las nociones elementales de higiene y profilaxis de las enfermedades trasmisibles.</p> <p>*Se recomienda que las Conferencias Sanitarias sean cada dos años y que los delegados sean funcionarios de alto nivel de las instituciones sanitarias de cada país, y que tengan estudios en cuestiones sanitarias y médicas.</p>

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana.</b>  <b>5 al 15 de noviembre de 1924.</b>  <b>Cuba.</b>  <b>(Cambio de nombre en la V Conferencia Panamericana de 1923)</b></p>	<p>*Se resuelve aprobar el Código Sanitario Panamericano, que ha sido discutido y aprobado por la Comisión del Código Sanitario de esta Conferencia.</p> <p>*Resolución para felicitar a Cuba por la erradicación de la fiebre amarilla y la reducción del paludismo.</p> <p>*Se recomienda a los gobiernos americanos una campaña contra el alcoholismo, por medio de la legislación y otras medidas adecuadas de gobierno, de policía y de propaganda popular.</p> <p><b>*Se recomienda a los gobiernos la institución de Escuelas especiales de sanidad pública.</b></p> <p>*Se resuelve en que la siguiente conferencia, el tema principal sea el estudio de la peste bubónica.</p> <p>* Se resuelve instalar una campaña a favor de la infancia. (Eugenesia, homilcultura e higiene del medio).</p> <p>*Se recomienda la construcción de caminos y carreteras.</p> <p>*Se recomienda realizar una Ley modelo de Drogas y alimentos.</p> <p>*Se recomienda que se lleven obras de infraestructura para el aprovisionamiento de agua potable en las ciudades y zonas rurales.</p> <p>*Se recomienda intensificar el combate y la investigación contra diversas enfermedades: fiebre tifoidea, bilarciosis, tuberculosis, paludismo, lepra, parásitosis intestinales.</p> <p>*Resolución que los países productores de quinas, deben otorgar protección y estímulo a la industria de la quinina.</p> <p>*Resolución que acuerda aconsejar la supresión de las desinfecciones terminales en los domicilios después de la muerte o curación de los pacientes y que sólo se realice en los objetos que estuvieron en contacto con los enfermos.</p> <p>*Resolución para impedir la propaganda farmacológica comercial charlatanesca.</p> <p>*Se resuelve que la profilaxis venérea debe comprender los tres puntos siguientes: Primero. Extinción del contagio por la higiene, la terapéutica y la propaganda. Extinción del contagio por la higiene, la terapéutica y la propaganda educativa. Segundo. Abolición de la reglamentación y persecución de la prostitución.</p> <p>*Resolución que impulsa medidas para favorecer y estimular el desarrollo de las familias.</p>

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>Octava Conferencia Sanitaria Panamericana</b>  <b>12 al 20 de octubre de 1927.</b>  <b>Perú.</b></p>	<p>*Resolución para aceptar las patentes de sanidad.  *Resolución para instalar un servicio médico en los puertos, para atender las enfermedades infecto-contagiosas.  *Se recomienda la construcción de barcos y muelles a prueba de ratas.  *Se considera que la estadística de mortalidad es la base fundamental para el conocimiento del estado sanitario de los pueblos de América, para lo cual se recomienda que se adopte la nomenclatura de causas de muerte que rige en los Estados Unidos de Norteamérica.  *Se recomienda la institución de los inspectores sanitarios de navío.  *Se declara que las toxicomanías degeneran la raza y por ello se recomienda establecer medidas fiscalizadoras, represivas, terapéuticas y profilácticas en contra de ellas.  *Se recomienda a los gobiernos establecer un ministerio exclusivo a los asuntos médicos-sanitarios.  *Estudio y combate de la peste bubónica, parásitosis intestinales, enfermedades venéreas, tuberculosis,  *Se recomienda los exámenes prenupciales y la erradicación de la prostitución.  *Se declara que la salud y el bienestar de la clase trabajadora está íntimamente ligada a la salud pública y al engrandecimiento económico de un país.  *Se resuelve que las reuniones de la Junta Directiva se realicen en Washington al llamamiento del Director y en intervalos de un año o dieciocho meses según lo exijan las circunstancias.  *Se resuelve crear el puesto de Comisionado Viajero.  *Se recomienda la organización hospitalaria con criterio sanitario en América y a la Oficina Sanitaria Panamericana.  *Se recomienda la higienización y pasteurización de la leche:  *Se recomienda la formación de personal sanitario.  *Se recomienda impulsar la higiene y enseñanza escolar.  *Se establecen reformas al código sanitario.  *Se recomienda la ratificación de los acuerdos adoptados en la Convención Sanitaria Internacional de 1926, realizada en París.  *Se declara que los servicios demográficos del censo y de los registros de población o de estado civil deben ser hechos con criterio sanitario.  *<b>Reconocer los conocimientos indígenas en materia médica y sanitaria, ya que algunos pueden ser de gran utilidad.</b>  *Se resuelve que dentro de los tres meses de cada año se deben enviar las estadísticas sanitarias de cada país a la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington.</p>

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p>Novena Conferencia Sanitaria Panamericana 12 al 22 de noviembre de 1934. Argentina.</p>	<p><b>*La IX Conferencia Sanitaria Panamericana se permite recomendar a los gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad; lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación y de unidades de asistencia y prevención.</b></p> <p>*Se recomienda establecer los servicios de aviación sanitaria.</p> <p>*Se recomienda el tratamiento, prevención y estudio de las siguientes enfermedades: tifo-exantemáticas, lepra, peste, brucelosis, tuberculosis, venéreas,</p> <p>*Se recomienda un estudio de la organización de los servicios de sanidad de los países de América y la posible participación de organismos privados.</p> <p>*Reconocimiento a los institutos de investigación especializados en enfermedades tropicales como el "Carlos J. Finlay" de Cuba.</p> <p>*Reconocimiento a la labor de la Fundación Rockefeller en contra de la fiebre amarilla.</p> <p>*Se recomienda investigación sobre la repartición geográfica de las especies hematófagas.</p> <p><b>*Se recomienda a los Gobiernos, la creación de unidades sanitarias o centros de salud como el medio al parecer más eficaz de influir en el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de protección social de las poblaciones rurales.</b></p> <p><b>*Se recomienda a los países donde las serpientes venenosas constituyen un peligro, dictar leyes e investigación de protección que contemplen la provisión de sueros antiofídicos para los trabajadores del campo.</b></p> <p>*Se recomienda que en las zonas elevadas se funden centros de investigación para realizar estudios de los problemas fisiológicos y fisiopatológicos que se desarrollan en dichos lugares.</p> <p><b>*Se recomienda cuidados especiales a las madres y a los niños.</b></p> <p>*Se recomienda la unificación de las nomenclaturas de las farmacopeas americanas.</p> <p>*Se recomienda para combatir el alcoholismo, la labor educativa en las escuelas.</p> <p>*Recomendar a las Direcciones de Sanidad de los países americanos que organicen institutos o departamentos encargados de establecer la composición y el valor nutritivo de los alimentos propios de cada país.</p> <p>*Se recomienda difundir los conocimientos higiénicos en escuelas y fábricas.</p> <p>*Se resuelve elevar a nueve los miembros titulares de la Oficina Sanitaria Panamericana.</p>

Conferencia / Fecha	Resoluciones
<p><b>Décima Conferencia Sanitaria Panamericana</b>  <b>4 al 14 de septiembre de 1938.</b>  <b>Colombia.</b></p>	<p>Resoluciones.</p> <p><b>*Se recomienda que en los países que no exista carrera sanitaria se instituya.</b></p> <p>*Se recomienda el estudio de todo lo relativo con las patentes de sanidad.</p> <p>*Se recomienda la institución de enfermeras visitadoras en los servicios públicos de higiene.</p> <p>*Se recomienda que las farmacopeas nacionales adopten la farmacopea de los Estados Unidos de Norteamérica, edición española.</p> <p>*Se reconoce la labor del seguro social.</p> <p>*Se recomienda que se intensifiquen las labores en nutrición y alimentación.</p> <p>*Se recomienda el establecimiento de normas mínimas para garantizar agua potable a las poblaciones rurales y urbanas.</p> <p>*Se recomienda establecer la carrera de ingeniero sanitario.</p> <p>*Se recomienda la edificación de viviendas populares.</p> <p>*Se recomienda protección a la maternidad.</p> <p>*Se acepta como III Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura el último día de las sesiones de la Conferencia Sanitaria Panamericana.</p> <p>*Se recomienda vacunar a los pobladores que vivan en zonas palúdicas, para evitar la enfermedad.</p> <p>*Se recomienda el estudio de las enfermedades cardiovasculares, parasitarias, lepra, paludismo, peste, tifo exantemático, chagas, tuberculosis y venéreas</p>



LOS DELEGADOS A LA TERCERA CONVENCION SANITARIA INTERNACIONAL CELEBRADA EN MEXICO EN DICIEMBRE DE 1907

1 Dr. H. L. E. Johnson, Estados Unidos	7 Lic. José Algara, México	14 Ingeniero José Elguero, México	21 Dr. R. D. González, Salvador
2 Dr. Juan Gaiteras, Cuba	8 Dr. Ricardo Gutiérrez Lee, Colombia	15 Dr. Hugo Roberts, Cuba	22 Dr. Francisco J. Yáñez, Oficina Inter-
3 Dr. Ernesto Soza, Chile	9 Dr. G. Mendizábal, Nicaragua	16 Dr. P. J. Straub, Estados Unidos	nacional de las Repúblicas
4 Dr. Walter Wiseman, Estados Unidos	10 Dr. E. Fernández Espino, Uruguay	17 Dr. Pedro Lautaro Ferrer, Chile	Americanas
5 Dr. Eduardo Lúguga, México	11 Dr. G. Gonçalves Cruz, Brasil	18 Dr. J. Gatenwood, Estados Unidos	23 Dr. J. W. Estevez, Ecuador
6 Dr. Juan J. Ulloa, Costa Rica, Secretario Permanente	12 Dr. R. H. van Eerde, Estados Unidos	19 Dr. Salvador Ortega, Guatemala	24 Dr. Genaro Payán, Colombia
	13 Dr. Robert Goode, Estados Unidos	20 Dr. José Azardía, Guatemala	25 Dr. L. Lazo Arriaga, Honduras

**Los delegados a la Tercera Convención Sanitaria Internacional celebrada en México en diciembre de 1907.**

Fotografía integrada en *Las Actas de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 3, año 1907.



## Capítulo IV. Salud pública y presencia norteamericana a través de sus documentos e instituciones.

A finales del siglo XIX las acciones de fomento a la salud y la higiene pública entre los pobladores de América tuvieron, fundamentalmente el objetivo de acrecentar y facilitar el comercio norteamericano, pero, a partir de la Segunda Guerra Mundial, los estadounidenses sumaron otro propósito a este proceso, el de proteger su zona de influencia económica de una posible intervención extracontinental. Esta nueva perspectiva fue claramente difundida a través de diversas publicaciones de circulación continental y, al mismo tiempo y de manera práctica, los norteamericanos utilizaron a sus instituciones de gobierno y a sus organismos privados para implementar en todo el continente, programas médico-sanitarios basados en las experiencias propias de su país. El ejemplo más claro, en un contexto de emergencia como el de 1942, el Estado norteamericano instauró como parte de la defensa continental, la División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos.

Sus nuevas intenciones, seguidas de actividades las dieron a conocer a través de sus declaraciones a lo largo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas; en los artículos del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y en algunas revistas de circulación latinoamericana como el Boletín del Departamento de Salubridad Pública de México. A través de estos órganos de difusión los médicos y representantes norteamericanos presentaron una serie de trabajos con el fin de difundir y analizar las actividades llevadas a cabo en la salubridad pública estadounidense. Algunos expertos latinoamericanos también se refirieron a este asunto al realizar estudios comparativos de las labores higiénicas y médicas promovidas en sus respectivas naciones y reconocieron abiertamente el éxito del modelo sanitario norteamericano, con la intención de generar en sus países las mismas directrices de higiene.

El ejemplo de los Estados Unidos de Norteamérica señala nuestro derrotero. La gran república del Norte es la nación que mejor ha abocado y resuelto sus problemas médico sociales según lo prueban así sus índices de mortalidad y morbilidad como el tono de vitalidad y juventud de su raza, apta y pronta para las más audaces empresas [...]el afán de record man tiene a mi parecer, este alto sentido biológico y eugénico. Y esto nos revela que todo el grandioso y admirable edificio del desarrollo norteamericano reposa sobre las bases de un nuevo y positivo concepto de la sanidad.<sup>1</sup>

Autores como el doctor argentino, Gregorio Aráoz Alfaro, no sólo admitió su admiración al paradigma médico-sanitario estadounidense sino también a su sistema de gobierno, el cual persuadió a que los demás países de América lo imitaran.

---

<sup>1</sup> Lorente, Sebastián. "Participación del doctor Sebastián Lorente" en la *Octava Conferencia Sanitaria Panamericana* en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 8, año 1927, p. 78.

Maestro de las demás naciones de América es, en este magno asunto de organización social, ese gran pueblo del Norte, como maestro fue, desde el comienzo de nuestra vida independiente, en la organización política, enseñándonos, con su admirable ejemplo, la excelencia de las instituciones republicanas, de la democracia y de la libertad, que constituyen el tesoro más preciado y el mayor timbre de honor de nuestro Continente. ¡Que el Todopoderoso nos guarde para siempre, cada día más gloriosa y más sabia, esa gran Nación que es nuestro guía y nuestro orgullo!<sup>2</sup>

Algunos interesados en Clío y en el progreso de la salubridad norteamericana que escribieron fueron esencialmente médicos e ingenieros sanitarios, ellos fueron: Hugh. S. Cumming, Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica y Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Thomas Parrán, Director General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, Bolívar J. Lloyd, del Servicio de Salubridad Pública de los E.E.U.U y Auxiliar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, George Martín Kober, profesor de Higiene en la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown, Washington, D. C., Harold B. Gottas, presidente del Instituto de Asuntos Interamericanos, Carlos Maldonado Boggiano, Director Médico de la Caja del Seguro Obligatorio de Santiago de Chile, Gregorio Aráoz Alfaro, Presidente del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, entre los más destacados.

Pero ¿Cuál era el modelo sanitario norteamericano que se quería instalar en América Latina durante la Segunda Guerra Mundial? y ¿Qué popularizaban los ensayistas del Boletín Sanitario Panamericano y paralelamente divulgaban los delegados norteamericanos y latinoamericanos en los foros panamericanos?, ¿El sistema médico-sanitario podría ser asimilado por los países latinoamericanos? Para dar respuesta a estas interrogantes procederemos, en el presente apartado, a un breve repaso de la historia de la salubridad pública en los Estados Unidos de Norteamérica, además de hacer un análisis de las acciones prácticas de sus instituciones tales como el Instituto de Asuntos Interamericanos.

#### **4.1. El inicio de la salubridad pública en los Estados Unidos de Norteamérica.**

En 1923, George Martín Kober, expuso que en los primeros tiempos de la colonización de Norteamérica, los pobladores tuvieron conocimientos mínimos de higiene, que ejercieron de manera individual y que fueron heredados básicamente de la cultura inglesa. “Nuestras nociones de libertad personal, garantizadas por la Constitución impidieron evidentemente que desde el principio se dictaran leyes sobre higiene pública, y esto por temor de que semejantes leyes pudieran afectar los hábitos personales del cuidado y coartar su libertad de acción.”<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Aráoz Alfaro, Gregorio. “La causa de la infancia en la América” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.7, julio de 1942, p.637.

<sup>3</sup> Kober, Martín. “Progresos obtenidos en la conservación de la salubridad durante los últimos cincuenta años, breve historia de la higiene y de la sanidad” en el *Boletín Panamericano de Sanidad de la Oficina Sanitaria Internacional*, Washington, año. 2, núm.6, junio de 1923, pp.169-185.

Este autor cita al doctor Samuel W. Abbot para destacar que la primera acción realizada por la comunidad norteamericana relacionada con la higiene pública, fue la de hacer registros familiares a través de una ley dictada en 1639, “se llevará un registro en el cual se anotará el día de todos los matrimonios, nacimientos y defunciones de las personas de esta jurisdicción.”<sup>4</sup> Los registros familiares fueron una especie de estadística demográfica que sirvió para conocer información importante para el cuidado de la salubridad colectiva, ya que al conocer las causas por las que moría la gente, las autoridades locales acogieron medidas higiénicas tendientes a evitar futuros contagios, pero, desafortunadamente, ante la carencia de una legislación sanitaria uniforme y un gobierno central, no se logró ordenar el acatamiento de dichas instrucciones. “La Constitución no dio al gobierno Federal facultades en cuanto a sanidad, las cuales se legaron a los estados; pero el Congreso podía legislar en lo relativo al bienestar público y estaba autorizado para reglamentar el comercio interior.”<sup>5</sup>

Kober afirmaba que hasta fines del siglo XVIII y durante algunos momentos del XIX, los norteamericanos se sometieron a algunas normas de higiene, pero sólo las relativas a la vacunación contra la viruela, esta situación inusual se debió al estado de emergencia en el que se encontró esta sociedad respecto a esa enfermedad. Mientras Bolívar J. Lloyd detalló que fue desde el siglo XVII cuando las autoridades de Massachusetts y años después las de Nueva York, impusieron las primeras medidas sanitarias locales, para evitar la fiebre amarilla introducida a través de sus costas.

La obra realizada por Nueva York y Massachussets en legislación de cuarentena y en nombramientos de funcionarios de sanidad, podemos tomarla como ejemplo de la manera como principiaron los otros estados la legislación y la administración sanitarias. Con estos principios nada tuvo que ver el gobierno federal; y en más de setenta y cinco años de tener los Estados Unidos de Norteamérica un gobierno propio, no hubo algo que se pareciera a un servicio de salubridad pública, siendo muy pocas, en verdad, las funciones sanitarias ejercidas por el gobierno Federal, aun en lo relativo a cuarentenas.<sup>6</sup>

A principios del siglo XIX, en el territorio norteamericano hubo, entre otras, un azote de epidemias de cólera y disentería, por la falta de infraestructura hidráulica en casi todo el país. A causa de estos acontecimientos y, de acuerdo con Kober, la misma población exigió a sus autoridades iniciativas sanitarias y la instauración de Juntas de Sanidad, ya sea por estado o por localidad, que vigilaran y aliviaran los brotes de enfermedades infecciosas, olvidándose un poco de su libertad individual al permitir que las nuevas instituciones intervinieran en su vida cotidiana al imponerles ciertas restricciones de libre tránsito o la vacunación obligatoria.

---

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> J. Lloyd, Bolívar. “Actividades Sanitarias en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 6, núm.6, julio de 1927, p.443.

<sup>6</sup> *Ibid.*

Kober refirió que la primera Junta de Sanidad Estatal fue la de Nueva Orleans instalada en 1855. Contrariamente a esta idea, Lloyd aseveró que la que reunía todos los requisitos de una Junta de Sanidad Estatal fue la de Massachusetts, instaurada hasta 1869. Este autor también pormenorizó que antes del establecimiento de las Juntas Sanitarias Estatales, se instituyeron las Juntas Sanitarias Locales; sin embargo, con la centralización del poder este proceso fue diverso, ya que en algunos casos las juntas de sanidad estatales y locales se consolidaron simultáneamente y en otros, primero se creó la Junta de Sanidad Estatal y luego las locales.

[ Las Juntas de Sanidad] dictaron medidas relativas a la extirpación y restricción de las enfermedades infecciosas; a la desaparición de las inmundicias; a la inspección sanitaria de los alimentos, de las escuelas, de los edificios públicos, de las instituciones y de las viviendas; a la limpieza de las calles y recolección de la basura; a las estadísticas demográficas, a la vigilancia de las inhumaciones y de los servicios de agua del municipio, de las alcantarillas y de su funcionamiento de las industrias perjudiciales, etc.<sup>7</sup>

En 1872, fue constituida la primera asociación norteamericana interesada en la salubridad e higiene, la Asociación Americana de Sanidad Pública. Después de ella surgieron diferentes agrupaciones que se especializaron en tareas específicas como la atención a la medicina pública, a la investigación de enfermedades específicas, al estudio sobre el clima y el cuidado del niño y de la madre, entre otras. Las asociaciones realizaban reuniones periódicas para intercambiar conocimientos respecto a tratamientos médicos, medidas sanitarias e información estadística, algunos de sus miembros pertenecieron a instituciones gubernamentales, por esta razón las resoluciones a las que llegaban en cada reunión tuvieron gran influencia en las decisiones sanitarias oficiales.

Seis años después del establecimiento de la Asociación Americana de Sanidad Pública, se instauró la Junta Nacional de Sanidad, que fue la encargada de organizar las labores de salubridad e higiene con un carácter nacional; sin embargo, esta institución duró poco tiempo por falta de recursos, y en su lugar quedó en el año de 1883 el Servicio de Hospitales Navales de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, que estaba establecido por “Acta de Congreso del 16 de julio de 1796.”<sup>8</sup>

El Acta de Congreso del 16 de julio de 1796, instauraba la atención médica a los marineros y la construcción de hospitales navales. El primer hospital marítimo fue construido en el estado de Virginia. El personal médico de los hospitales marítimos tuvo un papel importante en la historia de la salubridad norteamericana, porque fueron ellos los primeros que

---

<sup>7</sup> Kober, Martín, *op., cit.*, pp.169-185.

<sup>8</sup> S.Cumming, Hugh. “El servicio de sanidad pública de los Estados Unidos, su organización y funciones” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 7, núm.12, diciembre de 1928, p.1443.

identificaban la introducción de enfermedades infecciosas al territorio como la peste, el cólera, la fiebre amarilla y la viruela. Por lo tanto fueron los encargados de establecer las medidas preventivas necesarias como la cuarentena<sup>9</sup>, para evitar contagios entre la población nativa, además de auxiliar a las autoridades locales en la atención de pacientes civiles. El Servicio de Hospitales Navales de Sanidad Pública fue requerido en diferentes ocasiones para auxiliar a los heridos de la Guerra Civil o a los veteranos de la Primera Guerra Mundial.

El Servicio de Hospitales Navales de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, tuvo la envergadura de las funciones de la Junta Nacional de Sanidad, esta institución se sostuvo a través del cobro de una recaudación aduanal mensual de 20 centavos impuesta a los marinos que se ocupaban en buques de carácter comercial. Fueron Hugh Cumming y Bolívar J. Lloyd quienes mostraron que ese era el origen por el cual los servicios de sanidad pública estaban adscritos al Departamento del Tesoro. El establecimiento de estos hospitales no correspondió a una mayor coordinación regional, ya que cada uno de ellos trabajaba de manera independiente.

De acuerdo con Cumming, el Servicio de Hospitales Navales de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica cambió su nombre en 1902 a “Servicio de Sanidad Pública y de Hospitales Marítimos”, y fue hasta 1912 cuando obtuvo su título definitivo de “Oficina del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos.”

Las funciones del Servicio de Salud Pública pueden resumirse en esta forma:

- 1) Protección de los Estados Unidos de Norteamérica contra la introducción de enfermedades procedentes del extranjero.
- 2) Prevención de la propagación de enfermedades entre los Estados y supresión de epidemias.
- 3) Cooperación con las autoridades sanitarias de los Estados y localidades, así como con otros organismos federales en asuntos relativos a la salud pública.
- 4) Investigación de las afecciones humanas.
- 5) Vigilancia de los productos biológicos.
- 6) Educación sanitaria y diseminación de información higiénica.
- 7) Examen médico de los extranjeros que llegan o van de camino a los Estados Unidos.
- 8) Asistencia médica a los marineros americanos y otros beneficiarios designados por las leyes.<sup>10</sup>

Para la década de los años 20 del siglo XIX, el Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública era la más alta autoridad de la institución. Tuvo como deber coordinar los trabajos de las siete divisiones del organismo: “La División de Hospitales y Socorros Marítimos, La División de Cuarentenas Domésticas, la División de Cuarentena Extranjera e Insular e Inmigración, la

<sup>9</sup> De acuerdo a S. Cumming, el Congreso amplió las funciones del Servicio de Hospitales Marítimos, convirtiéndolo en un verdadero servicio federal de sanidad, y dándole la facultad de imponer cuarentenas en 1878 y 1890, pero con ciertas limitaciones y fue hasta 1893 que se le concedió la autoridad suficiente para imponer cuarentenas en cualquier tipo de enfermedad.

<sup>10</sup> S.Cumming, Hugh, *op. cit.*, p.1444.

División de Personal y Contabilidad, la División de Informes y Estadísticas Sanitarias, la División de Investigación Científica, y la División de Afecciones Venéreas.”<sup>11</sup>

Es importante mencionar que en cada División del Servicio de Sanidad Pública se ejerció una constante colaboración con organizaciones públicas y privadas entre las que cabe destacar a las universidades públicas, fundaciones y empresas dedicadas a la extracción de materias primas, y empresas manufactureras e industriales. Esta circunstancia constata la excelente labor de convencimiento de las autoridades sanitarias, no sólo a las instituciones educativas y organizaciones altruistas, sino también a los grupos de poder del país respecto a la relación intrínseca entre la salud de los pueblos y la prosperidad económica.

Aparte de las funciones tradicionales del Servicio de Sanidad Pública, a finales de la década de los 20<sup>os</sup> se le añadieron otras labores como las de impedir la entrada de enfermedades al territorio norteamericano y evitar la inmigración de enfermos o inválidos de acuerdo a la teoría eugenésica en boga durante ese tiempo. También tuvo un mayor apoyo económico para la investigación científica, cuyo objetivo central fue la elaboración de medicamentos, asimismo le correspondió proporcionar información de las defunciones por enfermedades transmisibles, tanto del interior del país, como de los Estados extranjeros, del mismo modo dirigió la realización de exámenes físicos a los solicitantes de trabajo y de pensiones, de igual forma difundió instrucciones sobre educación higiénica a la población civil y en específico a las poblaciones de las zonas rurales marginadas.

Es importante mencionar que la asistencia médica rural no era subsidiada por el Estado, ya que los pobladores del campo pagaban previamente la colaboración médico-sanitaria, y dependiendo de la cantidad era la calidad de servicios ofrecidos por el Programa de la Administración del Seguro Rural.

Las familias rurales participan en el programa mediante el pago adelantado de cuotas anuales, que varían de \$15 a \$ 35 por familia, de acuerdo con los servicios ofrecidos, los ingresos medios de la familia, y el tamaño de ésta. Los servicios por lo común comprenden: cuidado médico, obstétrico, y quirúrgico de urgencia, hospitalización limitada, y las drogas corrientes, y en ocasiones servicio dental limitado.<sup>12</sup>

El Servicio de Sanidad Pública incorporó otras dos tareas sustanciales, la “inspección, reglamentación y gobierno de la importación y de la venta en el comercio entre los estados de productos biológicos,”<sup>13</sup> la otra labor consistió en ser la representación oficial del Gobierno norteamericano ante las instancias internacionales especializadas en salubridad pública. A

---

<sup>11</sup> *Ibid.*, p.1445.

<sup>12</sup> “Consultas, asistencia médica rural en Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 12, diciembre de 1942, p.1268.

<sup>13</sup> J. Lloyd, Bolívar, *op. cit.*, p.454.

pesar del sentimiento aislacionista y una posición ambigua respecto al ideal panamericano, que tuvieron las autoridades norteamericanas durante la segunda década del siglo XX, los representantes del Servicio de Sanidad Pública asistieron a congresos y reuniones internacionales, en las cuales suscribieron acuerdos fundamentales para la organización sanitaria internacional, un ejemplo de esto fue su participación en la Convención Sanitaria Internacional de París y en la elaboración del Código Sanitario Panamericano.

Los representantes del Servicio de Sanidad Pública promovieron diferentes reformas sanitarias a nivel internacional, ejemplo de esto fue la abolición de la reglamentación de la prostitución, el certificado-prenupcial y, la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas como recursos para evitar cualquier tipo de degeneraciones de raza causadas por las enfermedades venéreas. La implementación de estas medidas a nivel continental no fue de ninguna manera inmediata, ya que algunos países como México que asumían una tradición respecto a la reglamentación de la prostitución, resistieron a la propuesta de proscribir cualquier tipo de regulación de este antiguo oficio.

[doctor Francisco Campuzano, director de Sanidad], Todo el que haya estudiado aunque no sea más que ligeramente la historia de la inquietud sexual, se habrá dado cuenta de que tanto Inglaterra como los Estados Unidos son las únicas naciones en que se ha abolido la tal reglamentación y todos somos testigos de la falta que les hace, sobre todo a éstos.<sup>14</sup>

Paradójicamente, los Estados Unidos de Norteamérica no tenían en 1927 un código sanitario nacional, sólo se contaba con una serie de leyes sueltas que estaban consideradas de manera local o estatal, y con algunas consideraciones de este tipo en la constitución federal, además que no en todos los estados las autoridades sanitarias realizaban estadísticas de mortalidad, morbilidad y nacimientos.

La Oficina del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, tuvo una relación estrecha con los diferentes departamentos del Gobierno Federal, ya que sus disposiciones sanitarias afectaban de alguna manera los proyectos de trabajo de cada Departamento. Conjuntamente el personal de esta oficina nacional, no sólo laboraban en el interior del país, sino que tenía inspectores en casi todo el mundo que estaban encargados de vigilar y reportar las condiciones de higiene de los barcos y su tripulación que se dirigía a los Estados Unidos de Norteamérica.

---

<sup>14</sup> Campuzano, Francisco. "Defensa del reglamento de la Prostitución" en *Salubridad, órgano del Departamento de Salubridad Pública*, México. Vol. II, núms., 1, 2, 3, 4, enero a diciembre de 1931, p.151.

Para entender como se planeaban las actividades sanitarias y se adjudicaban las responsabilidades presupuestarias y ejecutorias, el doctor Bolívar J. Lloyd refirió de manera concreta la estructura de la administración pública de los Estados Unidos, subrayando que cada gobierno era soberano en su circunscripción, pero había cierta interdependencia que formaría “la unidad nacional más perfecta.”<sup>15</sup>

“1) el Gobierno Federal que tiene a su cargo la representación ante las demás naciones; 2) el Gobierno del Estado, a quien corresponde la administración de cada una de las divisiones políticas de los E.E.U.U. que se llaman estados (o territorios); y el Gobierno Local, que administra las divisiones menores tales como los distritos counties, los municipios y las ciudades.”<sup>16</sup>

Como replica de esta organización federal, cada estado contaba con un órgano responsable de las labores sanitarias; sin embargo, éstos guardaban una colaboración directa con el Servicio de Sanidad Pública; pero aun así, era tal la independencia de estas juntas sanitarias locales y estatales que todas ellas tuvieron nombres diferentes, aunque los quehaceres fueran similares: “A menudo se le llama “Junta de Sanidad de Estado o Territorial; sin embargo, en cinco estados se denomina Departamento de Sanidad del Estado, en otros dos, Juntas de Sanidad y Estadística Demográfica del Estado, en tanto que en otro se denomina Junta de Sanidad y de Inspectores médicos,”<sup>17</sup>. Un dato importante que cabe mencionar es que su organización y reglamentos internos, eran respetados por el gobierno central. Esta circunstancia evidencia que no hubo imposiciones de ningún tipo, las tareas de salubridad pública se ejercieron en ese país con libertad, pero sin caer en la anarquía, ya que las decisiones fundamentales se consultaban entre las autoridades locales, estatales y federales.

De acuerdo al doctor Parrán, con la aprobación de la Ley del Seguro Social en 1935, se autorizaba al Servicio de Sanidad Pública a otorgar fondos a los Estados y condados, a cambio de que éstos presentarán proyectos de salud que fueran aprobados por esta instancia y la Conferencia de Funcionarios de Sanidad de los Estados y Territorios. “El Servicio de Sanidad pública quedó capacitado para intervenir más directamente que nunca en toda su historia en el mejoramiento de los servicios de higiene de los 48 Estados y los territorios.”<sup>18</sup>

<sup>15</sup> J. Lloyd, Bolívar, *op. cit.*, p.441.

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> J. Lloyd, Bolívar. “La administración Sanitaria por parte de las autoridades de los Estados tal como se práctica en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 6, no.11, noviembre de 1927, p.758.

<sup>18</sup> Parran, Thomas. “La sanidad pública en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 20, núm.12, diciembre de 1941, p.1236.



Uno de los planteamientos más importantes para consolidar todas estas tareas, fue la propuesta de unir las labores sanitarias con las tareas de beneficencia, que en 1939 fue ya un hecho. “El Servicio de Sanidad Pública, la Administración de Alimentos y Drogas, el Consejo del Seguro Social y la Oficina de Educación de Estados Unidos, han sido reunidos en una sola administración; la Agencia Federal de Seguridad, en 1939.”<sup>19</sup>

Es importante enfatizar que en la década de los 30', el gobierno federal norteamericano así como las administraciones estatales y locales participaban en las tareas médico-sanitarias de manera primordial en la atención preventiva, porque no tenían una infraestructura y los recursos necesarios para promover entre su población la medicina curativa. También es significativo destacar que la medicina curativa era ejercida tradicionalmente por los particulares.

...pues de los 6,189 hospitales existentes en 1936, sólo 1,724 eran gubernamentales: 323 federales, 524 estatales, 877 municipales [...] mientras que de los 8,646.885 enfermos tratados, apenas 28 % fueron tratados en instituciones gubernamentales, siendo el resto atendido en establecimientos que llamaremos particulares.<sup>20</sup>

Con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial en 1939, y aun cuando los Estados Unidos de Norteamérica no se habían incorporado de inmediato a la guerra, el Estado norteamericano, ordenó que las actividades económicas, políticas y sociales, estuviesen dedicadas a preparar un escenario de guerra dentro del territorio. Por esta situación, las autoridades sanitarias de ese país se encontraban ante un dilema que tuvieron que resolver; el doctor Thomas Parrán, Director General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, sintetizó esta situación en una pregunta: “¿Podrán los servicios federales, estatales y locales de sanidad afrontar con éxito el cambio de la paz a la guerra?”<sup>21</sup>

Según este directivo, se requirió la cooperación de la Asociación Médica Americana para resolver este nuevo dilema sobre la salubridad pública norteamericana; ambas instancias realizaron un diagnóstico general de la situación de los servicios de salud y llegaron a la conclusión de que el Servicio de Sanidad Pública en 1940 estaba consolidado como un órgano central de las actividades de higiene y salubridad en los Estados Unidos de Norteamérica, ya que, por un lado, existía una mejor coordinación con las juntas de sanidad estatales y locales en lo que respecta al intercambio de información y a la realización de acciones conjuntas, y por

<sup>19</sup> *Ibid.*, p.1240.

<sup>20</sup> “Consultas, asistencia hospitalaria y médico social en Estados Unidos.” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 17, núm.9, septiembre de 1938, p.835.

<sup>21</sup> Parran, Thomas. “La sanidad en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.8, agosto de 1942, p.748.

otra parte había logrado el reconocimiento internacional, por lo tanto, ratificaron que el Servicio de Sanidad Pública de ese país estaba preparado para éste estado de emergencia, y que la obligación inmediata de esta institución sería que todas sus actividades se subordinaran a las necesidades de las autoridades militares y civiles encargadas de la defensa del país.

Todas las ramas del servicio han sentido el ímpetu de la emergencia. La investigación se ha desviado a problemas de medicina militar: la higiene industrial, la fisiología de la aviación, las enfermedades tropicales, la quimioterapia y el tifo constituyen arduos problemas de importancia en la defensa nacional.<sup>22</sup>

Para participar en este nuevo programa de salubridad con carácter de emergencia, el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica tuvo que enfrentar varios problemas, el primero concernió a la falta de recursos humanos especializado en el área médico-sanitaria, aunado a esto, estaba la escasez de materia prima para la fabricación de medicinas. Parrán como responsable del Servicio de Sanidad Pública, se comprometió a resolver esta situación, pero al mismo tiempo adquirió el compromiso de no abandonar las labores médico-sanitarias habituales.

Hay que aclarar un punto desde el principio. El cuerpo médico del Ejército y la Marina tienen la responsabilidad del cuidado médico de todo el personal de las fuerzas armadas. El Servicio de Salubridad Pública, trabajando hermanado con las autoridades de los Estados, tiene la responsabilidad de las condiciones de salud de la población no combatiente (más de 120 millones) al igual que el de las fuerzas armadas. Además, es necesaria la colaboración del médico práctico para tratar de mejorar las condiciones de salud y de fuerza de la población.<sup>23</sup>

Parrán, recalcó que los resultados positivos de la organización sanitaria de los Estados Unidos de Norteamérica, se constataban a través de los índices de mortalidad y morbilidad, además de que se había logrado el control y erradicación de varias enfermedades epidémicas, aunque aceptaba que tenían ciertos brotes importantes de enfermedades como el tifo o la sífilis, y la aparición de padecimientos relacionados con las actividades industriales, tales como la queratoconjuntivitis, “y se registró un brote de una infección ocular entre obreros de las industrias de guerra de la costa del Pacífico y que se extendió luego a Nueva York, Connecticut, Wisconsin, Michigan y el Meso-Oeste.”<sup>24</sup>

Para 1943 los fondos dados al Servicio de Sanidad Pública “ascendieron a \$49,925,035, en los que están comprendidos \$9,702,200 destinados a las medidas de emergencia de la Defensa Nacional.”<sup>25</sup> Para 1945 el presupuesto del Servicio de Sanidad Pública aumentó

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Parran, Thomas. “Problemas del Servicio de Salubridad Pública en Tiempos de Guerra” en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, México, Vol.V, No.2. junio-1942, p.151.

<sup>24</sup> Parran, Thomas. “La sanidad en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm. 7, julio de 1944, p.577.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p.580.

significativamente a 74 millones de dólares<sup>26</sup>, además de que otros organismos de gobierno dedicados a cuestiones de salud pública y asistencia social recibieron fuertes cantidades de dinero, asimismo, también contaban con la participación económica de los gobiernos estatales y locales, además de las aportaciones de fundaciones altruistas y de corporaciones privadas.

A pesar del optimismo asumido por Thomas Parrán y la Asociación Americana de Salud Pública en la década de los 40's que consideraban que la infraestructura sanitaria norteamericana estaba preparada para enfrentar las nuevas circunstancias de la guerra, cuatro años después en un informe de la propia Asociación, los miembros admitieron que concurrían seis problemas respecto a la salubridad pública del país que no se habían resuelto. El primero era que una cantidad considerable de los habitantes carecía de asistencia médica por la falta de recursos económicos para sufragarlos, el segundo consistió en que la infraestructura hospitalaria estaba anacrónica y este problema se agravaba en las regiones rurales y las áreas urbanas marginadas; el tercero era referente a la pésima distribución del personal médico, asimismo persistía la escasez de recursos humanos, el cuarto fue la falta de personal especializado en la administración sanitaria, el quinto hacía énfasis en que había localidades que todavía no tenían establecidas juntas de sanidad, y por último se necesitaba la ampliación del presupuesto en el rubro de la investigación científica. Por esta situación la Asociación planteó la urgencia de un plan nacional de salud pública.<sup>27</sup>

El doctor Selwyn D. Collins,<sup>28</sup> agregó a este listado otra deficiencia de los servicios de salubridad, la falta de una oficina central de estadística. En resumen, el poder local o estatal se impuso al federal en perjuicio de la salud pública de los norteamericanos, para sustentar esta afirmación citaremos que los autores del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, refirieron a pocas instituciones que fueron fundadas por el Estado norteamericano con el propósito de tener incidencia nacional: el Instituto Nacional de Sanidad, el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Higiene, La Oficina del Censo, La Comisión del Tifo, La Administración de Alimentos y Drogas y la Oficina del Niño.

Para Parrán, una de sus mayores preocupaciones era que al regreso de las tropas americanas o de la llegada de los inmigrantes, vinieran contagiados de males tropicales y en consecuencia desencadenaran una pandemia en el territorio norteamericano. Para evitar esta circunstancia se debía tener en cantidad y calidad el personal médico-sanitario necesario que

---

<sup>26</sup> "Presupuestos de sanidad y asistencia en Estados Unidos" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 10, octubre de 1945, p.936.

<sup>27</sup> "La Asistencia Médica en un Plan Nacional de Salud Pública" en *el Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, México, mayo de 1945, p.417.

<sup>28</sup> D. Collins, Selwyn. "La organización de los servicios de estadística vital y sanitaria en el gobierno federal de los Estados Unidos" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 5, mayo de 1945, pp.423-428.

previera tal situación, por ello expresó que en las universidades y centros de investigación aumentarían las horas de preparación en medicina preventiva y salud pública, al mismo tiempo que se establecieran más especialidades en estos rubros, y por último que se fomentara la investigación acerca de las enfermedades tropicales.

Los médicos especialistas en higiene pública, de acuerdo a Parrán debían ser contratados de tiempo completo, además de recibir por sus servicios, honorarios decorosos, aunque éstos tuvieran que cubrirse con aportaciones tanto de las autoridades federales como de las locales.

El trípode sobre el cual descansa la armazón sanitaria de toda nación, está formado por: (1) un grupo de empleados bien preparados, 2) el nombramiento, ascenso y retención de ese personal partiendo de un sistema basado en el mérito; 3) el apoyo financiero adecuado que refleje la comprensión de los problemas sanitarios por parte del público.<sup>29</sup>

La necesidad de establecer cátedras de medicina preventiva y escuelas especializadas en salud pública en los Estados Unidos de Norteamérica, no era un planteamiento nuevo, ya que desde inicios del siglo XX existió la inquietud por promover el conocimiento higiénico en las universidades e institutos de investigación, las primeras escuelas de higiene fueron la Johns Hopkins en 1918, la de Harvard en 1921 y la canadiense de Toronto en 1924 todas establecidas por la Fundación Rockefeller. Es importante enfatizar que Alemania era el modelo a seguir en la enseñanza e investigación médica-sanitaria.

Para resolver todos estos problemas de índole higiénica y médica, se retomó la propuesta de la Asociación Americana de elaborar un plan de salud pública; sin embargo el Consejo Directivo de la Asociación Americana de Salud Pública, de manera precipitada y sin tomar en cuenta ni a sus propios miembros, elaboró un plan de sanidad nacional que fue puesto en tela de juicio por diferentes eminencias del entorno médico norteamericano, tales como el doctor W. G. Smillie, quien afirmaba que este plan tenía muchas carencias, por la falta de un estudio formal de la infraestructura médica-sanitaria norteamericana además de que el Consejo pretendió imponer un sistema sanitario a nivel central sin considerar la “autonomía local”, base de la organización política interna norteamericana.

---

<sup>29</sup> Parran, Thomas. “Las escuelas de higiene y la salud nacional” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm. 4, abril de 1944, p.324.

El plan crea un enorme organismo administrativo federal central que impone a todo el pueblo estadounidense un plan obligatorio de tributación para la asistencia médica general, que comprenderá todos los elementos de salud pública, medicina preventiva, epidemiología, higiene industrial, protección a la infancia, a la vez que asistencia hospitalaria, servicio médico, enfermería, asilos de convalecientes, rehabilitación, asistencia los enfermos crónicos, asistencia de las enfermedades infectocontagiosas, psicopatías en todas sus fases y mil detalles más relacionados con la asistencia médica y con la sanidad y la asistencia pública.<sup>30</sup>

Al parecer este proyecto de plan de salud pública fue modificado, ya que, a principios de la década de los 50', los trabajos de salud pública siguieron siendo responsabilidad local "En general, la protección de la salud de la colectividad es una responsabilidad pública que se ejerce a través de los organismos oficiales de los gobiernos locales,"<sup>31</sup> porque el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica se encargaba de otras tareas de incidencia federal, como el control interestatal de los peligros sanitarios y de las enfermedades transmisibles provenientes del extranjero, también subsidiaba labores de investigación médica y sanitaria, además de supervisar el correcto funcionamiento de los servicios estatales y locales de salud pública. Todas estas labores se ejecutaban respetando el esquema federal sanitario, ya que cada entidad local y estatal tuvo cierta autonomía para legislar en materia de salubridad. Es importante destacar que esta situación en ocasiones presentaba cierta rispidez en las negociaciones entre los gobiernos locales y la autoridad federal.

Existen dos ejemplos concretos para ilustrar los enfrentamientos entre las autoridades locales y federales, el primero se refiere a la dificultad para implementar campañas nacionales contra ciertas enfermedades epidémicas, porque los mandos médicos-sanitarios locales no quisieron someterse a las disposiciones del gobierno federal, basta recordar que no había ninguna ley que los obligara aceptar la intermediación federal. El segundo es acerca de la oposición de algunas autoridades estatales para contratar a médicos foráneos en sus unidades sanitarias o para participar en las campañas en contra de enfermedades epidémicas, contradiciendo de esta manera los dictados de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y la Oficina Sanitaria Panamericana, acuerdos que como nación había asumido.

En los Estados Unidos de América [en 1951], no se ha emprendido aún una campaña nacional contra el *A.aegypti* [vector causante de la fiebre amarilla] [...] La Oficina, [...] continúa sus gestiones con las autoridades del país para que considere el peligro potencial que constituyen los elevados índices de *A. aegypti* en grandes zonas de su territorio.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> W. G. Smillie. "Evaluación de un plan nacional de asistencia médica" en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 25, núm. 3, marzo de 1946, p.202

<sup>31</sup> "Informes Cuadriennales, Estados Unidos, XIV Conferencia Sanitaria Panamericana" en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol.14, 1954, p. 77.

<sup>32</sup> "Editorial, la erradicación del *Aedes Aegypti* y el control de la fiebre amarilla: cuatro años de un programa continental" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año.31, núm.4, octubre 1951, p.389.

A pesar de que las autoridades locales de los Estados Unidos de Norteamérica no llevaban adecuadamente los lineamientos de la Oficina Sanitaria, sus representantes eran de todas las delegaciones los más participativos en los foros panamericanos. No fue casualidad que la Oficina le haya adjudicado a ese país, en la década de los 40<sup>s</sup>, la realización de un censo continental. Esta circunstancia constata, que contrariamente a lo que se pudiera analizar durante la Segunda Guerra Mundial, la política exterior de los Estados Unidos de Norteamérica respecto a la salubridad estaba mejor organizada que la que se daba hacia su interior, ya que concurría cierta rivalidad entre los intereses locales y los federales, en cambio, a nivel internacional, el Estado norteamericano intervino con el apoyo, no sólo panamericano, sino universal. El mismo Thomas Parrán afirmaba en 1944 que: “el personal médico y técnico del servicio de Sanidad pública de los Estados Unidos de Norteamérica está en su mayor parte al servicio de las fuerzas armadas en América Latina, Australia, India , Panamá, Carretera de Alaska, África del Norte, etc.”<sup>33</sup>

Esta aparente desorganización médico-sanitaria nacional, procuraba cierta estabilidad social al tener medianamente atendida a la mayor parte de la población, y a consideración del doctor Jorge Bejarano la salud junto a la educación durante este tiempo se convirtieron en los pilares de la democracia norteamericana.

Salud y educación son, no solamente el fundamento de la democracia americana, sino también, la causa, el eje de este genio previsor de su famosa industria que le asegurarán el éxito y la paz. La paz, la armonía, que uno no puede concebir que existan sino mediante la salud y su protección en un país que llega hacer la cuna y el mundo de la industria, donde millares de obreros la alimentan y la empujan.<sup>34</sup>

#### **4.2 Las relaciones multilaterales y el nuevo panamericanismo en el contexto de la Segunda Guerra Mundial.**

Ante los ataques a Pearl Harbor en septiembre de 1941 y a otros territorios americanos, se convocó de manera urgente a la III Reunión de Cancilleres Americanos, en Río de Janeiro, en enero de 1942. La posibilidad de que la guerra europea llegara al continente desafortunadamente se había convertido en una realidad, todas las autoridades de los países de América iniciaron tareas para enfrentar la defensa continental desde un plano militar, pero también los acontecimientos obligaron a éstas a adoptar nuevas aptitudes en las cuestiones médico-sanitarias, y como una respuesta inmediata, se tuvo que profundizar la cooperación panamericana económica, política y sanitaria.

<sup>33</sup> Parran, Thomas. “La Sanidad en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm.7, julio de 1944, No.7, p.577

<sup>34</sup> Bejarano, Jorge. “La salud y la educación, fundamentos de la democracia americana” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 25, núm.7, julio de 1946, p.596.

Félix G. Fernández –Shaw argumentó que las tres primeras reuniones de consulta de ministros de relaciones exteriores fueron el espacio panamericano que consideró el papel político, económico y militar de los países del continente ante el conflicto bélico europeo. Shaw para fundamentar esta idea refirió que no era casualidad que, después de un acontecimiento importante relacionado con la guerra, se convocara a los ministros de relaciones exteriores americanos. Así, la primera reunión se llevó en 1939 en Panamá momento durante el cual Alemania invadió a Polonia; la segunda se celebró en la Habana, después de la ocupación a Francia en 1940, y, la última reunión de los ministros fue en Washington en 1942, después del ataque a Pearl Harbor.<sup>35</sup>

Desde la primera reunión de cancilleres se estableció la neutralidad de los países americanos, el compromiso de mantener la paz en el continente y un acuerdo para promover la cooperación económica, pero ante la ofensiva al territorio americano; durante la Tercera Reunión de Cancilleres, se eliminó uno de estos preceptos -la neutralidad de los países del continente- debido a que la mayoría de los cancilleres, refrendaron la declaración de protección mutua ante cualquier agresión extra-continental suscrita en reuniones anteriores, por lo cual rompieron relaciones con los países del Eje.

A lo largo de la Tercera Reunión de Cancilleres, Summer Welles, subsecretario de Estado del Gobierno estadounidense destacó la posición de cooperación adoptada por los americanos ante la guerra. Habían dejado a un lado viejos rencores, en contraposición a la actitud mostrada en un inicio por los europeos, quienes prefirieron aislarse y mantenerse neutrales ante la amenaza alemana y, en consecuencia, dejaron que el conflicto avanzara hasta alcanzar dimensiones intolerables. Precisamente, por esta razón los americanos estaban obligados a defender al continente europeo de si mismos, ya que al hacerlo también preservarían la libertad de América.

A sugerencia de la Convención de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos de Norteamérica realizada en 1941 y de la III Reunión de Cancilleres Americanos de 1942, las autoridades sanitarias del continente llevaron el tema de la defensa continental y salud pública, a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de Río de Janeiro que se formalizó los días 7 y 8 septiembre de 1942. El propósito de incluir una sesión dedicada a “La Defensa Sanitaria del Continente” consistió en que los delegados americanos pudieran compaginar los trabajos realizados por los participantes de la Unión Panamericana respecto a la construcción de una estrategia de protección militar de todos los países del hemisferio americano.

---

<sup>35</sup> Fernández-Shaw. G. Félix. *La Organización de los Estados Americanos, una nueva visión de América*, Madrid, Ediciones Cultura Hispánica, 1959, pp.168-173

El doctor ecuatoriano Izquieta Pérez asentó que la XI Conferencia Sanitaria Panamericana se realizaba con carácter de guerra. “El panamericanismo práctico pasó ya de ser una mera aspiración para convertirse en bella realidad. Por los avatares del destino el lazo de nuestra unión continental se estrecha ahora en los dominios de la guerra, como antes se estrechara en los campos de la paz.”<sup>36</sup>

Los doctores Carlos Enrique Paz Soldán del Perú, Manuel Martínez Báez de México y Solón Núñez de Costa Rica en sus participaciones durante la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, destacaron que en un primer momento el proyecto del programa de trabajo del Comité Organizador para la citada Conferencia, no coincidía con las inquietudes y temores de la mayoría de los delegados, ya que el último tema a presentar sería acerca de la defensa continental, lo cual significaba que se le estaba restando la debida importancia, por lo tanto propusieron que debía ser el primero a tratar, cuestión que fue aceptada finalmente.

La ponencia que fue el telón para las reflexiones acerca de la defensa continental correspondió a la que presentó el doctor Thomas Parrán, jefe de la Delegación de los Estados Unidos de Norteamérica, en la cual demostró que la salud antes esencial para el individuo ahora se convertiría en seguridad de la Nación.<sup>37</sup> Insistió en que este nuevo panorama mundial ocasionó que la salud pública americana tuviera otras prioridades y por lo tanto era necesario un nuevo proyecto continental médico-sanitario. Para el especialista norteamericano las consecuencias más importantes de la guerra serían:

La movilización masiva de población[...]la carencia de abastecimientos médicos para la salud,[...] la guerra determinaría la carencia en todos los ramos del rendimiento del trabajo[...], la desprotección de la salud industrial[...], la constante disminución de combustible para el transporte y para la calefacción[...], la inflación acrecentaría el costo de la vida[...], la constante escasez de alimentos[...], el sabotaje representaría una constante amenaza[...], la defensa civil (pasiva) constituiría una primera necesidad[...], y los problemas de las cuarentenas aumentaría[...].<sup>38</sup>

Esta colaboración sanitaria y político-militar, ya se había presentado anteriormente en los trabajos llevados a cabo por los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana y del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, cuyo propósito fue la de impulsar la salud pública en todo el continente; sin embargo, la diferencia radicaba en que en las nuevas circunstancias, la prioridad era la cuestión militar.

<sup>36</sup> Izquieta Pérez, “Participación de Izquieta Pérez en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 11, año 1942, p.318.

<sup>37</sup> Parran, Thomas. “Participación de Thomas Parran en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.13.

<sup>38</sup> *Ibid.*, pp.13-16.



Brasil fue el primer país latinoamericano que expresó que dentro de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana se constituyera un “Comité Permanente de Defensa Sanitaria de las Américas” para establecer relaciones directas con el Comité de Defensa Militar de las Américas establecido en Washington. La delegación brasileña también exteriorizó la idea de preparar médicos sanitaristas en los servicios militares de salud de los diferentes estados.<sup>39</sup>

El doctor Claveaux, representante del Uruguay determinó respecto al plan de acción sanitario-militar, “que la defensa continental obligatoriamente comprende lo que cada país puede hacer, en primer lugar y, en segundo, lo que no puede hacer [por esta razón los estados no sólo deben depender de las directrices de la conferencia, sino de sus propios recursos e iniciativas sanitarias]”<sup>40</sup>. Por lo tanto el delegado Uruguayo apoyó la propuesta brasileña de la creación de un comité de defensa sanitaria en lo general, pero con las observaciones anteriores.

El doctor Paz Soldán de una manera precisa manifestó de que manera debían intervenir los higienistas en la defensa continental, la primera acción sería la de realizar un inventario de los recursos aprovechables en cada uno de los Estados americanos para establecer las condiciones de salubridad o de insalubridad de éstos; la información tendría que ser comunicada a la Oficina Sanitaria Panamericana de manera pública o confidencial según fuera el caso y, con estos datos, se debía realizar un proyecto sanitario para aprovechar los recursos naturales para la elaboración de medicamentos como la quina y la coca.

El doctor Ibáñez, delegado de Bolivia, enfatizó la importancia de elaborar nuevamente nuestra propia quina, cuyas propiedades habían sido descubiertas por los indígenas bolivianos, y que desafortunadamente este conocimiento no valía de mucho, ya que otros lo habían aprovechado para perjuicio de los americanos.

A principios del presente siglo, varias compañías inglesas y holandesas llevaron la semilla de la quina americana a los países malayos, en los cuales hicieron grandes plantaciones. Pocos años después, se derrumbó y desapareció en Sudamérica la industria nativa, por que la mano de obra asiática era infinitamente mas barata que la nuestra y los consorcios ingleses y holandeses se hicieron dueños únicos del mercado mundial de la quinina. Hoy todas esas plantaciones están íntegramente en manos de los japoneses.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Esta propuesta se presentó en la “Sexta Sesión Plenaria de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana realizada el 11 de septiembre de 1942” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 11, año 1942, p.425.

<sup>40</sup> *Ibid*, p.426.

<sup>41</sup> Ibáñez, Benavente. “Participación de Ibáñez Benavente, en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 11, año 1942, p.314.

El doctor Ibáñez exhortó que no se debía esperar que hubiera una invasión bélica al continente americano para impulsar el cultivo de árboles de quina en grandes y variadas extensiones territoriales, y que en los mismos sitios se procesará la mayor cantidad de quinina, que era una sustancia eficaz contra el paludismo, lo que la convertiría en uno de los productos químicos más importantes para la salud pública en tiempos de guerra. Los países productores tendrían la obligación de cooperar con las otras naciones. Los países que desarrollaron más intensamente el cultivo de quina fueron México, Colombia, el Ecuador y el Perú.

Es necesaria en este momento, y no después, una política general americana, encaminada a la preparación y al almacenamiento de grandes cantidades de quinina, las cuales pueden servir para emplearlas en una probable movilización de tropas o pueden ser empleadas en caso contrario en provecho de las poblaciones civiles, que hoy son diezmadas por el paludismo.<sup>42</sup>

Entre las preferencias sanitarias también se acentuó la importancia de disponer de la tecnología relacionada con las labores sanitarias, además de impulsar la infraestructura hospitalaria, educativa y sanitaria a través de la Oficina Sanitaria Panamericana.<sup>43</sup>

Hay que crear un régimen de preferencias o prioridades para el aprovisionamiento de los equipos, elementos y demás útiles que necesitan los hospitales, los centros de salud y los servicios de emergencia para asistir y prevenir las plagas morbosas, en forma tal, que los países productores de este material lo tornen accesible a los países menos progresados en esta materia y por lo mismo, menos aptos para instalar tales servicios.<sup>44</sup>

El doctor estadounidense John D. Long, aportó además la sugerencia de realizar un “mapa con puntos que enseñen los lugares donde haya existencia de enfermedades infecto-contagiosas, especialmente esas que se diseminan con más facilidad”<sup>45</sup>, para evitar epidemias, a causa de las emigraciones y hacinamiento de futuras operaciones bélicas dentro del continente. De acuerdo al doctor Paz Soldán, estas tareas no debían interferir con la soberanía de los Estados, por esta causa aconsejaba no escuchar a las voces que advertían que la cooperación sanitaria podría atentar contra ella.

La mayoría de delegados estuvieron de acuerdo con una serie de medidas que involucraban la creación de los comités de defensa civil continental, con la inclusión en ellos de especialistas sanitarios, que estarían en contacto directo entre los comités y la Oficina Sanitaria Panamericana, institución que, como ya se ha analizado anteriormente, impuso en cierta medida las directrices respecto a la salud pública dictadas desde el gobierno norteamericano. Además del establecimiento de un Comité Permanente de Defensa Sanitaria del Continente en la propia Oficina.

<sup>42</sup> Ibáñez, Benavente. “Participación de Ibáñez Benavente en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.315

<sup>43</sup> Paz, Soldán. “Participación de Paz Soldán en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.361-363.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p.363.

<sup>45</sup> John D. Long. “Participación de John D. Long en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.396.

Eran de tal magnitud las tareas a realizar por la Oficina Sanitaria Panamericana, que el doctor John. D. Long realizó una moción y advertencia respecto al nuevo papel asignado a dicho organismo: “Ahora, cuando llega la cuestión de la defensa hemisférica, estamos saliendo un poco fuera de nuestro campo de acción, como está indicado por los tratados. De manera que a mí me ocurre preguntar a la Conferencia si está dispuesta a concedernos un poquito más de la autoridad que tenemos en el caso de la formación de esa Comisión de Coordinación”.<sup>46</sup> La mayoría de los delegados aceptaron la propuesta del doctor John D.Long.

También se destacaron las prioridades sanitarias desde un punto de vista estratégico militar para evitar epidemias: “En esta área se debe dar preferencia a la pureza del agua de bebida, a la disposición de las excretas y las basuras, al control permanente o temporal del paludismo; a la lucha contra las enfermedades venéreas y a las inmunizaciones”.<sup>47</sup>

Ante las prelaiones sanitarias, no sólo la Oficina Sanitaria Panamericana, sino también los organismos públicos y privados como la Rockefeller, la Kelloggs y el Instituto de Asuntos Interamericanos además de otras instancias panamericanas, promovieron en toda la región la preparación de médicos e ingenieros sanitarios nativos, con el propósito de que a mediano plazo estos profesionistas resolvieran junto a sus respectivas autoridades sanitarias, la infinidad de problemas higiénicos existentes en la mayoría de las zonas rurales y urbanas.

La definición de lo que era en ese tiempo un ingeniero sanitario, la ofrece el representante de Panamá, ya que no sólo se le consideraba como un especialista técnico necesario en tiempos de guerra, sino que fue el eje rector del nuevo programa médico-sanitario panamericano. Durante esta Conferencia los ingenieros sanitarios fueron finalmente reconocidos a nivel continental.

El ingeniero sanitario es un modelador del medio físico en que el hombre desenvuelve su existencia; promueve medidas tendientes a su protección contra las enfermedades y también a su bienestar y seguridad. La ingeniería sanitaria representa el cimiento sobre el cual descansa el edificio de la salud pública y atiende de manera particular aquellos aspectos elementales de la vida diaria: vivienda, agua, cloacas, leche, mosquitos, desechos domésticos, residuos industriales, etc. etc.<sup>48</sup>

La intervención de los ingenieros sanitarios en la XI conferencia fue fundamental al señalar que la lentitud de los procesos sanitarios en toda la América eran ocasionados por las intervenciones de los políticos en la organización sanitaria ya que, sus prioridades giraban alrededor de intereses ajenos a este trabajo, una de las acusaciones más fuertes fue la del

---

<sup>46</sup> *Ibid.*, p.434.

<sup>47</sup> Sutter, Víctor Arnaldo. “Participación de Víctor Arnaldo Sutter en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.435

<sup>48</sup> Guardia, Carlos. “Participación de Carlos Guardia en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.453

ingeniero Osegueda del Salvador, ya que denunció que en su país no había una dirigencia sanitaria con la capacidad de instalar a gente profesionalista en los cargos, esta reflexión la refrendaron delegados de diferentes países.

Debemos de insistir sobre la necesidad que hay, de desechar toda intervención política en nuestros trabajos de salud pública. Con frecuencia hemos visto que personas preparadas dedican todas sus actividades, todo su espíritu y todo su entusiasmo en pro de la salud del hombre, pero, con frecuencia, también hemos visto que estas personas, que se han sacrificado, han sido despojadas completamente, debido a simple simpatía política por otras personas sin ninguna preparación técnica.<sup>49</sup>

La otra tarea sanitaria panamericana fue la de construir centros de higiene e institutos de investigación sobre de las enfermedades relacionadas con las consecuencias epidémicas de las conflagraciones. Al mismo tiempo, se fortalecieron las medidas preventivas para evitar padecimientos pandémicos, uno de los mecanismos más eficaces para conseguirlo fue a través de la educación higiénica y la construcción de una infraestructura sanitaria adecuada en las ciudades y las zonas rurales, además de la creación de proyectos hospitalarios en el hemisferio americano. Para cumplir todas estas metas, las autoridades sanitarias continentales plantearon la creación de escuelas de salubridad para adiestrar a los futuros médicos e ingenieros sanitarios, pero con la salvedad de que las materias debían estar enfocadas a resolver cuestiones inmediatas respecto a las consecuencias de la guerra.

Estos centros deberían establecerse en ciudades sobre el Pacífico y sobre el Atlántico, de tal modo ubicados, que permitan la concurrencia de los alumnos procedentes de aquellas repúblicas, los que por razones geográficas tienen afinidades muy estrechas en orden a su patología y puntos comunes en la prioridad de los recursos. Las materias deberán comprender solamente lo que puede ser utilizable de inmediato, porque el tiempo apremia y el enemigo ha extendido su brazo armado a nuestras costas.<sup>50</sup>

El doctor mexicano Manuel Martínez Báez, ejecutó una disertación acerca de la importancia que tendría en momentos de incertidumbre, el no dejar de lado la investigación médica-sanitaria, “por mucho tiempo hemos vivido en este Continente en situación de coloniaje en cuanto a cuestiones científicas se refiere. Por muchos años hemos querido aplicar a nuestros problemas y aliviar nuestros sufrimientos con lo que nos dictaban otros países. Al fin se inicio un movimiento de independencia, en este sentido.”<sup>51</sup>

El doctor Báez para consolidar su idea acerca del interés de los países americanos para construir una ciencia americana, a pesar de las condiciones adversas, hizo mención de varios institutos creados durante la Segunda Guerra Mundial: El Instituto de Salubridad y de Enfermedades Tropicales en México, el instituto de Epidemiología y de Investigaciones Médicas en Colombia y el Instituto de investigaciones Científicas en Ecuador.

<sup>49</sup> F.J., Oseguera. “Participación de F.J. Osegueda en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.465.

<sup>50</sup> Puente, Carlos, de la. “Participación de Carlos de la Puente en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.358.

<sup>51</sup> Martínez Báez, Manuel. “Participación de Manuel Martínez Báez en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.306.

La mayoría de los delegados de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana acogieron una posición panamericana ante las condiciones internacionales de conflagración, no sólo desde su perspectiva médica-sanitaria, sino como habitantes del continente americano que resguardaban su territorio. En anteriores conferencias, fue una constante la aversión de los sanitaristas a involucrarse en cuestiones de índole política para no afectar la cooperación sanitaria entre países; sin embargo, el ataque a la región americana unificó los criterios en una sola causa común: la defensa del territorio americano.

La defensa del Continente implica la conservación del suelo en que se nace y se vive y todo contribuye a mantener la supervivencia de la especie. El sentimiento continental es producto de la historia contemporánea y el panamericanismo sólo podía existir por el vínculo esencialmente territorial, que claramente se define en la Confederación de los Estados del Norte y enuncia más tarde en la Doctrina de Monroe; por eso nos sentiremos siempre orgullosos de haber aportado una idea nueva a la conciencia humana.<sup>52</sup>

Una de las intervenciones más significativas durante la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, fue la del doctor Atilio Macchiavello Veras, representante del Ecuador, cuando formuló que los representantes de los ministerios de salud de América, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Instituto de Asuntos Interamericanos constituyeran un comité para “determinar los trabajos básicos de defensa de la salud nacional.”<sup>53</sup> Aunque el comité nunca se formó, en los hechos esta idea fue concretada a través de la cooperación multilateral de la Oficina Sanitaria Panamericana y los convenios bilaterales entre el Instituto de Asuntos Interamericanos y las dependencias de salud nacionales del continente; también en ocasiones los dos organismos panamericanos colaboraron de manera conjunta en un solo proyecto. En estos trabajos la prioridad fue la de encontrar la solución inmediata de los problemas sanitarios relacionados con el estado de guerra, es decir que América Latina se convirtió en un gran laboratorio de preparación en salubridad-médico militar.

La recién creada Sección de Salubridad y Saneamiento del Instituto de Asuntos interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, desde un principio fue considerado como uno de los organismos más trascendentales que se dieron durante este período, debido a que disponía de un presupuesto considerable para el desarrollo de sus actividades. Fue por esta razón que algunos representantes de esta XI Conferencia Sanitaria Panamericana, aludieron que esta sección proveyera a los países con recursos económicos, de materias primas y de medicinas.

---

<sup>52</sup>Puente, Carlos, de la. “Participación de Carlos de la Puente en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.359.

<sup>53</sup> Macchiavello, Atilio. “Participación de Atilio Macchiavello Veras en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.325.

Las recomendaciones finales de la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de 1942, giraban en torno al plan de acción sanitario dictado durante la Tercera Reunión de Cancilleres de las Repúblicas Americanas respecto a la defensa continental y las tareas necesarias para contribuir en el proyecto militar panamericano, a través de la cooperación panamericana de acuerdo a las necesidades y recursos de cada país.

Entre las actividades prácticas más importantes del proyecto sanitario panamericano, estaba la de incentivar la elaboración de químicos que contribuyeran a la desinfección de tuberías del agua y del alcantarillado, tales como el cloro, también la de fomentar la producción de árboles y plantas que sirvieran para el tratamiento de enfermedades epidémicas, así como la elaboración de repelentes de mosquitos.

La Oficina Sanitaria Panamericana y otros organismos panamericanos, para conocer las condiciones de higiene y salud en las que se encontraba el continente durante este período, llevaron a cabo un inventario continental de las enfermedades existentes, además de un censo de los recursos naturales y materiales. Datos que pudieran coadyuvar a las labores de salubridad e intercambiarlos en un futuro inmediato; una vez que se contara con estos conocimientos sería más factible programar las actividades sanitarias necesarias en un estado de emergencia. Entre ellas se contaban, la investigación científica a fin de descubrir nuevos materiales para los trabajos de salubridad, el dar impulso a la protección de instituciones y de áreas estratégicas para la salubridad, el sugerir la conveniencia de una cooperación entre los servicios sanitarios militares y civiles, y por último, el de destacar el papel primordial que tendría el ingeniero sanitario, como el articulador del proyecto médico-sanitario durante la guerra.

El 2 de diciembre de 1943, fecha en la cual se festejaba el “Día Panamericano de la Salud”, el Secretario de la Oficina Sanitaria Panamericana y miembro de la Asociación Americana de Salud Pública, el doctor Arístides A. Moll dio un discurso llamado “Carta de la Salud para todas las Américas”. Pasó a la historia conocido bajo la denominación “Salud a las Américas”, que fue el título que se le autorizó en la versión del Boletín Sanitario. En esta disertación expuso las razones que vinculaban a los países del continente destacando que no sólo era una cuestión geográfica, sino que en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, los higienistas americanos se debían unir, no sólo en las cuestiones médicas-sanitarias, sino también en contra de la amenaza nazi. Para el doctor Moll esta defensa continental contra

las enfermedades y la tiranía de los miembros del Eje, obligaba a incluir a toda la población americana. Al final de su discurso persuadió a todos los higienistas americanos a asumir sus responsabilidades y a proporcionar la salud a todo individuo americano, sin importar su clase social y grupo racial.

Por encima de los vaivenes de la política, de las cadenas de la tradición, de los apasionamientos del momento, de la turba que clama, del demagogo que extravía, del torpe que desconoce, del egoísta que se opone, del ignaro que resiste, por encima de todo, Salud ahora y mañana para todos: para el rico y el pobre, para el humilde, el desamparo, el que la tiene y el que la busca o la necesita,, para todos los grupos de nuestras democracias, y sobre todo para la madre y el niño, en cuyas manos reposan los destinos de la nación y de la raza.<sup>54</sup>

Para llevar a cabo esta obra médica-sanitaria el doctor Moll, impulsó en el año de 1944 la creación de una Comisión Panamericana dentro de la Asociación Americana de Salud Pública, cuyo objetivo fue la de establecer relaciones con sus similares latinoamericanas para fortalecer el vínculo panamericano, no sólo con organismos públicos, sino con asociaciones privadas.

#### **4.3. Fin de la guerra y la nueva etapa del panamericanismo médico-sanitario.**

A finales del año de 1945, la guerra mundial terminó y, los Estados Unidos de Norteamérica emergieron como la primera potencia mundial; ahora sus intereses económicos no se limitaban al territorio americano, sino que tuvieron una especial atención en la reconstrucción de Europa, lo que ocasionó la merma de sus aportaciones al proyecto sanitario panamericano, que con tanto ímpetu había desarrollado durante el conflicto bélico. El doctor Hugh S. Cumming deliberó, que para llevar a cabo el exitoso programa sanitario de emergencia de la Oficina Sanitaria Panamericana; fue fundamental la colaboración del Instituto de Asuntos Interamericanos.

Como era de esperarse, el espíritu panamericanista en la cooperación sanitaria tuvo un derrotero diferente después de la Segunda Guerra Mundial. Algunos funcionarios de los Estados Unidos de Norteamérica erigieron un discurso que en primera instancia continuó enarbolando la doctrina panamericana a través de la permanencia de la organización sanitaria continental creada desde 1902. Por otra estimularía que ésta se agregara al futuro organismo mundial de la salud sin perder su autonomía y estructura de funcionamiento. Esta idea fue llevada a la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz efectuada del 21 de febrero al 8 de marzo de 1945 en la Ciudad de México.

---

<sup>54</sup> Moll A., Arístides. "Salud a las Américas" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 23, núm. 9, septiembre 1944, p. 787.

Un año después, durante la Conferencia Internacional de la Salud efectuada en Nueva York en julio de 1946, reunión en la cual fue redactada la carta de la Organización Mundial de la Salud, la delegación de los Estados Unidos de Norteamérica presentó las directrices para la incorporación de la Organización Sanitaria Panamericana a la Organización Mundial de la Salud, desde entonces mejor conocida por sus siglas, OMS. Este país solicitaba en primer término el reconocimiento internacional de la Conferencia Sanitaria Panamericana como el único organismo regional con derecho a dictar y ejecutar planes respecto a la salud americana acordes a la política general de la Organización Mundial de la Salud y la continuidad de ciertas instituciones panamericanas como: la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Salud Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual debía seguir siendo la entidad administrativa del continente en asuntos de salubridad, y que a partir de su Incorporación a la organización mundial le correspondería cumplir con el papel de oficina regional de la OMS, además de exigir el respeto a la ejecución de programas regionales sin la intervención de la OMS.<sup>55</sup> Esta propuesta fue apoyada también por la mayoría de delegados latinoamericanos durante la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas, Venezuela, del 12 al 24 de enero de 1947, por gente tan connotada como el doctor Edmundo Fernández, su presidente.

Reconocer la unidad continental para la resolución de los problemas sanitarios, típicamente americanos en la continuidad de nuestras Instituciones Panamericanas, modernizadas de acuerdo con la evolución experimentada en el mundo. Los sostenedores de unas y otras fórmulas están profundamente animados de ese ideal panamericano, razón por la cual nos encontramos reunidos en esta Capital, y significa para los bolivarianos más aún: la continuación de aquella luminosa trayectoria, iniciada en las ideas del gran libertador Simón Bolívar. Pero compenetrados en el alto espíritu de defensores de la salud, estamos seguros de que las instituciones panamericanas no chocarían o intervendrían a las labores de una organización mundial.<sup>56</sup>

El doctor Hugh S. Cumming, rescató la figura de Simón Bolívar como precursor del ideal panamericano y a la Organización Sanitaria Panamericana como la que llevaba a la praxis el pensamiento del mismo. Consideró que ésta era un ejemplo de lo que debía ser un organismo internacional por su carácter democrático en la elección de sus dirigentes y en la toma de decisiones y apuntó que no habría inconveniente en incorporarse a la Organización Mundial de la Salud, siempre y cuando en ésta se respetasen estos principios de la unidad panamericana.

---

<sup>55</sup> “Documento No.49, Anexo A, Acuerdos Regionales y la Organización Mundial de la Salud en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 12, año 1947, p.652.

<sup>56</sup> Fernández, Edmundo. “Participación de Edmundo Fernández en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.18



Jamás ha asomado entre nosotros su feo hocico el Imperialismo. Nunca ha venido recordémoslo con orgullo, ni ningún delegado ni ningún gobierno a dictar votos ni a tratar de decidir, ni por coacción ni por sugerencia, quiénes constituirían el personal dirigente [...] El país más grande y el más pequeño se han encontrado siempre sobre el mismo plano de mutuo respeto y gozando de iguales derechos y privilegios y no olvidemos que algunos de los aportes más significativos nos han llegado a menudo precisamente de las Repúblicas más diminutas.<sup>57</sup>

Cabe destacar que la postura que tuvieron los sanitaristas americanos respecto a que las instituciones panamericanas se incorporasen a las internacionales, era parte de la nueva política de posguerra que estableció la Unión Panamericana, y que concernió básicamente a la adaptación a un nuevo proceso de internacionalización económica, en la cual era imprescindible que este continente quedase insertado, dejando de lado el aislacionismo panamericano, pero retomando todas sus instituciones que habían funcionado desde finales del siglo XIX.

La incorporación de la Organización Sanitaria Panamericana a la Organización Mundial de la Salud fue el tema más polémico a tratar durante la XII Conferencia Sanitaria Panamericana ya que algunos representantes norteamericanos y latinoamericanos no estaban de acuerdo en incorporarse al organismo internacional. En el ambiente internacional también había cierto recelo por las condiciones impuestas por los Estados Unidos de Norteamérica. A pesar de esta situación, imperó el criterio de los norteamericanos y de la mayoría de los representantes latinoamericanos en las resoluciones.

Que la Organización Sanitaria Panamericana, representada por la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana, continuará funcionando con su carácter continental en los aspectos americanos de los problemas de salud y actuará como Comité y Oficina Regionales de la OMS en el hemisferio Occidental conforme a la constitución de la OMS.<sup>58</sup>

Es significativo insistir que la presencia norteamericana en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana a comparación de otras reuniones fue numerosa, con 13 delegados y 20 observadores especialistas del Instituto de Asuntos Interamericanos, cuatro de la Rockefeller Foundation y también dos de la Asociación Nacional Contra la Tuberculosis (E.U.A).

En esta conferencia también se trataron otros temas como: la elaboración de un nuevo código sanitario panamericano, la organización de los servicios sanitarios, relaciones del Seguro Social con los servicios de salud pública, zoonosis transmisibles al hombre, control

<sup>57</sup> S. Cumming, Hugh. "Participación de Hugh S. Cumming Participación en la XII, Conferencia Sanitaria Panamericana", *ibid.*, p.23.

<sup>58</sup> "Acuerdo, CSP12.R2 ES, entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana", *ibid.*, p.129

de enfermedades como: la malaria, la tuberculosis y las venéreas, reglamentación de drogas y alimentos y, los problemas sanitarios de la post-guerra relacionados con la inmigración europea.

El presidente Harry S. Truman de los Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1947, reconoció que gracias a la colaboración de diversos organismos panamericanos públicos y privados se promovió la higiene y medicina desde y para el beneficio de los habitantes del continente: “Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos de Norteamérica y otros países de las Américas, el Instituto de Asuntos Interamericanos, la Fundación W. K. Kelloggs, la Fundación Rockefeller, el Fondo Commonwealth y la Fundación John y Mary Markle y la Oficina Sanitaria Panamericana”<sup>59</sup>

De acuerdo a Arístides A. Moll, las tres instituciones que habían concretado el panamericanismo sanitario eran: “La Oficina Sanitaria Panamericana desde 1902, la Fundación Rockefeller desde 1913, y más recientemente la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos,”<sup>60</sup> su colaboración no sólo consistió en proporcionar capital para las diferentes tareas médico-sanitarias, sino también en el asesoramiento científico y tecnológico. Uno de los mecanismos para lograr la cooperación sanitaria entre las instituciones panamericanas y los países fue a través de convenios bilaterales.

Para la Decimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana, del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, realizada en la Ciudad Trujillo, República Dominicana del 1 al 10 de octubre de 1950, acudieron por primera vez 24 países de la América Latina, y algunos Estados europeos considerados con derecho a voz pero no a voto. El Instituto de Asuntos Interamericanos no envió a ningún observador.

Uno de los temas más importantes de esta Conferencia giro en torno a la continuación del programa para instaurar y fortalecer centros regionales de adiestramiento en salud pública en los países que reunieran los suficientes recursos materiales y humanos para sostenerlos de manera independiente. Desde el año de 1942, el establecimiento de centros de higiene y adiestramiento en salud pública era un propósito primordial en la política sanitaria panamericana como parte del plan de defensa continental, al terminar la guerra no se dejó este trabajo, aunque si disminuyó la colaboración financiera de los Estados Unidos de Norteamérica.

---

<sup>59</sup> “Editorial, paz y salubridad en las Américas” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año.26, núm. 9, septiembre de 1947., p.807.

<sup>60</sup> Moll A. Arístides. “Discursos pronunciados el 2 de diciembre Washington 1944” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm.1, enero de 1945.p.26.

Varios delegados hicieron una reflexión acerca de la necesidad de seguir apoyando al programa de perfeccionamiento de los centros regionales de adiestramiento en salud pública ubicados en el continente, porque la enseñanza impartida a los estudiantes latinoamericanos en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, no contemplaba las condiciones materiales y humanas de sus países de origen.

Menos se puede pensar en seguir enviando indiscriminadamente nuestros profesionales jóvenes a Estados Unidos, Canadá o a Europa donde el estado de cosas difiere mucho del nuestro y donde hay organismos que no queremos remedar. Sarcásticamente, alguien ha dicho que los hombres entrenados en esos ambientes están admirablemente capacitados para resolver problemas que no existen entre nosotros.<sup>61</sup>

Para evitar una formación inadecuada de los médicos latinoamericanos, los participantes a esta Conferencia plantearon, que primero éstos debían cursar su enseñanza básica en salud pública, en sus propias escuelas de medicina, y después alguna especialización en el extranjero. Por esta razón era imprescindible la instauración y ampliación de centros regionales de adiestramiento en salud pública en América Latina, además de que a nivel panamericano e internacional se reconociera la labor de los especialistas en salud pública a través de su contratación de tiempo completo en los organismos públicos, y que sus salarios fueran adecuados a su preparación. Por último se recomendó continuar con el intercambio de expertos en la materia, no sólo a nivel continental, sino internacional con la intermediación de la Organización Mundial de la Salud.

En esta Conferencia se informaba de tres situaciones que evidenciaban un desinterés por parte de los norteamericanos para intensificar los trabajos en salubridad en América Latina. La primera se refirió a que en el año de 1948 el Servicio de Salud Pública de aquel país había retirado a la mayoría de sus especialistas ubicados en el continente, la segunda consistió en la aceptación de especialistas extracontinentales como asesores de la Oficina Sanitaria Panamericana, y en tercera la excesiva carga de trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana y su limitado presupuesto que en el año de 1948 sufrió una crisis de permanencia, que se subsanó aumentando las aportaciones de los Estados miembros.

El director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Fred Soper evidenció a su propio país por la falta de colaboración con la Oficina, porque sus recursos económicos los desviaban a proyectos bilaterales de mediana duración y en perjuicio de una verdadera colaboración continental.

---

<sup>61</sup> “Resolución XIV, acerca de los centros regionales de adiestramiento en salud pública adoptada en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 13, año 1950, p. 869.

Les interesaría a Uds. Saber que aunque los Estados Unidos de Norteamérica contiene más de la mitad de la población de las Repúblicas Americanas y es la más prospera económicamente no ha tomado disposición alguna sobre una contribución suplementaria para el presupuesto de la Oficina durante el año fiscal 1949. tal como está el asunto en la actualidad , los Estados Unidos de Norteamérica contribuirán \$145,000 a un presupuesto de 1,3000,000 para la organización de salubridad oficial de las Américas. Desanima observar que en momentos en que los Estados Unidos de Norteamérica están haciendo asignaciones de muchos millones de dólares para trabajos de salubridad a organizaciones temporales, no ha tomado medida alguna para ponerse al nivel de contribuciones de otras Repúblicas Americanas en la expansión de la organización oficial permanente de salubridad interamericana.<sup>62</sup>

Los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, pese a los reproches que le hicieron al gobierno estadounidense, también reconocieron que las obras llevadas a cabo por ellos no se hubieran concretado sin la participación de diferentes entidades sanitarias norteamericanas como el Instituto de Asuntos Interamericanos.

En una primera evaluación quedó constancia de que el Instituto de Asuntos Interamericanos fue creado para fortalecer los lazos panamericanos. Sin embargo, desde la perspectiva de Soper, al finalizar la década de los 40<sup>ss</sup>, pareciera que esta entidad se utilizaba más que nada para terminar con las relaciones multilaterales y establecer una relación más estrecha entre los Estados Unidos de Norteamérica y cada uno de los países latinoamericanos a través de la cooperación bilateral. Pero, esta suposición no es tan cierta, porque en los convenios bilaterales que se firmaron por esas fechas se observa que las contribuciones norteamericanas eran inferiores a las otorgadas durante el periodo especial de la guerra, y, en algunos casos llegaron a ser simbólicas. Este hecho confirmó que los intereses norteamericanos durante esta época, ya no se encontraban en América.

Paradójicamente a la indiferencia de los norteamericanos por vigorizar la salubridad panamericana, en esta Conferencia se reconoció a la Oficina Sanitaria Panamericana por el éxito de la Campaña Continental de Erradicación del *Aedes Aegypti*, y cuya iniciativa estuvo a cargo de la delegación brasileña, que después fue el principal asesor científico de ella. La Oficina Sanitaria Panamericana, a pesar de sus limitaciones, también asistió en diferentes programas fronterizos realizados desde 1947 hasta 1950 en América Latina para erradicar diferentes enfermedades. Así tenemos, por ejemplo, las realizadas en Ecuador- Perú (1947- no se especifica el padecimiento), los Estados Unidos de Norteamérica-México (1947. Tuberculosis, venéreas, malaria, tifo), Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay (1948. Viruela, fiebre amarilla, malaria, peste, tracoma, hidatidosis, rabia, lepra y venéreas), Argentina, Bolivia y Paraguay (1948. Viruela, fiebre amarilla, malaria, peste, tracoma, hidatidosis, rabia, lepra, y venéreas), Argentina- Chile (1948. Viruela, fiebre amarilla, malaria, peste, tracoma,

---

<sup>62</sup> Soper, Fred. "Actividades de Salubridad Internacional en las Américas", en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, año 27, núm. 9, septiembre de 1948, p 804-805.

hidatidosis, rabia, lepra, y venéreas), México-los Estados Unidos de Norteamérica (1949. Venéreas), México- los Estados Unidos de Norteamérica (1949. Rabia) y Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Panamá, Venezuela (1950. Malaria, viruela, fiebre amarilla, peste, tifo, tifoidea, venéreas, rabia, tripanosomiasis, tuberculosis, lepra, bartonelosis y esquistosomiasis).<sup>63</sup>

De igual forma la Oficina Sanitaria Panamericana intervino en la instauración del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá en 1949, con la colaboración de seis países centroamericanos, la Fundación Kelloggs y el Massachusetts Institute of Technology, los cuales participaron de manera coordinada y no de manera individual, para realizar un trabajo multilateral. Es importante resaltar que la Oficina de igual forma auxilió particularmente con cada país en algún problema de salud. Durante esta época los países beneficiados fueron el Paraguay, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, México, Guatemala y El Salvador.

Desde la creación del movimiento sanitarista panamericano, los Estados Unidos de Norteamérica siempre fue el mayor proveedor de recursos económicos para la Oficina Sanitaria Panamericana; sin embargo, a principios de la década de los 50<sup>os</sup> ante el paulatino abandono de este país a las instituciones y programas en este rubro, era comprensible que también sus contribuciones a dicho organismo mermaran; esta situación se manifestó en las resoluciones finales de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana reconocieron la falta de recursos económicos, por la disminución o retraso de pagos de los países miembros de esta institución. Ante esta insolvencia presupuestaria para llevar a cabo todos los programas propuestos en los foros panamericanos, esta institución renunció a ejecutar programas médicos-sanitarios que no fueran respaldados por un financiamiento otorgado por algún organismo o Estado panamericano o internacional.

Aunque había un aparente resquebrajamiento de la política sanitaria panamericana por la desatención financiera de los Estados Unidos de Norteamérica, los delegados de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, preservaron la situación jurídica de la Oficina Sanitaria Panamericana y del Código Sanitario Panamericano de 1924. Ratificaron que ninguna ley internacional podría modificar o invalidar los preceptos del sanitarismo panamericano y que eran exclusivamente los americanos quienes tendrían el derecho jurídico de hacerlo.

---

<sup>63</sup> “Acuerdos Sanitarios en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 13, año 1950, pp.61-63.

La organización Sanitaria Panamericana no considera procedente la anulación del Código Sanitario Panamericano el cual contiene las bases legales de su estructura, pero que autoriza, desde luego, al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que ofrezca su colaboración a los mismos organismos en el estudio de las modificaciones que sean convenientes y practicables en los conceptos que condicionan la materia técnica sanitaria.<sup>64</sup>

Otro dato interesante de mencionar respecto a las tirantes relaciones entre los Estados Unidos de Norteamérica y los miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana, fue cuando surgió la necesidad de construir un edificio exclusivo para esta institución. Hubo propuestas, para cambiar la sede de esta institución a otro país de América Latina, una de ellas provino de los representantes de México, los cuales para darle cauce ofrecieron algunos terrenos y un estudio detallado de la construcción; sin embargo, estas proposiciones no prosperaron, ya que la mayoría de los delegados opinaron que por cuestiones administrativas y económicas la Oficina continuaría en Washington.

Finalmente en esta Conferencia se acordó la conmemoración de los 50 años de la Organización Sanitaria Panamericana y un homenaje a Carlos J. Finlay, además de celebrar el Primer Congreso Interamericano de Higiene en la Habana, Cuba en el año de 1952.

Durante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Santiago, Chile del 7 al 22 de octubre de 1954, ante la representación del Director de la Organización Mundial de la Salud, doctor M. G. Candau ex-funcionario del Instituto de Asuntos Interamericanos, el nuevo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana el doctor Fred L. Soper, ratificó que la certeza de la política sanitaria panamericana era la de mantener una cierta independencia de la Organización Mundial de la Salud, a pesar de que la Oficina tenía problemas financieros.

No solamente no ha aumentado el presupuesto, sino que los fondos se han recibido de manera muy irregular y atrasada. Por esta razón, hasta 1953 no resultó financieramente conveniente llevar los gastos al nivel del presupuesto de 1951. [...] Mientras exista demora en el pago de las cuotas o lo que es peor, falta de pago, será necesario cada año eliminar del programa algunas de las actividades previamente aprobadas por el Consejo contando con que se dispondría de los fondos necesarios para ellas.<sup>65</sup>

Desde el inicio de la organización sanitaria panamericana, los participantes tuvieron una firme posición de no inmiscuirse en asuntos de índole política; sin embargo, durante este período se temió que la Oficina Sanitaria Panamericana perdiera su autonomía ante su integración a la Organización Mundial de la Salud y por las nuevas directrices de la Organización de los Estados Americanos.

<sup>64</sup> “Resolución XVI Reglamento Sanitario Internacional en la XIII, Conferencia Sanitaria Panamericana”, *ibid.*, p.158.

<sup>65</sup> “Evolución orgánica, 1950-1953 en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 14, año 1954, p.20.

Así, por ejemplo, Argentina y México se resistieron a que la Oficina Sanitaria Panamericana recibiera fondos de los países que tuvieran colonias en América, por una convicción panamericanista que precavía futuras intervenciones extra-continetales en la política médico-sanitaria del continente. También la posición de México en esta Conferencia fue que la Organización Sanitaria Panamericana no debía estar sujeta a los dictámenes de la Organización de los Estados Americanos, sino que tendría que seguir manteniendo su capacidad resolutoria y ejecutoria como lo había hecho en el pasado, y por esta razón la mayoría de los delegados accederían que esta conferencia se declarara soberana.

A pesar de las convicciones de los delegados de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en el Acta final reconocieron el debilitamiento de la Organización Sanitaria Panamericana en los hechos. En ese documento se asentaron recomendaciones que estaban en contra de los preceptos jurídicos del sanitarismo panamericano tales como la no intervención financiera de países extracontinentales en asuntos de esta índole. Sin embargo, y en contra de esto, se aceptó tácitamente la participación económica de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido a nombre de sus territorios, asimismo se estableció la facultad para tener relaciones con organizaciones no gubernamentales internacionales, siempre y cuando no se violentara lo estipulado en el Código Sanitario Panamericano y la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.

Ante las restricciones presupuestarias, los objetivos de los funcionarios y delegados en esta Conferencia Sanitaria fueron de índole más práctica, ya que no se presentaron proyectos de infraestructura sanitaria u hospitalaria específicos, sino trabajos que no requirieran tantos recursos económicos y que pudieran llevarse a cabo básicamente con la cooperación entre varios países con problemas comunes. Se contó, además con los recursos humanos nativos y la cooperación que no sólo provendría de la Oficina Sanitaria Panamericana, sino también del Instituto de Asuntos Interamericanos y otros organismos panamericanos. Paralelamente se preveía requerir de una mínima presencia de asesores extranjeros.

Las tareas asentadas en el Acta Final, fueron básicamente para impulsar la realización de estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud en cada país. También se promovió la educación sanitaria en zonas rurales, así como los estudios antropológicos de las comunidades indígenas y campesinas; se impulsaron campañas sanitarias en contra de las enfermedades epidémicas además del proyecto para el control de las enfermedades venéreas. Se incorporó el adiestramiento para médicos, enfermeras,

ingenieros en salud pública y el otorgamiento de becas al extranjero, igualmente se rescataron los programas de vacunación contra la tuberculosis y viruela, asimismo las acciones regionales contra el *Aedes Aegypti*.

Frente a la enorme responsabilidad de la Oficina de coordinar los trabajos médico-sanitarios panamericanos e internacionales junto a la Organización Mundial de la Salud, los participantes de la Conferencia informaron que en los últimos años la Organización Sanitaria Panamericana tuvo como prioridad la descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana. En 1950 se establecieron aparte de la Oficina de Washington, otras dos Oficinas de Zona en Guatemala y Perú y tres Oficinas de Campo en El Paso, Kingston y Río de Janeiro. Sin embargo, esta descentralización no era suficiente, por esta razón en el transcurso de cuatro años se instauraron seis Oficinas de Zona y dos Oficinas de Campo que estuvieron distribuidas de tal manera que cubrieran todo el continente: Zona I: Alaska, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y Hawai, comprendía la Oficina de Campo de El Paso y la Oficina de Campo del Caribe; Zona II: México, Cuba, Haití y República Dominicana; Zona III: Costa Rica, Guatemala, Honduras, Honduras Británicas, Nicaragua y Panamá; Zona IV: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; Zona V Brasil, y, finalmente, Zona VI. Argentina, Chile Paraguay y Uruguay.



## OFICINAS DE ZONA.

Oficina de zona	Proyectos sanitarios.	Instituciones cooperantes y personal contratado.
<p><b>Zona I. Sede:</b>  <b>Los Estados Unidos de Norteamérica.</b>  <b>Organigrama:</b>            La sede en la Oficina Sanitaria Panamericana y dos Oficinas de Campo. Alaska, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y Hawai.</p>	<p><b>La Sede de la Oficina:</b>            Otorgamiento de becas.</p> <p><b>*Oficinas de Campo de El Paso:</b>            * Otorgamiento de becas.            * Reuniones de Salud Pública.            * Encuesta colectiva de rayos X sobre tuberculosis.            * Curso de saneamiento para 49 personas.            * Programas de vacunación antirrábica y medidas de prevención en las poblaciones principales de la frontera mexicana-estadounidense.            * Programa de la lucha antivenérea en la zona fronteriza de Texas y Tamaulipas.</p> <p><b>Oficina de Campo del Caribe.</b>            * Encuesta de los recursos y necesidades en materia de salud pública.            * Asesoramiento en planificación sanitaria en: educación sanitaria, becas, saneamiento del medio y formación profesional, y en el control de diferentes enfermedades como: tuberculosis, frambesia, venéreas y lepra.            * 14 programas específicos relacionados con la lucha antituberculosa o el control de insectos.            * Perfeccionamiento de métodos de laboratorio para el diagnóstico de la tuberculosis. Jamaica y Trinidad.            * Programa de vacunación con BCG en Jamaica y en las Islas de Sotavento.            * Programa de erradicación del Aedes aegypti y otros mosquitos en Bahamas, Barbados, Bermudas, Granada, Islas Occidentales Neerlandesas, Islas de Sotavento, Jamaica, Puerto Rico, Santa Lucía, Surinam y Trinidad.-Sólo Bahamas consiguió erradicar el mosquito-            * Encuesta sobre el Aedes aegypti realizada entre los países de: Anegada, Anguilla, Barbuda, Islas Caimán, Dominica, Guadalupe, José Van Dyke, Martinico, Monserrat, Nieves, San Bartolomé, San Juan, St.Kitts, San Martín, Santo Tomás, San Vicente y Tórtola. -Sólo las Islas Caimán se reporto libre de la presencia de este mosquito-</p>	<p><b>Instituciones.</b></p> <p>* Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad.            * Departamentos de Sanidad del Condado Imperial de California y del de Mexicali.            * Departamentos de Sanidad de los Estados de Texas y Tamaulipas.            * El Departamento de Servicios Coordinados Sanitarios Coordinados de México.            * La Oficina Regional del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica..            * Los departamentos de municipales de sanidad de Laredo y Nuevo Laredo y el Instituto de Asuntos Interamericanos.</p> <p><b>Personal.</b></p> <p>* 1 Oficial médico de tiempo completo.            * 1 Consultor en veterinaria de la Zona II.            * 2 escribientes.</p> <p><b>Instituciones.</b></p> <p>* Comisión del Caribe y la Oficina del UNICEF.            * University Collage of West Indies.</p> <p><b>Personal.</b></p> <p>* 1 Médico de salud pública            * 2 escribientes.</p>

Oficina de zona	Proyectos sanitarios.	Instituciones cooperantes y personal contratado.
<p><b>Zona II. Sede: México.</b> Cuba, Haití, México y República Dominicana.</p>	<p>*28 programas en ejecución, 15 en los países y 13 regionales. *Proyecto de erradicación del Aedes aegypti en Cuba. *Programa contra la frambesia y construcción de un laboratorio de salud pública en Haití. *En la República Dominicana se construyó la primera unidad sanitaria y se envió al extranjero a estudiar al personal técnico. *La mayoría de los programas regionales tenían como objeto el adiestramiento y la preparación profesional en saneamiento del medio, control de insectos, brucelosis y bioestadística. Además del establecimiento de campañas para el control de enfermedades específicas *Otorgamiento de 24 becas a médicos, enfermeras, maestros y técnicos en 14 especialidades en administración de salud pública, enfermería, higiene industrial y virología. *Programa regional de erradicación de la viruela. *</p>	<p><b>Instituciones.</b> *UNICEF. *Instituto de Asuntos Interamericanos. *La Fundación Rockefeller. *Fundación Kellogg's.</p> <p><b>Personal.</b> *1 médico de salud pública. *1 Ingeniero sanitario. *1 veterinario de salud pública. *1 Asesora en enfermería. *7 empleados de oficina. *9 miembros del personal internacional.</p>
<p><b>Zona III. Sede: Guatemala.</b> El Salvador, Guatemala, Honduras, Honduras Británicas, Nicaragua y Panamá.</p>	<p>*9 programas en los países. *8 programas interpaíses. *Adiestramiento del personal profesional como auxiliar. *Estudios sobre la organización sanitaria en varios países y las necesidades en salud pública. *Campañas sanitarias contra el Aedes aegypti en todos los países de esta zona. *Control de la tuberculosis a través de la vacunación de BCG. *: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Honduras Británico. *Estudios sociales y antropológicos en relación con las actividades sanitarias en Nicaragua y Panamá.</p>	<p><b>Instituciones</b> Gorgas Memorial Laboratory. Instituto de Asuntos Interamericanos.</p> <p><b>Personal.</b> *8 miembros del personal profesional. *9 escribientes. *32 trabajadores de campo de procedencia internacional.</p>
<p><b>Zona IV. Sede: Lima.</b> Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.</p>	<p>*22 programas en ejecución, 15 terminados, en 21 de ellos trabajaban miembros del personal internacional.-no se especifica en que consistían-. *Otorgamiento 51 becas para estudios en salud pública. *Curso sobre control de insectos.</p>	<p><b>Instituciones.</b> Ministerio de Salud Pública y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de Colombia.</p> <p><b>Personal.</b> *1 Representante de Zona. *2 médicos de salud pública. *1 enfermera de salud pública. *1 ingeniero sanitario. *1 veterinario. *11 auxiliares de oficina. *17 miembros del personal internacional.</p>

Oficina de zona	Proyectos sanitarios.	Instituciones cooperantes y personal contratado.
<b>Zona V. Sede Brasil.</b>	<p>*4 programas en el país y dos programas interpaíses.</p> <p>*Apoyo financiero para la adquisición de equipos y suministros.</p> <p>*Colaboración económica para controlar brotes de fiebre amarilla, bilharziasis y de poliomiélitis.</p> <p>*Actividades de higiene materno-infantil.</p>	<p><b>Instituciones.</b></p> <p>* UNICEF.</p> <p>*Instituto Oswaldo Cruz.</p> <p>*El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa</p> <p>*Departamento Nacional del Niño.</p> <p><b>Personal.</b></p> <p>*1 Representante de zona.</p> <p>*1 Asesora de enfermería.</p> <p>*1 Oficial administrativo.</p> <p>*7 empleados auxiliares de oficina.</p> <p>*8 miembros del personal internacional.</p>
<b>Zona VI. Sede Argentina.</b>	<p>*17 programas en curso de ejecución, 12 eran programas en los países y 5 interpaíses.</p> <p>*Cursos breves en bacteriología, tuberculosis, serología, enfermedades venéreas, control de insectos y adiestramiento de parteras y personal auxiliar de enfermería.</p> <p>*Otorgamiento de 61 becas a médicos, dentistas, veterinarios, enfermeras, inspectores sanitarios, trabajadoras sociales, estadísticos y personal sanitario en general.</p> <p>*Realización de diferentes Congresos y seminarios acerca del alcoholismo, enfermedades trasmisibles y estadística.</p> <p>*Investigación sobre ecología, transmisión y control de la hidatidosis.</p> <p>*Financiamiento al Centro Interamericano de Bioestadística de Chile.</p>	<p><b>Instituciones.</b></p> <p>Fondo de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.</p> <p><b>Personal.</b></p> <p>*1 Representante de Zona.</p> <p>*1 Médico de salud pública.</p> <p>*1 veterinario.</p> <p>*1 Enfermera de salud pública.</p> <p>*1 Consultor en tuberculosis.</p> <p>*1 Oficial administrativo.</p> <p>*8 miembros locales.</p> <p>*14 miembros del personal internacional.</p>

Cuadros elaborados por la autora con los informes de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, pp.67-76.

Otro problema expuesto en la Conferencia acerca de la Oficina Sanitaria Panamericana, se refirió a la dificultad para contratar especialistas, ya que el país que tuvo la mayor cantidad de médicos e ingenieros sanitarios fueron los Estados Unidos de Norteamérica, y desafortunadamente, este país sometió a los interesados en participar en organismos internacionales a complicadas pruebas que no tuvieron nada que ver con sus conocimientos, sino con su patriotismo, esas selecciones y diagnósticos duraban varios meses.

Por orden Ejecutiva, el presidente de los Estados Unidos exigió que todos los ciudadanos estadounidenses que estuvieran empleados, o en expectativa de ser empleados por una Organización Internacional se sometieran a una investigación y que se verificase su lealtad a los Estados Unidos. La carga de la prueba de lealtad, en estos casos, recae en el propio individuo, más que en el organismo que lo va a contratar. Mientras se aclara la situación de los interesados, transcurren plazos hasta de ocho meses. Por esta razón, el individuo que está seguro en el puesto que actualmente ocupa, siente pocos deseos de presentar una solicitud en la Oficina y de sufrir un período indefinido de indecisión en lo que se refiere a su futura situación.<sup>66</sup>

En 1953, los países europeos que tenían territorios en el continente asistían financiera y sanitariamente a sus colonias de una manera tan eficaz que en ninguna de éstas se reportaban enfermedades cuarentenables, en cambio en los demás países americanos exceptuando a Canadá, Costa Rica, Cuba, Haití y Panamá, todavía había informes de la presencia de enfermedades como la peste, la viruela, el tifo y la fiebre amarilla. Los países que reportaron más de 500 casos de las diversas enfermedades cuarentenables fueron Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú.<sup>67</sup> Estas cifras nos demuestran que todavía no se había concretado, a principios de la década de los 50', el ideal médico-sanitario panamericano de finales del siglo XIX de erradicar las enfermedades epidémicas de todo el continente americano. De hecho los estadistas sanitarios de facto desistieron a este ideal debido a las carencias presupuestarias por las que atravesaba los organismos panamericanos.

El nuevo paradigma de la salubridad panamericana fue el de sólo cooperar en la enseñanza, investigación, prevención y combate de las enfermedades epidémicas y trasmisibles y, en algunos casos, en que no se requiriera de tantos recursos materiales y humanos para su posible erradicación. Los sanitaristas asumieron que no era factible eliminarlas, si no existía un mejor nivel de vida entre los pobladores de las naciones americanas. Esta situación estaba directamente relacionada con el bienestar económico de cada país y del interés de los Estados en las cuestiones médico-sanitarias. Por lo tanto cada gobierno latinoamericano sería el principal responsable del cuidado de la salud pública y de la construcción y mantenimiento de hospitales, escuelas, centros de higiene y estaciones de adiestramiento y de la infraestructura sanitaria a lo largo de su territorio.

En esta Conferencia se dio un informe acerca de los médicos, enfermeras, dentistas, nutricionistas, personal de laboratorio, estadísticos, educadores sanitarios, trabajadores sociales, personal de oficina e ingenieros contratados de tiempo completo en los servicios de salubridad nacionales, estatales y locales en 15 países. Este inventario o diagnóstico se utilizó como parámetro para evaluar el interés de las autoridades sanitarias y el apoyo financiero de los gobiernos respecto a las tareas de salubridad pública en cada país.

<sup>66</sup> "División de Administración en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana" en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 14, año 1954, p.33.

<sup>67</sup> "Tabla 4, número de casos notificados de enfermedades cuarentenables en las Américas, 1953", *ibid.*, p.42.

Las cifras respecto a la contratación de médicos indicaban que los Estados Unidos de Norteamérica era el país que tenía la mayor cantidad de especialistas con 3,539; México contaba con 1,754, otros países como Chile, Colombia, Perú y Venezuela disponían con menos de 1,000, mientras que el resto de los países no rebasaban de 300 como Brasil y Paraguay, pero existían Estados que ni siquiera alcanzaban la cifra de 200 como Panamá. Al final de la lista se encontraban las naciones que ni por lo menos llegaban a los 100 médicos como Argentina, Bolivia, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua. Costa Rica ocupó el último lugar con 4 médicos contratados de tiempo completo.<sup>68</sup>

En algunos casos era comprensible el número limitado de contrataciones de médicos debido a la precaria situación económica de cada país, en otros se tendría que llevar a cabo un estudio más minucioso para definir porque era tan restringida la contratación de galenos de tiempo completo. Caso típico fue el de Brasil, país que, siendo pionero y colaborador persistente de las acciones llevadas a cabo por los organismos panamericanos, no acataba las recomendaciones de contratar al mayor número posible de personal médico-sanitario de tiempo completo, para incentivar las labores de salud pública.

De acuerdo a Halperin Dongui,<sup>69</sup> la situación política y económica por la que atravesaba Brasil desde 1930, se caracterizaba por una inestabilidad social a causa de la lucha por el poder entre diversos sectores de la sociedad brasileña, y también porque esta nación productora de café, vio mermadas sus exportaciones en 1950, lo que ocasionó una balanza comercial desfavorable, además de tener una inflación galopante. Todo ello, hizo que Getulio Vargas impusiera un programa de austeridad gubernamental. Estas circunstancias que cita Dongui necesariamente repercutieron en el abandono de ciertas actividades de índole social, como las relacionadas con la atención a la salud, y, por lo tanto era poco lo que podían hacer los sanitaristas brasileños para cumplir los compromisos adquiridos en los foros panamericanos.

Respecto a la contratación de enfermeras de tiempo completo, los números reflejaron circunstancias similares a las cifras de médicos, nuevamente los Estados Unidos de Norteamérica ocuparon el primer lugar de contrataciones con 17,381, el segundo correspondería a Chile con 9,485, el tercer sitio pertenecería a Venezuela con 3,159, México bajaría al cuarto sitio con 2,739, el quinto lugar le perteneció a Colombia con 1,111. Los

---

<sup>68</sup> Para sintetizar la información de los informes cuadriales desglosada en el cuadro 43 referente al personal empleado a tiempo exclusivo en los servicios de salubridad nacional, estatal o provincial y local en 15 países de las Américas, en 1953, se sumaron las cifras por especialidad y país "Cuadro 43" en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 14, año 1954, p.22.

<sup>69</sup> Halperin Dongui, Tulio. *Historia contemporánea de América Latina*, México, Alianza Editorial, 1988, pp.418-425.

demás países tuvieron cifras inferiores a las 1,000 contrataciones siendo la República Dominicana el país que ocupó el último sitio con 71. Es digno de mencionar que Panamá tuvo más enfermeras que Brasil, 727 por 459 de este último.<sup>70</sup>

El número de contrataciones del personal de saneamiento, que incluyó a los ingenieros entre otros especialistas, se iniciaba con Estados Unidos de Norteamérica con 9,316, continuaría con Colombia con 1,883, en tercer sitio fue México con 1,056 y en cuarto lugar aparecería Brasil con 544. Los demás países tuvieron menos de 500, el último lugar lo ocupó Argentina con 36.<sup>71</sup>

Del análisis de este informe estadístico concluimos que la mayor concentración de contrataciones de tiempo completo fue para plazas de enfermería. El número total de médicos, enfermeras e ingenieros de tiempo completo durante la década de los 50', en cada país quedaría de la siguiente manera.<sup>72</sup>

<b>P A Í S</b>	<b>Contrataciones de tiempo completo.</b>
Estados Unidos de Norteamérica	30,336
Chile	10,534
México	5,549
Venezuela	4,653
Colombia	3,935
Perú	1,411
Brasil	1,268
Panamá	994
Paraguay	804
Bolivia	547
El Salvador	454
Costa Rica	332
República Dominicana	306
Argentina	218

Aunado a los problemas económicos y políticos intrínsecos que debían enfrentar las autoridades sanitarias de las naciones latinoamericanas para poder llevar a cabo los programas panamericanos en sus respectivos países, hubo la necesidad de negociar las disposiciones internacionales de la Organización de las Naciones Unidas y los representantes políticos de los gobiernos americanos. En opinión del doctor Soper estas situaciones perjudicaban las relaciones de cooperación entre la Organización Sanitaria Panamericana y las instituciones especializadas en higiene pública y medicina de cada nación americana. En buena medida esta situación se daba, por un lado, debido a que los convenios establecidos no respetaban las bases jurídicas del Código Sanitario Panamericano ni la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Por otra parte, a que el Consejo Económico y Social

<sup>70</sup> "Cuadro 43" en *op.cit.*, p.22

<sup>71</sup> *Ibid.*

<sup>72</sup> *Ibid.*

(ECOSOC) asignó que los fondos de asistencia técnica debían ser para programas generales en los países y la administración de los mismos sería a través de un representante de la Naciones Unidas y el gobierno interesado.

Francamente, estoy medio desilusionado, con las posibilidades, porque la acción tomada por ECOSOC, en julio de este año, quita la posibilidad de negociar programas de asistencia técnica directamente con las autoridades sanitarias de los países y establece programas políticos para cada país en vez de programas técnicos de las organizaciones especializadas, este programa, este propósito no solamente ha sido aprobado por unanimidad, sino que ha sido propuesto y secundado por representantes de los países americanos.<sup>73</sup>

Ante tal dificultad el doctor Soper planteó, que la única solución sería que los representantes sanitarios de cada país convencieran a sus autoridades políticas para que la asistencia técnica continuase bajo la responsabilidad de las organizaciones interamericanas especializadas, y, en consecuencia esta posición fuera defendida por éstas en los foros internacionales.

Soper también manifestaba que esta perspectiva panamericana de no involucrar a organismos ajenos a las tareas médico-sanitarias se promoviera a nivel internacional, puesto que la misma Organización Mundial de Salud no tenía la autonomía suficiente y los recursos necesarios para establecer programas de cooperación directa con las instituciones interesadas en estas cuestiones. En tanto que estaba inserta en un organigrama de funcionamiento tan complicado, que ni los políticos que lo habían diseñado tenían a ciencia cierta la manera de ejecutar la logística de la organización misma, además de que su organigrama no especificaba la manera en que se distribuirían los fondos en las diferentes secciones de este organismo.

[...] lo cual supone limitar las funciones de la Organización Mundial de la Salud y de otros organismos especializados a la prestación de servicios de asesoramiento técnico a proyectos individuales. Esta decisión tendrá por resultado, en la mayoría de los casos, una nueva reducción de las actividades sanitarias financiadas con fondos de Asistencia Técnica y representará una demora en la labor encaminada a la unificación de los programas.<sup>74</sup>

La perspectiva de Soper era defendida en las reuniones de ECOSOC por el doctor Candau, director de la Organización Mundial de la Salud y ex-colaborador del Instituto de Asuntos Interamericanos. Desafortunadamente las participaciones de ambos doctores no fueron suficientes para oponerse a la política internacional, porque durante este período los recursos para la asistencia técnica y en específico para los asuntos de la salud pública, fueron reducidos.

---

<sup>73</sup>“Participación de Soper en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 14, año 1954, p.29

<sup>74</sup> *Ibid.*, p.20

Tal dificultad había repercutido en que los Estados Unidos de Norteamérica disminuyeran sus contribuciones a la Organización Sanitaria Panamericana, sin embargo, siguió siendo el mejor contribuyente, pero no sólo de esta Institución, sino que también fue el mayor colaborador financiero de otros organismos internacionales.

**Contribución Económica de Estados Unidos de Norteamérica a la salud internacional en 1954.<sup>75</sup>**

<b>Instituciones.</b>	<b>%</b>	<b>Cantidad</b>
Organización Mundial de la Salud.	33%	\$3,000,000.Dólares
Asistencia Técnica de las Naciones Unidas	60%	\$2.640.000. Dólares
Fondo de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas	70%	\$9.880.000. Dólares
Oficina Sanitaria Panamericana.	66%	\$1,320,000 Dólares
Programas sanitarios de la Administración de Operaciones Exteriores E. U.	100 %	\$Millones de Dólares. (no se especifica la cantidad)

Esta situación se mantuvo hasta la siguiente Conferencia Sanitaria Panamericana en 1958, el director doctor Soper señaló que la mayor cantidad de recursos financieros para sostener la Organización Sanitaria Panamericana procedía de las cuotas de los Estados miembros y de la Administración de Operaciones Exteriores (AOE), del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica. Este dato cimentara una verdad incuestionable, que no sólo ese país perdió el interés en las labores médico-sanitarias del continente, sino que esta actitud se había generalizado a los demás países americanos.

También es importante destacar que durante la época panamericana la Oficina Sanitaria Panamericana, las fundaciones altruistas norteamericanas y el Instituto de Asuntos Interamericanos, entre otras organizaciones, realizaban acuerdos de manera directa con las autoridades sanitarias de cada país latinoamericano sin intermediación alguna, sólo solicitaban la aprobación del gobierno correspondiente. Por el contrario, después de la Segunda Guerra Mundial los sanitaristas panamericanos estaban inmersos en una situación que durante años habían censurado en los foros panamericanos: la intervención de políticos en los asuntos médico-sanitarios. Argumentaban que éstos, preponderaban más sus intereses personales o

<sup>75</sup> Soper, L. Fred. "Organización Sanitaria Internacional" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 33, núm. 5, p.505.



de grupo que los asuntos verdaderamente importantes y que los dirigentes políticos por su ignorancia o desinterés no tendrían la misma capacidad de planeación y conocimiento que tuvieron los médicos, ingenieros y enfermeras panamericanos, para desarrollar con buenos resultados un proyecto continental respecto a la salubridad y a la atención médica llevado a cabo apenas en unas cuantas décadas.

## **Capítulo V. Creación y objetivos de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.**

Existieron dos razones substanciales, para fundar una oficina norteamericana encargada exclusivamente de los asuntos con América Latina. La primera tiene que ver con la seguridad nacional de los Estados Unidos de Norteamérica y la segunda se refiere al contexto histórico en el cual se insertan los países del continente americano a la guerra mundial en 1942, circunstancia que impulsa la necesidad de fortalecer las relaciones panamericanas para establecer de manera conjunta la defensa continental.

La propuesta inicial de instaurar esta oficina provino de Nelson Rockefeller, industrial y político interesado en esta región, debido a que este territorio significaba un gran mercado para los norteamericanos en tiempos de guerra y de paz. La influencia de los empresarios en la toma de decisiones de las autoridades del estado norteamericano ha sido siempre una constante, por ello no es extraño que se haya aceptado la propuesta del político-empresario, con tal beneplácito que se le nombró presidente de la futura dependencia de gobierno.

George C. Dunham, André Luiz Vieira de Campos, Marcos Cueto y Francisco Peredo Castro, fundamentan que el establecimiento de la Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, fue una estrategia política y económica, para aminorar la influencia nazi en América. Los miembros del Eje tenían relaciones comerciales y políticas con algunos países latinoamericanos y, al mismo tiempo realizaban labores de espionaje y difundían la ideología alemana entre la población americana, situación que atentaba contra la doctrina panamericana.

Roosevelt, preocupado por la penetración nazi en el continente americano, creó en agosto de 1940, por orden ejecutiva, la Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas, más tarde conocida como Office of the Coordinator of Interamerican Affairs (OCIAA) u Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos (OCAI), con Nelson D. Rockefeller como titular.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Peredo Castro, Francisco. *Cine y Propaganda para Latinoamérica, México y Estados Unidos en la encrucijada de los años cuarenta*. México, UNAM, CCyDEL, CISAN, 2004, p.80, André Luiz Vieira de Campos, describe que la Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas, se llamó así sólo un año, después se le nombró Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, y en mayo de 1946 finalmente se le quedó Oficina de Asuntos Interamericanos.

Aunque los Estados Unidos de Norteamérica, era la nación que participaba con mayor presupuesto en todos los organismos panamericanos, esto no era suficiente, ya que el Estado norteamericano realmente lo que quería era instituir un organismo nacional en el cual fuera más visible su colaboración económica, pero, desde luego, también la política. “Su propósito [...] [era] promover una propaganda pronorteamericana e impulsar el desarrollo.”<sup>2</sup>

La Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, tuvo entre sus objetivos el de “llenar las necesidades inmediatas de la guerra.”<sup>3</sup> Este organismo fue reconocido como una “corporación de emergencia de guerra bajo las leyes del Estado de Delaware, para representar a los Estados Unidos en la preparación y cumplimiento de los términos de [futuros] convenios bilaterales.”<sup>4</sup>

La Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas del Gobierno del los Estados Unidos de Norteamérica, tuvo como primera tarea la de enviar una comitiva de técnicos para visitar 18 países de América. Buscaban realizar un sondeo de la influencia alemana en la región latinoamericana, al mismo tiempo, investigar la situación en que se encontraban sus empresas e instituciones gubernamentales establecidas en aquellos territorios, y, por supuesto, de realizar un diagnóstico de quienes realizaban propaganda y acciones anti-norteamericanas.

De los tres representantes de la misión, dos estaban contratados por corporaciones, y uno sólo representó al Estado norteamericano: “Percy L. Douglas on leave of absence from the Otis Elevator Company Internacional Division, and included Jhon Lockwood, New York Lawyer, and George H. Butler, of the State Department.”<sup>5</sup> Este dato corroboró la estrecha relación, entre el Estado Norteamericano y sus empresarios, ya que uno de sus empresarios con licencia de su compañía comercial lo fue Douglas.

---

<sup>2</sup> Cueto, Marcos. *El valor de la salud , Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2004, p.73.

<sup>3</sup> Pruneda, Alfonso. “Documentos Oficiales” en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, México, año IV, núm.4, agosto de 1943, p.356. Este autor cita las palabras del Dr. Georges C. Dunham.

<sup>4</sup> Soper L .Fred, “Actividades de Salubridad Internacional en las Américas” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 27, núm. 9, septiembre de 1948, p.803.

<sup>5</sup> Shepard, Jones y Denys P.Myers. *Documents on American Foreign Relations*, Washington, Vol. III. July 1940-June 1941, Boston.World Peace Foundation, p.111.

La delegación regresó en diciembre de 1940, con un informe que reveló que algunas de sus propias empresas financiaban acciones mercantiles y políticas perjudiciales a los intereses norteamericanos. También se comprobó la existencia de trabajadores contratados por los estadounidenses que estaban inmiscuidos en organizaciones contra-norteamericanas, esta circunstancia no estaba generalizada; sin embargo, esta misión planteó que se debía realizar un proyecto de cooperación panamericano. Se estimulaba el aumento del comercio entre los países de América Latina y el fomento de la industrialización en toda la región, -específicamente en la elaboración de bienes de consumo-, para evitar que en un futuro, esta infiltración ideológica y económica contra-norteamericana pudiera significar un peligro para la seguridad nacional de los Estados Unidos de Norteamérica.<sup>6</sup>

En un inicio la comisión encargada de establecer los primeros contactos con los países sudamericanos, para establecer el proyecto de cooperación comercial fueron: Nelson A. Rockefeller, Coordinador de las Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas, de la Oficina de la Gerencia de la Emergencia en la Oficina Ejecutiva del presidente; J. Rafael Oreamuno, ministro del interior de Costa Rica in Washington; George W. Magalhaes, representante the Westinghouse Electric International Co. New. York City; Renato de Acevedo, apoderado the Lloyd Brasileiro Navigation Co. y Carlos Cambell del Campo, consejero comercial de la embajada de Chile en los Estados Unidos.

Cabe destacar la prioridad de atención a los países del cono sur, porque la misión norteamericana había encontrado una gran influencia económica y política alemana en aquellos círculos de poder; sin embargo, este proyecto de cooperación abarcó a casi todos los países americanos: "In establishing this Comité the Government does so with the recognition that the uninterrupted flow of commerce between the United States and Central and South American nations is directly related to the national defense program and to the economic welfare of the American Republics."<sup>7</sup>

André Luiz Vieira de Campos, argumentó que también existía otro trabajo importante para la OCAI, el de ser intermediadora entre el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y los Estados latinoamericanos para negociar el establecimiento de bases militares norteamericanas en América Latina con el pretexto de la defensa continental.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> *Ibid.*, p.116

<sup>8</sup> Vieira de Campos, André Luiz. *The Institute of Inter-American Affairs and Its Health Policies in Brazil during World War II*. Presidential Studios Center for the Study of the presidency, Quarterly 28, no.3 (Summer), 1998., p.523.

Por otra parte, el Estado norteamericano enfrentó severos conflictos ocasionados por las decisiones soberanas de los gobiernos americanos que estaban en contra de sus intereses económicos, tales como: la expropiación petrolera mexicana, estos sucesos advirtieron un panorama nada favorable para la nación norteamericana, por lo tanto este país estaba obligado a impulsar una relación económica y política más estrecha con los gobiernos americanos para evitar que las naciones latinoamericanas entablaran futuras alianzas con los países del Eje.

[...]al final de los años treinta, luego de las expropiaciones cardenistas, Gran Bretaña y Estados Unidos se encontraron a sí mismos en una posición difícil respecto a México. De acuerdo con las políticas anglosajonas tradicionales, este último merecía un severo castigo por su política expropiadora, y por el “mal ejemplo” que podía significar para el resto de Latinoamérica. Sin embargo, considerando la situación internacional, aquellas potencias debieron ser cautelosas, sobre todo Estados Unidos, no solamente en relación con México, sino con Latinoamérica en general.<sup>9</sup>

El gobierno norteamericano, procuraba que el Instituto de Asuntos Interamericanos de la Oficina del Coordinador tuviera la menor cantidad de intermediarios, para tener mayor capacidad de negociación acerca del tipo de cooperación de acuerdo a sus propios intereses, por ello este organismo se proyectó con carácter bilateral. La creación de un instituto de perfil bilateral, no eliminó el paradigma panamericano, sino que lo robusteció al hacer las relaciones comerciales, políticas y culturales de los Estados Unidos de Norteamérica con América Latina más subordinadas a su hegemonía, ya que sólo tenía que tratar con el país interesado.

La instauración del Instituto de Asuntos Interamericanos no ocasionó que los Estados Unidos de Norteamérica abandonaran los foros panamericanos, sino muy al contrario, ya que promovió el establecimiento y fortalecimiento de varias organizaciones de carácter continental como: la Unión Panamericana, la Unión Parlamentaria Interamericana, y el Comité Consultivo Económico Financiero Interamericano, éste último tuvo como presidente a Nelson Rockefeller, lo que evidencia que el Estado Norteamericano involucró en los organismos panamericanos e internacionales a funcionarios norteamericanos relacionados con la OCAI.

Para Peredo la OCAI “haría eco a partir de entonces de ideas de antaño como el iberoamericanismo, el latinoamericanismo, etc., para transfigurarlas, por sobre todas las cosas, en el discurso del panamericanismo.”<sup>10</sup>, Sin embargo, nuestra consideración es que esta

---

<sup>9</sup> Peredo Castro, Francisco. *Cine y Propaganda para Latinoamérica, México y Estados Unidos en la encrucijada de los años cuarenta*. México, UNAM, CCyDEL, CISAN, 2004, p.76

<sup>10</sup> *Ibid*, p.80-81.

premisa no era novedad, porque los seguidores de la doctrina panamericana siempre conjugaban las tesis iberoamericanas y bolivarianas para justificar su discurso, ¿Entonces cuál era la contribución de la OCAI? El mismo Peredo brinda la respuesta:

La OCAI se consideró una vía para fortalecer la política del “buen vecino” [...] Pero también respondió al requerimiento estadounidense de recibir todo tipo de materias primas de Latinoamérica, determinadas por censos y estudios estadísticos de la OCAI sobre los recursos naturales (minerales y agrícolas), primordialmente) y las capacidades industriales de la región.<sup>11</sup>

A partir de la Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas realizada del 15 al 28 de enero de 1942, en Río de Janeiro, Brasil, la Oficina del Coordinador del Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno del los Estados Unidos, promovió convenios bilaterales en asuntos educativos, culturales, sanitarios, médicos, y económicos, con Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, el Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.<sup>12</sup>

Existe hoy en día el panamericanismo más práctico, más firme y más real que jamás haya existido en la historia del Mundo [...] enarbolando, unidos, la doctrina panamericana, que no debemos abandonar con grave responsabilidad de cada uno de nosotros a la acción unilateral, realizaremos el ideal en marcha de una defensa poderosa y de una convivencia fraterna [...] La construcción del hombre libre de América que sea un consumidor, un soldado, un guardián de la libertad.<sup>13</sup>

Para el año de 1943 la Oficina de Asuntos Interamericanos estaba compuesta de las siguientes divisiones: 1ª. División México, 2ª.. División Caribe y Centroamérica que incluía a Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y conjuntamente con la Oficina de Asuntos Europeos se colaboraba con las Guyanas y las islas del caribe. 3ª. División, Brasil, 4ª. División de Asuntos Bolivarianos con los países de Colombia, Ecuador y Venezuela, 5a. División de Asuntos del Río de la Plata que integraba a Argentina, Paraguay y Uruguay y 6a. División de Asuntos de la Costa Oeste, de Bolivia, Chile y Perú.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> *Ibid.*, p.82.

<sup>12</sup> Como ya se había descrito anteriormente, en esta Reunión de Ministros se reafirmó que todo acto de agresión extracontinental a cualquier país, era una amenaza a la libertad e independencia de continente americano, por lo tanto a raíz de los recientes ataques a Estados Unidos, se recomendaba la ruptura de relaciones con Japón, Alemania e Italia. También los ministros se adjudicaron el espíritu panamericanista y la política del Buen Vecino para retomar la Cláusula XV sobre “Asistencia recíproca y Cooperación defensiva de las Naciones Americanas” declarada en la Segunda Reunión de Ministros efectuada en la Habana del 21 al 30 de julio de 1940, para conjuntar esfuerzos para la producción de materiales estratégicos y para incentivar el comercio continental. Además los ministros resolvieron negociar con los Estados europeos que tuvieran colonias en América, para que evitaran utilizar sus posesiones como cárceles, ya que esta situación afectaba los principios panamericanistas, por último se establecieron lineamientos militares, económicos y sanitarios para la defensa del continente.

<sup>13</sup> Archivo Histórico de Relaciones Exteriores; III-2548-15.México, 5 parte.

<sup>14</sup> Leland M. Goodrich, y Marie J. Carroll. *Documents on American Foreign Relations*, vol.VI, July 1943-june 1944, Boston, World Peace Foundation, 1945, pp. 74-75.

De acuerdo con Peredo, la OCAIA, no solamente trabajó en labores de asistencia social, actividades culturales y de fomento económico, sino que también apoyó la industria cinematográfica mexicana, con el propósito de contrarrestar la propaganda fascista, a través de la realización de películas que promovieran en toda latinoamericana una imagen positiva de Norteamérica, además que rescataran los valores de la identidad latinoamericana, para formar una conciencia nacional y continental.<sup>15</sup>

Peredo argumenta que durante el conflicto mundial, el Estado norteamericano tuvo el sincero propósito de fomentar el panamericanismo; sin embargo, éste se convirtió después de la guerra en sólo un discurso promocional, porque sus intereses hacía la América Latina habían disminuido al obtener su nuevo papel de primera potencia mundial. Pero, como afirma el historiador Marcos Cueto, la OCAIA representaba desde el principio un vínculo de cooperación propagandístico pronorteamericano, que intentó asistir con algunos problemas económicos, sanitarios y educativos que enfrentaban los países latinoamericanos.

El Estado norteamericano, a través de los organismos panamericanos y de sus propias instituciones, promovió y permitió una mediana industrialización dentro de los países latinoamericanos, además de tolerar que algunos vecinos del Sur durante la conflagración mundial, realizaran un esquema económico de sustitución de importaciones, pero lo único que nunca fomento en Latinoamérica, fue la creación de industrias de bienes de capital, porque implicaba el riesgo de que estos países dejaran de ser dependientes de su hegemonía, aunque esta situación, también dependía de las políticas económicas impulsadas por los gobiernos latinoamericanos.

Aunque la resistencia latinoamericana dentro del sistema panamericano no pudo evitar la subordinación económica al imperio norteamericano, si tuvo dos aportaciones importantes, en primera instancia la incorporación de directrices políticas de origen bolivarianas que contuvieron en cierta medida al intervencionismo militar del imperialismo norteamericano y también los conflictos armados entre los países latinoamericanos. Asimismo impulsó una organización que fue determinante en la normatividad institucional continental y su influencia de cada país, además en el caso de la salubridad y la asistencia médica tuvo varios logros que fueron determinantes para controlar y erradicar diferentes enfermedades, asimismo la contribución a la infraestructura médico-sanitaria continental.

---

<sup>15</sup> Peredo Castro, Francisco, *op.cit.*, p.461-469.

### 5.1. La División de Salud de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos.

En 1941, La Oficina del Coordinador de Relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y la Oficina Sanitaria Panamericana, colaboraron para otorgar becas a médicos latinoamericanos recién matriculados, para que recibieran entrenamiento por un año, en hospitales y clínicas universitarias, esta acción fue la primera de alcances continentales que realizaba la nueva Oficina de gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica respecto a cuestiones médico-sanitarias y que se fortalecería a partir de la Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores.

En esta reunión de las Repúblicas Americanas realizada en Río de Janeiro del 15 al 28 de enero de 1942, se llegó a varios acuerdos con el objetivo de establecer el fortalecimiento de la cooperación económica, entre ellos la Resolución XXX de la Acta final, titulada “Mejoramiento de la Salud y de la Salubridad Pública.”

1. Que las Repúblicas Americanas en la actualidad tomen medidas para la realización de ciertos planes y objetivos comunes que han de contribuir a la reconstrucción del orden mundial.

2. Que las Repúblicas Americanas actualmente tomen medidas conducentes a la conservación y al desarrollo de sus recursos de materiales vitales y estratégicos, al mantenimiento de sus economías nacionales y a la eliminación de las actividades económicas que son perjudiciales al bienestar y a la seguridad de las Repúblicas Americanas.

3. Que la defensa del Hemisferio Occidental requiere la movilización de las fuerzas vitales, humanas y materiales, de las Repúblicas Americanas; y

4. Que el tomar medidas adecuadas para proteger la salud y mejorar la Salubridad pública constituye en parte esencial al mantenimiento del poder de los pueblos de América para defenderse y para resistir la agresión.

Resuelve:

1. Recomendar a los gobiernos de las repúblicas Americanas que, individualmente o mediante acuerdos complementarios entre dos o más de ellos, tomen las medidas necesarias para solucionar los problemas de salubridad e higiene, contribuyendo, según su capacidad, con materias primas, servicios y fondos.

2. Recomendar que para la realización de estos objetivos sean utilizados la ayuda técnica y el consejo de los servicios nacionales de sanidad de cada país en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana.<sup>16</sup>

La Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, para cumplir con la Resolución XXX de la Tercera Conferencia de Cancilleres, instauró la División de Salud y Saneamiento en febrero de 1942. El director de la División de Salud de la Oficina del Coordinador fue el General George Dunham, quien era miembro del ejército de los Estados Unidos de Norteamérica y egresado de la Universidad de Johns Hopkins, con la especialidad en salud pública con énfasis en enfermedades tropicales.

<sup>16</sup> Archivo Histórico de Relaciones Exteriores de México, III-2548-15(II), Anexo, *Acta final de la Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas 1942.*



El doctor George Dunham definió los propósitos de la creación de la División de Salud y Saneamiento, éstos se adecuaron al plan general de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos de combatir la influencia de las potencias del Eje, a través de programas médico-sanitarios. En primer término promovió el establecimiento de campañas contra las enfermedades tropicales con la intención de controlarlas o erradicarlas de los lugares que tuvieran los recursos naturales necesarios para la guerra -como el caucho y el hierro- o en aquellas zonas estratégicas ubicadas en las fronteras o costas, que pudieran ser utilizadas como bases aéreas del ejército norteamericano, además de los territorios que estuvieran situados cerca de la carretera panamericana y de la vía de los ferrocarriles locales para evitar el traslado terrestre de enfermedades. El siguiente objetivo fue el de impulsar un proyecto continental de enseñanza e investigación, en medicina preventiva, higiene materno-infantil, salud pública e ingeniería sanitaria, al mismo tiempo que se estimulara la construcción de unidades sanitarias, laboratorios, centros de higiene y estaciones de adiestramiento, además de la infraestructura hidráulica en pequeños poblados.<sup>17</sup>

Near the upper end of the Rio Doce Valley at Itabira, State of Minas Gerais, Brazil, is probably the world's largest deposit of high-grade iron ore. There are also large deposits of manganese, mica, quartz, and other minerals in this valley. These resources cannot be fully developed without an extensive health and sanitation program to prevent and treat malaria and other diseases.<sup>18</sup>

Además de lo declarado por Duham, varios autores del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y participantes de las Conferencias Sanitarias fundamentaban que los convenios bilaterales no se impondrían, ya que se elaboraban también con el dictamen de las autoridades médico-sanitarias locales.

La División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos procuró instaurar proyectos que no fueran onerosos, y que se pudieran resolver a mediano plazo, con la asesoría de los especialistas norteamericanos enviados a los países americanos, para entrenar a los médicos, enfermeras e ingenieros de esta región. Además, procuraron que la infraestructura sanitaria llevada a cabo en estos países, fuera supervisada por sus técnicos y construida con los productos y materiales hechos en los Estados Unidos de Norteamérica.

---

<sup>17</sup> Dunham, C. George. "The Cooperative Health Program of the American Republics" en *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, Washington, volume 34, august 1944, number 8, pp. 817-827.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p.820

Dunham, en primer lugar, envió por todo el territorio latinoamericano a un equipo de especialistas, siempre y cuando las autoridades de esos países americanos estuvieran interesadas en el nuevo proyecto cooperativo panamericano en salubridad pública. Tenían el cometido de iniciar la negociación de los convenios bilaterales.

Entre los intereses norteamericanos y las necesidades médico-sanitarias de cada uno de los países latinoamericanos, la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos inició la firma de los convenios bilaterales en 1942. Si bien los convenios bilaterales médicos-sanitarios eran similares no todos eran iguales, pues en algunos países se impulsó como prioridad la enseñanza y la investigación en enfermedades tropicales, en otros se limitó al control de las enfermedades exóticas, o la construcción de infraestructura sanitaria, también hubo Estados que armonizaron estas tareas, pero nunca se orientaron a un solo asunto de saneamiento o médico.

En ningún momento ha asumido el instituto la responsabilidad de coordinar los esfuerzos de todos los países americanos en la solución de un problema común como lo han hecho la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana respecto a la fiebre amarilla y la peste. Más bien se ha identificado en cada país con los problemas locales.<sup>19</sup>

Los primeros países latinoamericanos en suscribir convenios con la OCAI fueron, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, el Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. Dentro de los Ministerios de Salud de cada país uniformemente se estableció una dirección con el nombre de “Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública”, cuya responsabilidad estuvo a cargo del Director del Ministerio de Salud y el jefe de la misión de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos.

Los convenios bilaterales entre la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos y los Estados latinoamericanos, tendrían una duración corta, cinco años, previendo el término de la guerra, con opción a renovarse por otro período breve. “Durante 1942-47 se suscribieron los convenios con todas las repúblicas latinoamericanas, excepto Cuba y Argentina, sobre la inversión de unos 45 millones de dólares de fondos de los Estados Unidos de Norteamérica y grandes cantidades de dinero de los otros gobiernos contratantes”.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Soper, Fred, “Actividades de Salubridad Internacional en las Américas”, *op.cit.*, p 804-805.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p.803

The defense of the Western hemisphere required the mobilization of the vital forces, human and material, of the American republics and adequate health and sanitary measures constitute an essential contribution in safeguarding the defensive powers and the ability to resist aggression of the peoples of the American republics.<sup>21</sup>

El “Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública”, poseería un presupuesto independiente al de los ministerios de salud nacionales; el primero estaría administrado conjuntamente por los representantes del Instituto de Asuntos Interamericanos y de la dependencia nacional. Para el funcionamiento del “Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública”, tanto los Ministerios de Salud y la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos debían aportar recursos económicos similares; sin embargo, esta sugerión fue relativa, porque al iniciarse los trabajos de cooperación sanitaria y médica, la Oficina contribuyó con mayores apoyos monetarios; pero, conforme avanzaba el tiempo esta institución redujo significativamente su cooperación, hasta llegar a ser simbólica en determinados países. A este sistema de colaboración bilateral, los norteamericanos lo llamaron como *partnership arrangement*. “El servicio funciona generalmente dentro de la estructura administrativa del ministro, cada gobierno proporciona personal y fondos para los gastos del Servicio. El jefe de la Misión de Campo de la IIAA, generalmente encabeza el servicio”<sup>22</sup>.

Existieron ciertos proyectos que se llevaron a cabo de manera independiente por los médicos e ingenieros sanitarios de la División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, en algunos de ellos colaboraron la Oficina Sanitaria Panamericana. Estos trabajos eran realizados con la autorización de los países respectivos. La División de Salud y Saneamiento proporcionó becas a estudiantes latinoamericanos y norteamericanos, también elaboró programas de investigación acerca de los recursos naturales de los países americanos, asimismo hizo estadísticas epidemiológicas y estudios científicos de algunas enfermedades ubicadas en lugares estratégicos para la defensa continental.

Los trabajos de infraestructura sanitaria y médica llevados a cabo por la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, fueron para el beneficio exclusivo de los países latinoamericanos, además que los nacionales se convirtieron al término del acuerdo, en los únicos propietarios de las obras que se realizaron como: hospitales, escuelas de salubridad, institutos de higiene, estaciones de adiestramiento etc., esta cooperación no sólo se redujo a resolver los problemas inmediatos de la guerra, sino que también pretendió coadyuvar a alcanzar la salud en todos los países latinoamericanos, en un afán de proteger los intereses de la Nación estadounidense.

<sup>21</sup> Dunham, C. George. “The Cooperative Health Program of the American Republics” en American Journal of Public Health and the Nation’s Health, *op.cit.*, p.818

<sup>22</sup> AHSRE; Sección de Archivo General III-1945-1. Primera Parte.

De ocurrir otra guerra, los Estados Unidos necesitarán como aliados a naciones sanas, que puedan producir y luchar por el interés común. Aquellos familiarizados con la situación en la América Latina comprenden que una base firme de prosperidad en el Hemisferio Occidental puede establecerse sólo a base de mejor salud que haga posible un aumento de producción.<sup>23</sup>

Era un hecho que varios países americanos tenían expertos en cuestiones de salubridad pública que se prepararon en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, y que junto a los especialistas de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, orientaron a sus autoridades sanitarias para llevar a cabo este programa de cooperación médico-sanitario. A pesar de ello existía un número limitado de especialistas en salud pública y en ingeniería sanitaria, por lo que una de las tareas más importantes de este proyecto, fue la de construir escuelas especializadas en este rubro en los países que poseyeran una mínima infraestructura médico-sanitaria, para sostener de manera independiente estos establecimientos después de la conflagración mundial.

En la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz efectuada del 21 de febrero al 8 de marzo de 1945 en la Ciudad de México, el Instituto de Asuntos Interamericanos y la Oficina Sanitaria Panamericana fueron reconocidos oficialmente por sus trabajos de cooperación sanitaria durante el difícil proceso de la guerra, en la Resolución No. XLV titulada Seguridad Sanitaria se dice:

Resuelve:

Recomendar a los gobiernos de las Repúblicas Americanas den atención primordial a los problemas de salubridad y particularmente a los de saneamiento, de lucha contra las endemias, de asistencia preventiva y curativa y de disminución de la mortalidad infantil, y aporten para resolver tales problemas todos los recursos de que les sea posible disponer.

Recomendar a los Gobiernos de las Repúblicas Americanas que intensifiquen la mutua ayuda que de tiempo atrás vienen prestándose en aquellas materias en que sea pertinente hacerlo sobre labores de salubridad, de mejoramiento de la nutrición y de abastecimiento de alimentos, así como de asistencia preventiva y curativa.

Que la Oficina Sanitaria Panamericana continúe actuando como organismo general coordinador sanitario de las Repúblicas Americanas y de todos aquellos otros países del Hemisferio Occidental que deseen utilizar sus servicios, salvo los casos que se rijan por convenios bilaterales entre gobiernos, o entre gobiernos y un organismo interamericano.

Que se reconozca debidamente en cualquier organización mundial de salubridad el carácter continental de la Oficina Sanitaria Panamericana y que se dé a ésta apoyo completo en todas sus funciones conforme a las disposiciones del Código Sanitario Panamericano.

Que se dote a la Oficina Sanitaria Panamericana de los elementos económicos, de personal técnico y de cualquiera otra índole que haya menester para que la citada institución esté en aptitud de prestar el mejor servicio en su labor de coordinación y de dirección técnica de las actividades sanitarias en América.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Soper, Fred, "Actividades de Salubridad Internacional en las Américas", *op.cit.*, p.798

<sup>24</sup> "La Oficina Sanitaria Panamericana en la Conferencia de Chapultepec" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 4, mayo de 1945.p.398.

Para el año de 1945, los intereses panamericanos referentes a la salud pública cambiaron de orientación, ya que la prioridad ya no era el combate a las enfermedades tropicales, debido a que los adelantos médicos y sanitarios llevados a cabo durante la Segunda Guerra Mundial, se había logrado identificar los factores de transmisión de estos males; al mismo tiempo ya existían medicamentos eficaces en contra de ellos. Por lo tanto las políticas de salud pública se dirigían ahora a combatir los nuevos padecimientos surgidos en estos años y ocasionados por el proceso de industrialización, consecuentemente la investigación, la enseñanza, y las acciones prácticas fueron orientadas por este nuevo panorama.

El doctor J.J. Bloomfield afirmó que a partir de 1945, el Instituto asistió en primera instancia con los países más industrializados de América Latina: Venezuela, Brasil, Colombia, Chile y México, además de los estados de Bolivia y Perú<sup>25</sup>, para instaurar un programa de higiene industrial, cuyas directrices estuvieran orientadas a semejanza del modelo estadounidense; por ello, estos países se debían comprometer a instaurar una dirección de Estado de higiene industrial, en segundo término tendrían que preparar profesionistas en la especialidad y, por último, asumirían la instalación de centros de investigación que estuvieran ubicados en los corredores industriales.

El Instituto de Asuntos Interamericanos era una entidad del gobierno federal estadounidense, que también estaba comprometido con los intereses de los industriales norteamericanos. Por esta razón promovería, de ahora en adelante, la higiene industrial,<sup>26</sup> para alcanzar la salud plena entre el proletariado no sólo estadounidense sino latinoamericano. Era un hecho que un trabajador sano produciría más que un obrero enfermo, y siendo América Latina su área de influencia económica, tenía que garantizar un mínimo necesario de bienestar de todos los obreros del continente.

El doctor J.J. Bloomfield, especialista en higiene industrial del Instituto de Asuntos Interamericanos sostuvo que algunos países no tenían la infraestructura humana y material adecuada para dirigir este programa de higiene industrial, por ello debían ser administrados por personal norteamericano, Perú fue una de las naciones que aceptaron este tipo de colaboración.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Bolivia y Perú mostraron un especial interés en asuntos de salubridad, desde las primeras reuniones realizadas a fines del Siglo XIX en América, asimismo eran dos países con inmensos recursos naturales útiles para la creciente industrialización continental.

<sup>26</sup> “la higiene industrial se ocupa principalmente de las medidas para mejorar la salud de la persona que trabaja, y las condiciones en que desarrolla sus actividades.” Dr. J.J. Bloomfield, especialista en Higiene industrial, Instituto de Asuntos Interamericanos Lima Perú. “Progresos de la Higiene Industrial en la América Latina” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, op. cit., año 36, núm.2, febrero 1954., p.159.

<sup>27</sup> *Ibid.*, pp.163-164.

Por esta nueva orientación en la salud pública panamericana, a los médicos, enfermeras e ingenieros americanos, se les otorgaron becas básicamente para especializarse en las áreas de salubridad y epidemiología, con énfasis en enfermedades como: tuberculosis, males venéreos, paludismo, cáncer y padecimientos mentales, asimismo se impartieron cursos cortos y especialidades en administración sanitaria, nutrición, higiene materno-infantil, educación sanitaria, higiene industrial y administración de hospitales.

Hacia 1948 había 130 expertos sanitarios norteamericanos y unos 8,000 médicos, enfermeros y funcionarios locales trabajando en los diferentes servicios de la Oficina de Asuntos Interamericanos en América Latina. En ese mismo año, alrededor de 600 latinoamericanos recibieron becas, generalmente para estudiar en los Estados Unidos. Entre 1941 y 1951 se invirtieron US. \$30,403,103 en proyectos de salud del Instituto. El supuesto principal de los programas sanitarios del Instituto era que los países en desarrollo podían, o más bien debían, imitar el modelo de desarrollo sanitario norteamericano.<sup>28</sup>

No sólo la higiene industrial fue el nuevo paradigma de la salud pública panamericana, sino que también la enseñanza sanitaria en las comunidades rurales fue el nuevo propósito a consolidar. Para esta tarea se incluyó la participación de antropólogos que tenían que asesorar a los médicos, ingenieros y enfermeras que trabajaran en las zonas rurales en donde los habitantes eran reservados y conservaban una cultura arraigada de recelo a los foráneos, algunos países como México ya tenían experiencia en este sentido, pero la intención era que esta práctica fuera a nivel continental.

En el año de 1949, los organismos norteamericanos y panamericanos, que proporcionaban subvenciones eran: el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, El Instituto de Asuntos Interamericanos, El Servicio Internacional de Cooperación de la Oficina del Niño, la Oficina de Educación, Intercambio Internacional de Personas Departamento de Estado, La Fundación W. K. Kelloggs, Fundación Rockefeller, Fundación Guggenheim, Oficina Sanitaria Panamericana, Fondo Panamericano Leo S. Rowe, Cruz Roja Nacional Americana, Asociación Americana de Mujeres Universitarias, Consejo Nacional de Mujeres Judías, y la Organización Mundial de la Salud, además de los otorgados por los Estados latinoamericanos.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Cueto, Marcos. *El valor de la salud, Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2004, p.73.

<sup>29</sup> El listado de instituciones se obtuvo del trabajo de R.O, Brien, Henry, "Oportunidades de becas para trabajadores de salubridad en los Estados Unidos" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 28, no.7, julio 1949, p.669-680.

De acuerdo a Henry R. O'Brien, encargado de los Programas Educativos de la Oficina de Relaciones Internacionales de Salubridad del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, el Instituto de Asuntos Interamericanos era el organismo que había proporcionado más becas a estudiantes latinoamericanos hasta 1949, con el fin de que estudiaran en ese u otros países del continente, en donde se estuvieran realizando trabajos de campo.<sup>30</sup> Las estadísticas de la participación del Instituto de Asuntos Interamericanos, para el año de 1954, indicaban que en la "zona latinoamericana [había] 124 técnicos de los Estados Unidos que trabajaban con más de 2,000 sanitarios profesionales de la América Latina."<sup>31</sup>

Además, la División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos intervenía en el asesoramiento técnico y financiamiento de algunas conferencias, reuniones panamericanas médicas-sanitarias realizadas durante la Segunda Guerra Mundial hasta finales de los 50', algunas de ellas fueron: I Conferencia Interamericana sobre Educación Profesional en salubridad en Ann Arbor, Michigan en 1943, I Conferencia de Ingeniería Sanitaria del 10 al 20 de junio de 1946 en Río de Janeiro, Brasil; II Conferencia de Ingeniería Sanitaria del 26 de septiembre al 2 de octubre de 1946 en Caracas, Venezuela; Segunda Conferencia Panamericana de Educación Sanitaria del 16 al 22 de enero de 1947 en Caracas, Venezuela, II Seminario de Ingeniería Sanitaria de Centroamérica y Panamá del 17 al 24 de marzo de 1954 en San José de Costa Rica, I Seminario Regional Sudamericano de Ingeniería Sanitaria del 17 al 28 de mayo de 1954 en Caracas, Venezuela entre otras.

El primer cambio y quizás el más fundamental es la mayor importancia que debe darse indudablemente al adiestramiento y a la educación profesionales. Esto se refiere no solamente al adiestramiento y a la educación profesional, sino también al adiestramiento en las ciencias fundamentales de la medicina y a la enfermería e ingeniería sanitaria. La formación profesional ha sido siempre un punto principal del programa bilateral de la América Latina. En 12 años de funcionamiento, bajo la dirección del Instituto de Asuntos Interamericanos más de 1, 400 latinoamericanos, que ocupan ahora puestos directivos en 18 países, han recibido adiestramiento especializado en salud pública en los Estados Unidos.<sup>32</sup>

De acuerdo al espíritu práctico de los norteamericanos, los propósitos por los que se había establecido el Instituto de Asuntos Interamericanos ya estaban cumplidos desde mediados de la década de los 40', razón por la cual el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica inició en la década siguiente una drástica reducción financiera a esta institución. Este hecho tuvo como resultado que los funcionarios del Instituto de Asuntos Interamericanos comenzaron a carecer de los recursos económicos para sostener de manera adecuada los

<sup>30</sup> *Ibid.*, p.671.

<sup>31</sup> Williams Jr. Charles. "Evolución de los programas sanitarios bilaterales" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 36, núm. 6, julio de 1954. p.28.

<sup>32</sup> *Ibid.*, p.29.

proyectos bilaterales médico-sanitarios, por lo tanto, tampoco pudieron intervenir demasiado en las políticas sanitarias llevadas a cabo en Latinoamérica para lograr instaurar el abstracto modelo sanitario norteamericano pues, este objetivo ya no fue una prioridad en la agenda del gobierno estadounidense para mediados del siglo XX.



## Colaboración Médico-Sanitaria del Instituto de Asuntos Interamericanos.

País.	Acuerdos.
Bolivia.	Acuerdo agosto de 1944. Construcción de escuelas de enfermería y de laboratorios. Programa de control de la malaria. Campañas sanitarias en contra la peste bubónica. Instalación de un equipo de rayos X. Atención especializada para tuberculosis y enfermedades afines. Cursos para enfermeras. Dispensarios provisionales para vacunar contra la tifoidea, en La Paz, Calacala, Cochabamba, Magdalena, Fortaleza del Abuna, Cafetal, Puerto Ostarez y la Conquista. Asesorías en los hospitales de Guayaramerín y Riberalta. Construcción de Edificio de la Escuela Hogar de Enfermeras. Formación de núcleos materno-infantiles.
Brasil.	Acuerdo 17 de julio de 1942. Programa de control de la malaria y campaña de saneamiento en el Amazonas y norte de Brasil, con atención especial a las zonas donde se ubican los trabajadores del hierro, estaño y caucho. Entrenamiento en higiene pública, a doctores, ingenieros sanitarios y enfermeras. Abastecimiento de agua. Construcción de Hospitales, viviendas y letrinas. Construcción de escuelas de enfermería. Construcción de laboratorios. Investigación acerca de las siguientes enfermedades: malaria, filiarisis, la leishmaniasis y la tripanosomiasis. Educación sanitaria.
Chile.	Construcción de unidades sanitarias.
Colombia	Programa de nutrición, Programa de Salud Pública a través de los servicios establecidos en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Asistencia para el control de la malaria en los puertos de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Buenaventura, Tumaco, y Bahía Solano. Asistencia en el control y erradicación de rickettsiasis, brucelosis. Establecimiento de centros de salud pública. Entrenamiento del personal colombiano en medicina en salud pública, ingeniería sanitaria, enfermería y en administración de hospitales. Construcción de escuelas de enfermería. Construcción de laboratorios. Campañas sanitarias en contra del tifus. Campañas sanitarias en contra la bartonelosis. Saneamiento de puertos.
Ecuador	Construcción o adecuación de hospitales para la atención a madres y niños y tuberculosos. Construcción de escuelas de enfermería. Construcción de laboratorios. Programa de control de la malaria. Campañas sanitarias en contra la peste bubónica. Construcción de Desagües, centros de salud, mercados, asilo de insanos, oficina de sanidad municipal, y un dispensario de higiene infantil.
Guatemala	Campañas sanitarias en contra del tifus.
Haití	1942. Adiestramiento a técnicos y a médicos en salud pública. Obras de saneamiento: eliminación de excretas, la edificación de un mercado rural, fosas sépticas, eliminación de basura, y un proyecto de limpieza de los barrios de tugurios. Programa de control de la malaria. Campañas de educación higiénica. Lucha contra el pian.
Honduras	Construcción de clínicas y centros de salud. Programa de control de la malaria con especial atención a los trabajadores del caucho. Programa de ingeniería sanitaria.

Esquemas realizados con la información de las actas de sesión de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

### Colaboración Médico-Sanitaria del Instituto de Asuntos Interamericanos

País.	Acuerdos.
México.	Julio de 1942. Construcción del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, entre otros centros de este tipo. Programas de Saneamiento, de abastecimiento de agua potable y alcantarillado, en diferentes comunidades rurales. Capacitación para médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios. Programa de control de enfermedades venéreas en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica. Participación en el programa de erradicación del paludismo. Apoyo a las campañas nacionales para el control y erradicación de diversas enfermedades.
Nicaragua	20 de mayo de 1943. Reparación y constitución de carreteras y caminos, desarrollo agrícola y ganadero, construcción de sistemas de riego. Construcción de escuelas de enfermería. Programa de control de la tuberculosis.
Panamá	Programa para eliminar mosquitos. Programa de control de enfermedades venéreas.
Paraguay.	Construcción de leproserías. Construcción de hospitales especializados en el tratamiento de diversas enfermedades: tuberculosis, sífilis, lepra, dermatológicas. Construcción de clínicas para la atención materno-infantil. Adquisición de equipo e instrumental médico: salas de rayos x. Construcción de escuelas de enfermería. Cursos cortos de enfermería. Programas de radio acerca de la sífilis, la tuberculosis y el cáncer. Educación sanitaria en escuelas y fábricas. Construcción de laboratorios.
Perú	14 de Julio de 1942. Campaña sanitaria en la región selvática: asistencia médica y hospitalaria, cruzada de medicina preventiva y educación sanitaria. Trabajos de saneamiento en Chimbote. Construcción de leproserías. Construcción de escuelas de enfermería. Programa de control de la malaria. Programa contra la anquilostomiasis.
Salvador	Construcción de centros de salud., inmunizaciones, atención a tuberculosos, madres y niños. Control de las enfermedades venéreas. Higiene dental. Construcción de laboratorios. Cursos intensivos en salud pública para el personal del ministerio de salud. Obras de alcantarillado e introducción de agua potable. Construcción de escuelas de enfermería. Programa de control de la malaria. Campañas sanitarias en contra del tifus.
Uruguay.	18 de noviembre de 1943. Obras de higiene Pública: Educación Sanitaria, Preparación del personal profesional y técnico, Control de enfermedades: Fiebre tifoidea, difteria, enfermedad de Chagas. Construcción de 5 Centros de Salud. Obras de saneamiento urbano y rural. Proyecto para ampliar el departamento de Bioestadística y otro para la lucha contra el Aedes aegypti y financiamiento de la Escuela Universitaria de Enfermeras.
Venezuela	Programa de control de la malaria.

## 5.2. El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, órgano de difusión del ideal médico-sanitario panamericano y norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial.

Durante la Segunda Guerra Mundial el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,<sup>33</sup> esencialmente, publicó la información referente a las tareas llevadas a cabo en la salubridad y la asistencia social en Estados Unidos de Norteamérica y su participación médico-militar por tierra, aire y mar en el Viejo Continente. También reseñó las acciones en salubridad que realizaban los países del sur del continente, como: Argentina, Guatemala, Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, Guatemala, Paraguay, con énfasis en Cuba, México y Brasil, y con menor frecuencia a los países europeos como Inglaterra, Rusia, China y destacando la situación de la Alemania nazi.

Por otra parte, doctores de la talla de Arístides A. Moll y L. S. Rowe en el año de 1942 escribieron en este Boletín, que el panamericanismo estaba vigente, al mismo tiempo siguieron enarbolando como sus iniciadores a personajes tan disímiles en ideas como Bolívar, Thornton, Hamilton, Monroe, Jefferson y Martí, junto al ideal panamericano declarado tanto por norteamericanos como latinoamericanos a través de esta publicación, también la comunidad americana enalteció el ánimo práctico de los estadounidenses otrora tan duramente criticado, asimismo los norteamericanos continuaron describiendo que cualquier tipo de proyecto panamericano, se debía considerar su viabilidad a largo plazo y sus beneficios económicos.

Por ejemplo Charles M. Hay, Director Ejecutivo de la Comisión de Recursos Humanos de Guerra de los Estados Unidos de Norteamérica, de acuerdo al espíritu utilitarista norteamericano, señaló al igual que los primeros higienistas de su nación que la defensa a la salud continental en tiempos de guerra como de paz, generaría beneficios al sistema económico mundial, ya que no se trataba sólo de proteger a nuestro territorio, porque las enfermedades no respetaban límites regionales:

Apenas hay que mencionar el aspecto en dólares y centavos de la protección universal de la salud, pero no cabe duda de que un plan expansivo de salud y saneamiento proyectado y ejecutado por todos los gobiernos constituiría una inversión provechosa: aunque no fuera más que abriendo nuevas regiones al desarrollo industrial y agrícola y extendiendo el comercio internacional.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> El Primer volumen del Boletín de la Oficina Sanitaria Internacional fue publicado en el mes de mayo de 1922, con el nombre de "Boletín Panamericano de Sanidad de la Oficina Sanitaria Internacional", esta publicación fue propuesta en la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional en Montevideo, Uruguay en 1920, y un año después en la Quinta Conferencia Internacional celebrada en marzo, fue cambiado el nombre de la Oficina Sanitaria Internacional por el de Oficina Sanitaria Panamericana, por esta circunstancia el Boletín adquirió su nuevo título "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana" en el mes de julio de 1923.

<sup>34</sup> Hay, M, Charles. "Discursos pronunciados el 2 de diciembre de 1944" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, enero de 1945, Washington, año 24, núm. 1, enero de 1945, p.28.

Por esta razón, el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana también publicó periódicamente no sólo las estadísticas epidemiológicas de América, sino del continente Europeo, las cuales señalaban que durante la guerra había un ascenso de enfermedades como: neumonías, tifo, meningitis epidémica, disentería, la malaria, la sífilis, la hepatitis infecciosa, sarampión entre otras y un descenso del cólera, peste, viruela y tifoidea.

Aunque las autoridades panamericanas tenían controlados los males tropicales, esta situación no significaba que las medidas de vigilancia debían disminuirse, porque siempre estaba el peligro de que por aire, tierra o mar llegaran los vectores de transmisión o que los contagiados llevaran la enfermedad.

Desde el inicio de la Segunda Guerra Mundial la Escuela de Medicina del Ejército y de la Marina de los Estados Unidos de Norteamérica, La Asociación de Colegios Médicos Americanos, el Servicio de Sanidad de ese mismo país, la Oficina del Coordinador de Asuntos-Interamericanos, el Consejo Nacional de Investigación, las Universidades de Tulane, Columbia y California, la Fundación John y Mary R. Markle, la Fundación Rockefeller, el Fondo Commonwealth, la United Fruit Company y diferentes sociedades médicas americanas, invirtieron en la investigación y enseñanza sobre la medicina tropical, cabe destacar que cada institución tenía diversos motivos para involucrarse en este proyecto académico y científico, además el gobierno federal impulsó la construcción de escuelas civiles especializadas en este rubro.

Tanto las enfermedades tropicales como los males ocasionados por la guerra incentivaron a la investigación científica, prueba de ello fue un informe de la Subcomisión de Movilización de Guerra al Comité de Asuntos Militares del Senado de Estados Unidos de Norteamérica de 1945, en el cual se anotan cifras que reflejan el gran interés por el estudio en las ramas médico-sanitarias y el desarrollo tecnológico de la nación norteamericana, ya que antes de la Segunda Guerra Mundial se invirtieron de 300 a 400 millones de dólares anuales en estos rubros, de los cuales la quinta parte correspondía a las contribuciones del Gobierno federal, posteriormente estas aportaciones se duplicaron a 800 millones anuales durante el conflicto bélico.

En la Guerra Mundial II agregáronse al Gobierno nuevos organismos interesados directa o indirectamente en la investigación en relación con la guerra. Corporación del Fomento del Caucho, Compañía de Reserva del Caucho, Compañía de Reserva de Metales, Corporación de Fábricas dedicadas a la Defensa, Corporación de Artículos de Defensa, Cargamentos Inc., Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, Administración de Investigaciones Agrícolas (en el Departamento de Agricultura), Consejo Nacional de Inventores, Oficina de Investigación y Fomento de la Producción (en el Consejo de Producción de Guerra) y Oficina de Investigación y Fomento Científico y Junta de Investigación del Consejo de Seguridad Nacional.<sup>35</sup>

Otros datos interesantes acerca del fomento a la investigación básica y a la ciencia aplicada que se señalan periódicamente en los boletines es que en los Estados Unidos de Norteamérica desde la década de los 20<sup>os</sup> se financiaron proyectos científicos relacionados con el desarrollo industrial, en específico con las ramas química, petrolera y eléctrica, con la colaboración económica básicamente de empresarios; la investigación en medicina y salubridad fue ejecutada por las universidades, las instancias gubernamentales, las fundaciones altruistas y algunas corporaciones privadas.

También en varios artículos del Boletín se fundamenta la idea de que el Estado norteamericano estimulaba primordialmente, el ascenso científico norteamericano relacionado con la investigación militar, debido a que su interés principal fue la defensa y la seguridad nacional del país. Esta premisa estuvo articulada también con la intención de fortalecer una industria militar nacional, por esta circunstancia a finales de la guerra el Gobierno y los industriales norteamericanos pugnaban por una política nacional en ciencia y tecnología, no sólo enfocada en esta rama, sino en todas las especialidades de la ciencia pura y aplicada.

### **5.2.1. Los temas importantes en la sección “La Sanidad y la Guerra.”**

Desde marzo de 1942 hasta septiembre de 1945 en el Boletín Sanitario Panamericano de la Oficina Sanitaria Panamericana se instauró una sección titulada “La Sanidad y la Guerra”, cuyo objetivo era analizar la relación entre la sanidad y la medicina militar durante la Segunda Guerra Mundial.

El primer número tuvo como encabezado: “Servicio médico-sanitario en Estados Unidos para la defensa de la población en caso de emergencia.”<sup>36</sup> En este trabajo se expuso la manera de organizar los servicios médicos y sanitarios de emergencia de los Estados Unidos de Norteamérica, destacando que no se debían descuidar las antiguas tareas sanitarias como: el combate a las enfermedades, la elaboración de vacunas, la producción de antibióticos, la

<sup>35</sup> *Ibid.*, p.39

<sup>36</sup> “La sanidad y la guerra. Servicio médico-sanitario en Estados Unidos para la defensa de la población en caso de emergencia” en *el Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.3, Marzo de 1942, p.258.

distribución masiva de medicinas, y la realización de censos hospitalarios. Es importante enfatizar que varias labores de investigación médica-sanitaria en aquel país fueron hechas tanto por asociaciones, así como por organismos integrados al Estado norteamericano: La Asociación Médica de Hospitales, la Asociación Médica Americana; la Asociación Dental Americana, La Asociación Americana de Enfermeras, La Liga Nacional de Educación de Enfermería, La Asociación Americana de Farmacéuticos, y el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos de Norteamérica entre otros. Era tal la planificación médico-sanitaria, que se evitó la duplicidad de acciones, a pesar de la diversidad de instituciones involucradas en este rubro, ejemplo de ello es la situación de la participación del cuerpo nacional de enfermeras.

A fin de evitar confusión y duplicación de esfuerzos, la Oficina Nacional de Defensa Nacional solicitó que las enfermeras consultoras de la Cruz Roja, del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos y de la Oficina del Niño sirvieran de consultoras del programa de defensa nacional.<sup>37</sup>

De acuerdo al artículo, esta idea de los servicios médicos y sanitarios de emergencia de carácter militar surge en una reunión de autoridades federales en 1940, y un año después el presidente Roosevelt fundaría una Oficina de Servicios de Defensa de la Salud, que unificaría los servicios de sanidad, asistencia social, medicina, nutrición, recreo “y otras obras incluso aquellas funciones educativas que quedan bajo la jurisdicción de la Agencia Federal de Seguridad.”<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 262.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p.260.

### Organización de los servicios médicos y sanitarios en los Estados Unidos de Norteamérica de 1941 a 1942.

Oficina de Defensa Civil.	Oficina de Servicios de Defensa de la Salud.	Comisión de Preparación Médica. (Asociación Médica Americana)
*División Médica	*Servicios de sanidad	*Servicio de Obtención y Asignación.
**Servicios Médicos de Emergencia en cada localidad. *Cruz Roja *Voluntarios entrenados para primeros auxilios. *Realización de un censo de los recursos disponibles en los hospitales.	*Servicios de asistencia social.	*Información detallada de los médicos, dentistas y veterinarios. *Selección de recursos humanos para las fuerzas armadas
	*Servicios médicos. *Servicio de nutrición. *Servicios de recreación. *Servicios educativos de la Agencia Federal de Seguridad. <b>Una comisión sanitaria y médica.</b>	
	*De tres cirujanos generales de Estados Unidos. *De dos miembros más.	
	<b>Seis subcomisiones:</b> *Enfermería. *Hospitales. *Enseñanza médica. *Odontología. *Higiene. *Medicina industrial. *Salud de los negros. *Rehabilitación.	

Esquema elaborado con la información obtenida del artículo.

La Oficina de Defensa Civil de los Estados Unidos de Norteamérica, creada en 1941, y dirigida por el doctor George Baehr contribuyó al establecimiento de oficinas regionales de medicina y de ingeniería sanitaria, además de establecer los Servicios Médicos de Emergencia en todos los estados de la Nación:

En las regiones del litoral y en los grandes centros industriales del interior se estableció una organización para protección contra gases de guerra, se enseñó a millares de personas las técnicas de rescate y se creó un plan de protección pasiva y ayuda mutua para los abastos de agua e instalaciones de saneamiento.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> “La sanidad y la guerra, la defensa pasiva en Estados Unidos”, *ibid.*, año 23, núm. 4, abril de 1944, p.338.

La experiencia de la Primera Guerra Mundial alentó a las autoridades norteamericanas a proteger su infraestructura médica, evitando enviar en demasía a galenos al viejo continente, ya sea como combatientes o como médicos, para tener una reserva en el propio continente para las labores prácticas, y otro contingente para que se siguiera preparando y especializando en las diferentes ramas de la ciencia médica. A pesar de las medidas adoptadas existía una escasez de médicos por lo tanto se adoptaron medidas urgentes para solucionar este conflicto, la primera y más trascendental fue la de apresurar los cursos de medicina, pero manteniendo la calidad académica, además de incorporar a varios estudiantes al programa acelerado de enseñanza de la guerra, en el cual se les instruía en materias prácticas.

...choque y substitutos de la sangre, heridas de los tejidos blandos, fracturas, quemaduras, congelación, saneamiento, lucha contra las enfermedades transmisible, profilaxia y tratamiento de los males venéreos, afecciones cardiovascular, fatiga, anoxia, comprensión y descompresión, aeroembolia, fisiología de las grandes altitudes, ajustes visuales en tiempos de guerra, gases venenosos, venenos industriales, psicopatía, síndrome de esfuerzo, dermatosis y picaduras de insectos [...] conocimiento mejor de las enfermedades tropicales y la higiene de los trópicos.<sup>40</sup>

Este programa intensivo de instrucción académica, también se le aplicó a otras profesiones relacionadas con la salubridad pública como: enfermería, ingeniería sanitaria, y farmacéutica entre otros.

No sólo los profesionistas tuvieron la obligación de prepararse para la guerra, sino la población en general, y para conseguirlo se necesitaba vulgarizar los conocimientos médicos y sanitarios para alcanzar una comprensión generalizada; por ejemplo, las nociones básicas relacionadas con la farmacia, así como la de qué tipo de medicinas e instrumentos debería tener un botiquín médico y lo relacionado con los medicamentos necesarios para administrar los primeros auxilios.

La Asociación Médica Americana a través de su Comisión de Preparación Médica fue la encargada de seleccionar y reclutar médicos para asistir a los soldados norteamericanos en Europa. Aquellos médicos que fueran aceptados en la milicia debían capacitarse no solamente en las cuestiones propias a su oficio, sino también en cuestiones de estrategia militar, para incorporarse a las diferentes tareas marítimas, aéreas y terrestres que realizaban los soldados en activo. Existían doctores militares que se les entrenaba, al mismo tiempo como

---

<sup>40</sup> “La sanidad y la guerra, enseñanza de la medicina militar en las facultades de medicina”, *ibid.*, año 23, núm. 2, febrero de 1944, p.141.



paracaidistas o artilleros, también se les preparaba ideológica y psicológicamente, para enfrentar situaciones de tensión extrema, a través del conocimiento de la causa y la importancia de su participación para conseguirla.

1) Saber por qué se lucha; 2) conocer nuestros aliados; 3) conocer nuestros enemigos; 4) conocer las noticias y su significado; 5) conocer y sentir orgullo en su división y en su misión personal; y 6) tener fe en los Estados Unidos en su futuro. Con el fin de obtener estos objetivos, es importante que el soldado tenga amplia oportunidad de revisar y discutir las dos ideologías opuestas; democracia y fascismo.<sup>41</sup>

No sólo en el reclutamiento de médicos existieron limitantes para ser trasladados a Europa, sino que al parecer a la población civil también se le restringía su incorporación a las fuerzas armadas aduciendo causas físicas como los defectos visuales, problemas cardiovasculares, esqueléticos, odontológicos, enfermedades venéreas, y afecciones psicológicas entre otras. El jefe de la División Médica del Servicio Selectivo de Estados Unidos de Norteamérica indicaba que “según los estudios más recientes, los rechazos ascienden a 50% comparado con 25% en la Guerra Mundial, en que 65% de los individuos llamados resultaron aceptables para el servicio general y 10 % para servicio limitado.”<sup>42</sup>

Ante el incremento alarmante de los males venéreos, algunos médicos sospechaban que diversos sujetos se contagiaban de manera intencional, para evitar el reclutamiento: “Según los informes preliminares de 41 Estados y territorios de los primeros 950,000 sujetos examinados, 50,000 resultaron positivos.”<sup>43</sup> Los males venéreos fue un tema de los más revisados de la sección de “La Sanidad y la Guerra” con énfasis en los casos de militares contagiados, y de las medidas de prevención, diagnóstico, investigación y tratamiento, concerniente a la sífilis y blenorragia.

Los consejos de los médicos eran drásticos respecto a las enfermedades venéreas, ya que exigieron la investigación minuciosa de cómo se había contagiado el enfermo, para conocer la red de los individuos involucrados, también los especialistas recomendaban que la prioridad en atención médica debía ser para los sujetos que estuvieran en etapas primarias y secundarias del padecimiento, porque había grandes posibilidades de alivio, en cambio cuando el sifilítico se encontraba en la tercera etapa estaba prácticamente inutilizado y en varias

<sup>41</sup> “La sanidad y la guerra, orientación y preparación psicológica de los soldados”, *ibid.*, año 24, núm. 2, febrero de 1945, p. 146.

<sup>42</sup> “La sanidad y la guerra, el servicio selectivo y la salud de la población estadounidense”, *ibid.*, año 21, núm. 4, abril de 1942, p.361.

<sup>43</sup> “La sanidad y la guerra, control de las venéreas durante la movilización en Estados Unidos”, *ibid.*, p.362.

ocasiones trastornado de sus facultades mentales, lo cual ocasionaba un desembolso fuerte del estado, sin ningún beneficio posterior. Por último los galenos exhortaban a suprimir el reglamento sobre la prostitución y a prohibir prostíbulos cercanos a los campos militares.

Otro contenido de La Sección de “La Sanidad y la Guerra” aludió anécdotas de la vida cotidiana que transcurrieron durante la Segunda Guerra Mundial, que exaltaban las figuras del médico y la enfermera heroica que sacrifica su integridad física por el bienestar de los demás. Ejemplo de ello es el emblemático ataque a Pearl Harbor, que es recordado en varias ocasiones por los escritores de esta Sección, la primera narración se refiere cuando el doctor Moorhead dictaba una conferencia el viernes 5 de diciembre de 1941 en Honolulu, acerca del “Tratamiento de las heridas, civiles y militares”, esta circunstancia geográfica y de tiempo, lo puso dos días después curando a los heridos del ataque a Pearl Harbor y describiendo sus impresiones del tratamiento otorgado a las víctimas del bombardeo: “Los casos fueron numerosos variados y graves, debiéndose la mayoría al efecto de las bombas o de las ametralladoras, y de modo que los cuerpos extraños incrustados alcanzaban tamaños y profundidades muy distintas.”<sup>44</sup> El doctor Moorhead destacó varios factores en la atención de los heridos, la utilidad de un aparato electromagnético pequeño que localizaba los metales dentro del cuerpo de los convalecientes facilitando la tarea de extraerlos, también la rapidez del traslado de los enfermos, el uso de sulfonamidos en las heridas, y los factores climáticos del lugar e higiénicos de los militares antes del ataque, que contribuyeron a evitar males infecciosos.

En esta Sección, se describieron otros casos de heroísmo de médicos militares, que ocurrieron en Europa, en las ciudades bombardeadas o sitiadas por los soldados del Eje, en donde los galenos no tenían las mínimas condiciones médicas e higiénicas, y a pesar de ello practicaron la cirugía de guerra. “La cirugía de guerra no persigue, como la de paz, siempre el resultado definitivo: la de guerra en las formaciones adelantadas busca la salvación inmediata del herido; ponerlo en condiciones de ser tratado ulteriormente con vistas hacia el porvenir.”<sup>45</sup>

El papel primordial que tuvieron las enfermeras en la defensa nacional, era materia de análisis en una cantidad de artículos de la citada sección del Boletín, en los cuales se subrayaba el hecho de que las mujeres que optaran por la enfermería, debían tener aptitud e inteligencia para prepararse en breve tiempo en la universidad, y que ante la escasez de enfermeras en los Estados Unidos de Norteamérica, correspondía impulsar la construcción de escuelas en esta especialidad, al mismo tiempo que la especialización de las enfermeras y

<sup>44</sup> “La sanidad y la guerra, la cirugía en Pearl Harbor”, *ibid.*, p.361.

<sup>45</sup> “La sanidad y la guerra, ¿Qué es cirugía de guerra?”, *ibid.*, año 23, núm.3, marzo de 1944, p.241.

médicos ya graduados en cuestiones sanitarias, para que fueran los futuros maestros de las nuevas generaciones de enfermeras. Para realizar ambas labores se aceptaron tanto fondos públicos como privados.”Un punto que hay que tomar en cuenta, es que hoy día se necesitan técnicos y enfermeras que puedan desempeñar funciones que antes correspondían a los médicos, pues de otro modo no habría suficientes de éstos.”<sup>46</sup>

Por otra parte, otra circunstancia descrita en esta sección se refiere a las medidas militares, médicas y sanitarias llevadas a cabo por los norteamericanos que fueron reproducidas por diversos países latinoamericanos, por ejemplo el Cuerpo de Defensa Civil que se organizó en Hermosillo, Sonora en diciembre de 1941, por primera vez América Latina cuya labor principal era la de proveer y organizar la asistencia médica:”bancos de sangre, transfusiones y donadores; ambulancias y primeros auxilios, entrenamiento de personal; estudio de las facilidades hospitalarias, y manera de aumentarlas; salud, habitación, evacuaciones, inmunización[...].”<sup>47</sup>

México fue uno de los primeros Estados latinoamericanos en reorganizar la sanidad militar adecuándola a una situación de guerra de manera semejante a la llevada a cabo por su vecino del Norte. En la Convención de Médicos y Directores Sanitarios de la República Mexicana, convocada por el Jefe del Departamento de Salubridad Pública se estableció un programa de trabajos de emergencia. Para el año de 1942 se edificó el primer hospital portátil para la defensa del país:

1) Zonificación del país determinando las zonas de jurisdicción sanitaria de emergencia, comprendiendo la movilización del personal sanitario local (médicos, enfermeras, ingenieros, dentistas, veterinarios, etc); 2) Clausura de oficinas cuyos servicios no sean de urgente necesidad; 3) Suspensión temporal de actividades que no sean de gran urgencia o necesidad; 4) Movilización de brigadas sanitarias móviles; 5) Intensa campaña de educación popular; 6) Intensificación de la lucha contra la viruela, tifo, tifoidea, paludismo, tuberculosis, venéreas ,etc. 7) Inmunizaciones de los contingentes militares antes de su movilización, 8) Adiestramiento rápido del personal de los servicios de Salubridad; 9) Integración de brigadas sanitarias con maestros, obreros, campesinos, etc.10) Intensificación de la elaboración de productos biológicos y quimioterápicos y estudio de su mejor distribución y aplicación; 12) Participación del Departamento de Salubridad Pública para la mejor orientación en la distribución , conservación y aprovisamiento de las sustancias alimenticias y de los productos medicinales; 13) Intensificación de trabajos para la terminación del Catastro Sanitario de la República;14) Reducción al mínimo de los trámites administrativos para abastecimiento de materiales sanitarios y para la movilización del personal.<sup>48</sup>

En 1944, el doctor Manuel González Rivera de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, asumió que este programa de defensa sanitaria-militar, no alteraba los trabajos de higiene y salud que se estaban realizando desde la crisis del 29´, sino muy al contrario, los reforzaban; este especialista insistió en el papel fundamental que tendrían las escuelas de salubridad y las

<sup>46</sup> “La sanidad y la guerra, la medicina en la guerra”, *ibid.*, año 22, núm.10, octubre de 1943, p.890.

<sup>47</sup> “La sanidad y la guerra, cuerpo de defensa civil en Hermosillo, México”, *ibid.*, año 21, núm.4, abril de 1942, pp. 365-366.

<sup>48</sup> “La sanidad y la guerra, movilización de la salubridad pública en México”, *ibid.*, año 21, núm.8, agosto de 1942, p.794.

estaciones de adiestramiento para capacitar a los médicos, ingenieros y enfermeras encargados de concretar este gran proyecto que tuvo una perspectiva no sólo nacional, sino esencialmente panamericana.

El doctor González expresaba que las materias idóneas que se debían impartir en las escuelas de salubridad y las estaciones de adiestramiento estaban relacionadas con el estado de emergencia en que se encontraba la población mundial, por ello era substancial incluir materias que formaran a hombres de ciencia, pero que de alguna manera también pudieran resolver cuestiones prácticas al respecto de la higiene cotidiana en las comunidades que estaban en estado de guerra o pudieran llegar a estarlo, por ello este especialista señaló como indispensables los cursos de: exploración sanitaria, nutrición, enfermedades tropicales, higiene industrial, ingeniería sanitaria, higiene infantil, enfermería y educación higiénica.

Como esta guerra está desarrollándose en todas las latitudes, y los soldados de las naciones unidas están expuestos a las enfermedades propias de aquellas remotas regiones si nosotros no los protegemos debidamente, nuestros médicos deberán recibir cursos recordatorios sobre la patología, bacteriología, parasitología, inmunología y terapéutica de las enfermedades tropicales y de otros padecimientos exóticos.<sup>49</sup>

En 1943, Brasil a semejanza de los Estados Unidos de Norteamérica, fundó en Río de Janeiro una Academia de Medicina Militar. Asimismo las universidades cariocas colaboraron con el ejército para establecer una fundación de universitarios dedicada a las investigaciones médicas, sanitarias, alimentarias y militares, para la defensa nacional.

Cuba, también imitó el modelo americano, porque era uno de los países más proclives a ser atacados por su posición geográfica y sus relaciones comerciales con los Estados Unidos de Norteamérica; sin embargo, el gobierno norteamericano pugnó sólo por una defensa pasiva que involucró la asesoría de especialistas cubanos en medicina, ingeniería sanitaria, química farmacéutica, veterinaria, y enfermería, que estaba bajo el mando de los funcionarios del gobierno y del ejército. “El Comité de Preparación Médica para la Guerra” integrado por la Federación Médica de Cuba, impulsaba la defensa pasiva con algunas medidas preventivas para evitar las enfermedades ocasionadas por la guerra:

---

<sup>49</sup> “La sanidad y la guerra, enfermedades tropicales, *ibid.*, año 23, núm.1, enero de 1944, p.15.

La vacunación antitífica y antivariólica del ejército y de la población civil; intensificación de la lucha contra los parásitos; atención especial a las venéreas; separación, en todo lo posible, de las concentraciones civiles y militares; estudio de ciertas enfermedades que no existen normalmente en el país, pero que pueden desarrollarse por las causas mencionadas; intensificación de las medidas generales de higiene y de la producción de medicamentos y cooperación entre los organismos sanitarios, civiles y militares; unificación de todas las dependencias de la sanidad civil; y utilización de todos los organismos de sanidad para la defensa pasiva.<sup>50</sup>

Del mismo modo, los articulistas de esta sección, realizaron un estudio comparativo entre los servicios asistenciales y las instituciones médicas de Europa y América, enfatizando que Inglaterra fue uno de los países en fomentar las tareas asistenciales y sanitarias a partir de la segunda década del siglo XX aumentando el presupuesto federal: “Por ejemplo, a principios de siglo sólo se dedicaba a ellos 36 millones de libras esterlinas y los únicos servicios prestados eran en relación con socorros a los pobres, asistencia en los hospitales y educación. Para 1921, los fondos ya ascendían a 205, 685,000 de libras esterlinas y las partidas comprendían cesantía, seguro de la salud, pensiones de ancianidad y viviendas.”<sup>51</sup>

Acorde a estadísticas de morbilidad, natalidad y mortalidad de 1944, de la Compañía Metropolitana de Seguro de Vida, se divulgaba en el Boletín que los países aliados estaban en mejores condiciones de salud e higiene que los subordinados a la hegemonía alemana.

Para puntualizar “la salud en el imperio de Hitler”, los autores de esta sección también citaran publicaciones alemanas como la Reichsgesundheitsblatt, que indicaba que en el período de 1939 a 1941 enfermedades como la difteria, escarlatina, tuberculosis, paratifo, difteria, escarlatina, tuberculosis, disentería y tosferina, algunas alcanzaban las cifras escandalosas de 500% a 800% de incremento en este breve período.<sup>52</sup>

El sistema de espionaje norteamericano pareciera que funcionaba bien, porque en esta sección se reportaban hasta las enfermedades que ocurrieron en los campos de concentración, cuál era el tipo de tratamiento y la dosis de medicamento suministrado a los soldados alemanes y en menor proporción a los prisioneros de guerra: “Entre los prisioneros de guerra, debido a la escasez de bacteriófago sólo fueron tratados 251 ocupados en las cocinas, y tampoco enfermó ninguno.”<sup>53</sup>

<sup>50</sup> “La sanidad y la guerra, problemas sanitarios en tiempos de guerra”, *ibid.*, año 21, núm. 5, mayo de 1942, p.469.

<sup>51</sup> “La sanidad y la guerra, los servicios sociales en tiempos de guerra”, *ibid.*, año 21, núm. 4, abril de 1942, p.366.

<sup>52</sup> “La sanidad y la guerra, la salud en el imperio de Hitler”, *ibid.*, año 21, núm. 9, septiembre de 1942, p.884.

<sup>53</sup> “La sanidad y la guerra, bacteriofagoterapia de la disentería en los campamentos militares”, *ibid.*, p.885.

Por último el asunto más importante a considerar de “La sanidad y la guerra” fue la salud pública y la defensa panamericana, relacionado con el papel activo de la Oficina Sanitaria Panamericana, para lograr la estandarización de los conocimientos médicos y la legislación sanitaria en todo el continente a semejanza de lo realizado en los Estados Unidos de Norteamérica.

De acuerdo a las opiniones vertidas en esta sección, ante una situación de guerra “la medida más importante [...] consistía en la adaptación de todas las funciones civiles al servicio militar,”<sup>54</sup> esta acción tuvo tres consecuencias inmediatas: la movilización de profesionales, la concentración masiva de civiles y militares, problemas higiénicos y desatención médica. Para resolver estas dificultades se propuso la creación de Juntas Consultivas que repartieran víveres, además de la instauración de instituciones de alimentación, centros de puericultura y comedores.

Otra constante de la relación salud pública y la defensa panamericana, fue a la que se refirió a la estrategia médica militar, ya que las regiones donde se aglutinó a los militares en el continente americano, fue en las áreas tropicales, porque eran la frontera con el mar, y posiblemente las zonas más vulnerables de ser atacadas por el enemigo. Se recomendaba acondicionar a los soldados, cuando ya estuvieran instalados en estos lugares cálidos, ya que junto, a su entrenamiento militar y de primeros auxilios, reconocerían su nuevo hábitat. “En conjunto, los soldados disciplinados y preparados ad hoc pueden servir en la selva sin que se les afecte la salud, pues estudiada y conocida, la selva se convierte en aliada.”<sup>55</sup>

Los soldados seleccionados para emigrar a las regiones tropicales, debían tener ciertos requisitos físicos y emocionales, a causa de que las condiciones climáticas eran extremas, además que tendrían que resistir al contagio de diversas enfermedades como: la fiebre amarilla, la malaria entre otras, al mismo tiempo que debían sujetarse a las reglas propias de una dictadura militar y sanitaria.

Puede darse por sentado que todas las aldeas de los trópicos están infectadas con afecciones venéreas, tifoidea y disentería, parásitos intestinales, y posiblemente peste, cólera y tifos, de manera que los soldados deben evitar ir a esos sitios y conviene hasta colocar patrullas para que no vayan allí.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> “La sanidad y la guerra, problemas sanitarios en tiempos de guerra”, *ibid.*, año 21, núm. 5, mayo de 1942, p.469.

<sup>55</sup> “La sanidad y la guerra, problemas médicos en la lucha en la selva”, *ibid.*, año 22, núm.3, marzo de 1943, p.236.

<sup>56</sup> *Ibid.*

A partir de 1941, los militares que fueron enviados a regiones de clima tropical, también estaban obligados a vacunarse contra la fiebre amarilla, y tétanos, aunque en ocasiones se cometieron algunos errores, que provocaban en los milicianos vacunados trastornos secundarios, que iban de los más leves hasta algunos que les provocaban la muerte. “Desde el 1 de marzo de 1942 se han observado 28,585 casos de ictericia catarral con 62 defunciones, entre los soldados vacunados contra la fiebre amarilla, o sea una defunción por cada 461 sujetos que enfermaron”<sup>57</sup>, este caso fue resuelto sustituyendo el suero de pollo por el agua en la preparación de esta vacuna.

También parte del cuidado de la salud del soldado norteamericano era de que se le proveyera de una sana alimentación, por esta causa a través de esta sección se difundieron estadísticas, informes e investigaciones acerca del contenido energético y vitamínico que contenían ciertos alimentos administrados a la tropa norteamericana, con el fin de administrar y conservar de una mejor manera las raciones de comida suministradas a los soldados.

La medicina preventiva aplicada en el ejército norteamericano, tuvo como resultados que en el año de 1943 se reportara que los soldados enfermaban menos de lo esperado, es importante subrayar la importancia de los conocimientos científicos e higiénicos adquiridos por los participantes americanos en las invasiones en América Latina y en la Primera Guerra Mundial y, en especial a los que se refieren a la epidemiología de las enfermedades tropicales.

El coeficiente de morbilidad en 1942 fue menor que en 1941 y continúa siendo bueno en 1943. En 1943 las bajas por enfermedad apenas representaron poco más de 3% en los Estados Unidos mismos, y en ultramar fueron aún algo menores, mientras que en la marina representaron 2%, lo cual constituye un record. De las varias dolencias, sólo la meningitis cerebroespinal, en el invierno de 1942-1943, alcanzó proporciones epidémicas en el Ejército, y fue pronto yugulada con los sulfonamidos, de manera que la morbo letalidad no pasó de 5% comparada 30% a 0% en las epidemias anteriores. La malaria y la disentería plantean los problemas más graves en el extranjero, y aún allí la situación sanitaria es hasta mejor que en el territorio nacional.<sup>58</sup>

La milicia norteamericana no sólo estuvo instalada en zonas tropicales durante este periodo, sino que sistemáticamente permaneció en todas las regiones del mundo, ya que realizaron no sólo actividades bélicas, sino también tareas de salubridad y de asistencia social.

Después del cuidado a los soldados, la otra prioridad eran los niños, por esta causa se procuraba imponer un modelo médico-sanitario a través de la educación higiénica instaurada en la escuela y, con la creación de instituciones de puericultura que vigilaran la alimentación, la

<sup>57</sup>“La sanidad y la guerra, brote de ictericia entre los vacunados contra la fiebre amarilla”, *ibid.*, año 21, núm. 10, octubre de 1942, p.1004

<sup>58</sup>“La sanidad y la guerra, fuerzas armadas de Estados Unidos”, *ibid.*, año 22, núm. 12, diciembre de 1943, p.1139.

higiene y la salud de los infantes. Diversos estudios acerca de la alimentación del niño en tiempos de guerra son presentados en esta sección, uno de los más interesantes señalaba la importancia de incluir un desayuno escolar para subsanar las carencias de la comida casera, en otros artículos se proponen substitutos de alimentos como la carne y fruta que por su escasez o valor estaban fuera del alcance de la población, con víveres que tuvieran las mismas cantidades de proteína como: la margarina, la harina de soya, la manteca, cereales, entre otros.

También la escuela fue la instructora oficial en cuestiones de protección civil en caso de una embestida militar, como en el caso de los niños cubanos y norteamericanos, que se les indicaba a donde se encontraban los refugios entre otras medidas de autocuidado. A través del apartado “la Sanidad y la Guerra” se dieron instrucciones a la población civil para protegerse de bombardeos aéreos, con especial énfasis en el cuidado de los menores, con la intención de aminorar las secuelas físicas y psicológicas que podrían causar en ellos: “que se evacuara a los niños para sus casas, en vez de tratar de retenerlos en las escuelas, evitando así que una sola bomba los mate en gran escala. Conviene establecer un sistema de dividir a los niños en grupos pequeños de tres o cuatro, haciendo que un niño mayor se encargue de llevarlos a sus domicilios respectivos.”<sup>59</sup>

En Nueva York se subsidiaron estancias infantiles para las madres que trabajaban en la industria militar, con el apoyo del Consejo de Guerra de ese estado el gobierno estatal y con una pequeña aportación de las beneficiadas.<sup>60</sup>

Respecto al cuidado a la población civil en general, el doctor Parrán señalaba que la deficiente asistencia médica a este sector en la sociedad norteamericana, era un problema que se debía a la carencia de médicos, como resultado que la tercera parte se encontraba adscrito a las fuerzas armadas, y la otra causa, era la profunda escasez de materias primas, para la elaboración de instrumentos y medicamentos. El doctor Parrán, para resolver esta circunstancia planteó, que se incorporasen el cuerpo médico militar a las labores civiles hasta que fueran necesariamente requeridos por los altos mandos de su corporación, simultáneamente sugirió que la preparación académica de las enfermeras se hiciera en el menor tiempo posible y, por último, exhortaba a los encargados de los servicios médicos de emergencia que debían procurar limitar al mínimo el uso de instrumentos quirúrgicos y de medicinas.

---

<sup>59</sup> “La sanidad y la guerra, inmunización en los asaltos aéreos”, *ibid.*, año 21, núm.6, junio de 1942, p.588.

<sup>60</sup> “La sanidad y la guerra, asistencia en el Estado de Nueva York”, *ibid.*, año 22, núm. 6, junio de 1943, p.521.



El número de estudiantes de enfermería inscritas representa probablemente 55,000 lo cual es 20,000 más que en 1940, pero para atender a las necesidades previstas habrá que inscribir 65,000 y no hay suficientes medios de enseñanza para ello. A fin de resolver la situación, el programa de estudio de enfermería se complementará en 24 meses.<sup>61</sup>

La ingeniería sanitaria en tiempos de guerra era una herramienta necesaria para evitar la propagación de enfermedades por deficiencias de la infraestructura hidráulica o del saneamiento urbano, este rubro fue estudiado de una manera precisa y con propuestas de soluciones prácticas que no sólo los ingenieros pudieran realizar, sino que un simple ciudadano consiguiera concretarlas, como eran las medidas de esterilización del agua con cloro, o la construcción de letrinas.

Por ejemplo, la Sección de Ingeniería Sanitaria de la División Médica de la Oficina de Defensa Civil de los Estados Unidos de Norteamérica, recomendaba las directrices necesarias en caso de emergencia para mantener un abasto suficiente de agua: “téngase siempre en reserva por lo menos un litro de agua potable por cada persona en la casa; ciérrense todos los grifos o llaves si no sale agua; no se llenen las bañeras durante una alarma aérea o al oírse las bocinas, pues de otra manera bajará la presión y faltará el agua para combatir los incendios [...]”<sup>62</sup>, a pesar de que el Boletín era una publicación especializada en cuestiones sanitarias, el lenguaje utilizado era realmente sencillo, por esta causa pudo ser utilizado como órgano de difusión de las medidas preventivas sanitarias, médicas, y de protección civil en estado de guerra.

Los gases de guerra permanecerán junto al piso, por ser más pesados que el aire. Para alejarse de la zona gaseada, camínese contra el viento o súbese a un piso superior. El gas irrita los ojos, nariz, pulmones o piel, pero por lo común resulta inofensivo, si el sujeto no se deja llevar por el pánico, sino que abandona rápidamente la zona gaseada.<sup>63</sup>

Previnendo cualquier tipo de ataque militar a la región americana, era imprescindible reunir la mayor cantidad de plasma sanguíneo o cualquiera de sus sustitutos, en esta sección en cada número se describe los nuevos adelantos científicos para sustituir la sangre humana, pero también se hace mención de la intención de incentivar la donación altruista de la población civil.

<sup>61</sup> “La sanidad y la guerra, asistencia a la población civil”, *ibid.*, año 22, núm. 4, abril de 1943, p.340.

<sup>62</sup> “La sanidad y la guerra, procedimientos de urgencia en ingeniería sanitaria”, *ibid.*, año 21, núm.10, octubre de 1942, p.1001

<sup>63</sup> *Ibid.*, p.1003

En esta sección también se expuso que a pesar del autoritarismo sanitario de los nazis, con medidas tales como: la vacunación obligatoria contra tifo y viruela, la prohibición de reuniones públicas, el despiojamiento forzoso y el establecimiento del servicio obligatorio a médicos y enfermeras con la amenaza de prisión o sanción económica, la esterilización a enfermos de sus facultades mentales o de males venéreos; sus territorios estaban lejos de estar libres de enfermedades como la sífilis, el tifo y la viruela; cabe destacar que muchos de estos reglamentos se parecían a los ejercidos en el continente americano o en la región europea, así por ejemplo, los contagiados de enfermedades venéreas eran forzados a esterilizarse en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de los 40's: "El Servicio de Sanidad Pública está procediendo a organizar con toda prontitud centros para el tratamiento rápido de las afecciones venéreas, calculando que para fines de 1943 ya tendrá funcionando más de 30 de ellos, en los cuales se esterilizarán unas 15,000 personas afectadas."<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> "La sanidad y la guerra, centros de tratamiento rápido", *ibid.*, año 22, núm. 4, abril de 1943, p.341.

## Capítulo VI. Establecimiento de un proyecto médico-sanitario panamericano en México.

A lo largo del siglo XIX, ante la anarquía política que prevaleció en la mayoría de los países latinoamericanos, las autoridades mostraban poco interés hacia los asuntos de la higiene pública, por esta situación naciones como México contaban a nivel federal con pocas instituciones dedicadas a estos asuntos, tal es el caso del Consejo Superior de Salubridad (1841). Este organismo administraba los asuntos referentes a la salubridad y a la vigilancia del ejercicio médico, sólo que su autoridad se limitaba a la capital, en los demás estados si existían juntas de sanidad, éstas no contaban con el financiamiento necesario ni con los recursos humanos para llevar a cabo alguna labor adecuadamente. Esta lamentable situación obligó a los representantes del Consejo Superior de Salubridad a buscar alternativas para alcanzar una mejor organización sanitaria en el país. Fue así como sus miembros se dedicaron a estudiar la estructura institucional sanitaria en otros países europeos y americanos. Llegaron a la conclusión que el mejor sistema para nuestro país sería la de erigir un Consejo Nacional de Higiene Pública al cual estuvieran sometidos los Consejos de los Estados en todo lo relativo a indicaciones generales y respetando la autoridad local en normas que sólo incumbieran a su región, esta idea fue llevada al Congreso Nacional de Higiene realizado en el año de 1884.

Años después, la propuesta de México de centralizar las actividades sanitarias se complementó con la idea de reunir tanto los servicios de sanidad como los de asistencia social en una institución de carácter federal. En el Primer Congreso Médico Latino-Americano realizado en Santiago de Chile en el año de 1901, en las propuestas generales de dicho evento, la primera fue que los gobiernos latinoamericanos establecieran “La creación de una Subsecretaría de Estado de Higiene y Asistencia Pública, dependiente del Ministerio del Interior y desempeñada por un profesional.”<sup>1</sup> Seis años después este proyecto de organización médico-sanitaria se retomó en la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional en 1907. Uno de los primeros países latinoamericanos en adoptar esta medida fue Cuba en 1909, con la creación de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.

Esta inquietud latinoamericana de centralizar y unificar los servicios de sanidad y asistencia social se asimiló en la Primera Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas realizada del 27 al 29 de septiembre de 1926 en Washington, los representantes sanitarios en sus recomendaciones finales establecieron el proyecto de centralizar todos los servicios asistenciales en los ministerios o departamentos de sanidad.

---

<sup>1</sup> Consejo Superior de Salubridad, “Primer Congreso Médico Latino-Americano” en el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª Época, Tomo VII, enero 31 de 1902, núm.7, México, Consejo Superior de Salubridad, p.343.

Yo creo que una de estas cuestiones es la centralización de la administración sanitaria. En algunos países está repartida en asuntos de salud pública. Es un grave inconveniente con que se tropieza en los países latinoamericanos. En mi país hay una institución de beneficencia que ha sido fundada por hombres serios y filántropos, pero no es una entidad técnica preparada para dirigir, orientar y colaborar en la asistencia social. De suerte que yo creo que esta observación que hacemos podría servir de base a una recomendación sobre la centralización de las funciones sanitarias y de asistencia social en una sola entidad, bajo la dependencia del ministerio de sanidad o en los departamentos de salubridad respectivos.<sup>2</sup>

Esta demanda también se incluyó en las resoluciones finales de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana de 1934, pero fue hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando los delegados de las conferencias sanitarias panamericanas impulsaron con mayor insistencia la iniciativa de unificar los servicios de salubridad y asistencia debido a que se contaba con pocos recursos humanos y materiales en el continente. Esta situación generaba la duplicación de funciones, lo cual restaba eficacia tanto a las labores sanitarias como a las de asistencia social acentuándose aún más en tiempos de la conflagración mundial, por ello la mayoría de las naciones americanas acogieron esta organización médico-sanitaria, aunque fuera de manera temporal.

En México, el presidente Manuel Ávila Camacho implementó esta iniciativa el 15 de octubre de 1943, al decretar la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cabe destacar que las autoridades mexicanas mantuvieron esta organización médico-sanitaria durante cuatro décadas más.

El Gobierno Federal Mexicano, al aceptar la transformación de los servicios asistenciales y sanitarios con tan poca infraestructura hospitalaria y escasos recursos económicos, humanos y materiales, inevitablemente tuvo que admitir la colaboración extranjera, y junto con ella tenía que procurar ciertas concesiones de índole política y económica a los organismos panamericanos interesados en colaborar en las tareas de salud pública y asistenciales.

Desde 1942 se planeó a sugerencia del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, la instauración de una oficina en el Departamento de Salubridad Pública con el nombre de: *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*, la cual funcionaría como intermediaria entre las autoridades mexicanas y los representantes del Instituto de Asuntos Interamericanos, la institución americana se comprometió a otorgar asesorías técnicas

---

<sup>2</sup> —Atas de la Primera Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 6, marzo de 1927, núm.3, Washington, Unión Panamericana, p.225.

referentes a las tareas médico-sanitarias y financiamiento para llevar a cabo la nueva organización médico-sanitaria de México, esta colaboración perduró durante la Segunda Guerra Mundial y la Post-guerra.

Al crearse la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, el proyecto de establecer una unidad administrativa en esta dependencia estatal, no continuó con el nombre de Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, sino cambió su denominación,<sup>3</sup> por la de *Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública*, la cual estuvo bajo la responsabilidad de un representante del Instituto de Asuntos Interamericanos y del Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyas atribuciones consistieron en administrar conjuntamente los presupuestos, la ejecución de auditorías y las contrataciones hechas durante el convenio bilateral, además de la planeación y la elección de proyectos sanitarios y médicos.

El involucramiento de extranjeros en una institución federal tuvo un respaldo jurídico, ya que el propio Estado mexicano modificó el código sanitario de 1934 y, en el año de 1945, decretó una ley que instauró la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, con las características descritas anteriormente. Es importante mencionar que los funcionarios de esta Dirección, tanto los especialistas estadounidenses como los nacionales, gozaron de los mismos beneficios, por ejemplo el estar dispensados de pagar franquicias postales, telegráficas y telefónicas.<sup>4</sup>

Esta Dirección realizó diferentes proyectos médico-sanitarios a lo largo y ancho del país en colaboración con diferentes instancias gubernamentales de las cuales una de las más importantes fue el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz. El Instituto de Asuntos Interamericanos intervino en el establecimiento y funcionamiento de este Centro en conjunto con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el Instituto de Higiene Nacional, La Escuela de Salubridad e Higiene y los Servicios Coordinados de los Estados, entre otros.

---

<sup>3</sup> Casi todos los países latinoamericanos, que firmaron convenios bilaterales con el Instituto de Asuntos Interamericanos adoptaron este nombre.

<sup>4</sup> La integración de extranjeros en alguna dependencia del gobierno federal o local no era nueva, ya que desde el inicio de la participación de la Fundación Rockefeller en las tareas sanitarias se permitió, como en el caso del doctor Walter C. Earle, que en el año de 1937 junto al doctor Luís Vargas fueran los responsables de la Oficina de Estudios Especiales de Paludismo en el Estado de Morelos.

Es importante destacar que en el año de 1943, justo cuando se inicia la colaboración bilateral entre México y Estados Unidos de Norteamérica, las autoridades mexicanas reconocieron la labor médico-sanitaria panamericana de dos médicos norteamericanos: Thomas Parrán y Hugh S. Cumming, a quienes les otorgaron la máxima distinción en salubridad: la Medalla Eduardo Liceaga. Tres años más tarde, se le otorgó ese honor al representante del Instituto de Asuntos Interamericanos, Harold Hinman, por sus actividades docentes y de administración sanitaria en el Salvador y en México, y en especial por la construcción y sostenimiento de la Estación de Adiestramiento de Boca del Río, Veracruz.<sup>5</sup>

### **6.1. Cumplimiento de una política panamericana: La unificación de los servicios de salubridad y asistencia en México.**

¿Pero, cómo se dio la relación bilateral médico-sanitaria entre México y los Estados Unidos de Norteamérica? En primer lugar se debe aclarar que estos dos países tuvieron un progreso diferente en lo que se refiere a las actividades institucionales sanitarias y médicas. Ya que desde la época de las colonias americanas y el virreinato mexicano, los inmigrantes anglosajones evolucionaron de una manera más autónoma en lo que respecta a sus formas de administrarse, lo local fue siempre predominante a lo estatal, y lo estatal a lo nacional. En cambio en México a partir de la llegada de los españoles, éstos impusieron una manera de gobernar más centralizada y para ello instituyeron desde el siglo XVI un órgano rector de las diferentes actividades sociales, políticas y económicas: el Consejo Real y Supremo de las Indias con sede en Sevilla, España.

El Consejo Real y Supremo de las Indias, mejor conocido como Consejo de Indias, ordenó instrucciones de higiene pública y la instauración de hospitales para la atención sólo para indigentes, ya que la asistencia médica se consideraba del ámbito particular y por lo tanto tenía que ser retribuida o bien quedaba a cargo de instituciones religiosas con carácter de atención y caridad. Durante esta primera etapa es evidente, en tanto en los Estados Unidos de Norteamérica se concedió poca importancia a la salubridad y asistencia médica, en México, desde sus inicios como sociedad, las autoridades locales, Ayuntamiento y los personajes individuales, civiles y religiosos, se ocuparon, tanto de buscar soluciones a la salud pública ciudadana, como a la atención en instituciones hospitalarias. Una medida oficial y centralizadora fue la instauración por parte del Consejo de Indias de una institución encargada de vigilar las actividades médicas: el Tribunal del Protomedicato (1628). En lo que se refiere a la higiene pública ésta era responsabilidad básicamente del virrey y los ayuntamientos, por lo tanto, aquellos gobiernos locales que se encontraban ubicados en las grandes ciudades y en las

---

<sup>5</sup> AHSSA; Fondo-Consejo de Salubridad General; Sección- Medallas Eduardo Liceaga; Libro 1, fojas 4, 9,10.

regiones rurales, en las cuales existieran importantes actividades económicas como: la minería, la agricultura o la ganadería, fueron los que tuvieron mayores recursos económicos para realizar de manera más adecuada una infraestructura sanitaria elemental, mientras que los municipios pobres no poseyeron la capacidad para realizar ninguna obra de este tipo.

Durante el siglo XVII había ciertas ciudades que disfrutaron de mayor limpieza e infraestructura sanitaria que algunas europeas, gracias a las obras hidráulicas y a las costumbres heredadas de los pueblos indígenas; sin embargo, para el siglo XVIII, la infraestructura de canales precolombina ya estaba deteriorada y la construida por los españoles no era suficiente para el transporte del agua y el desagüe de aguas negras, asimismo, para esta época la población mestiza asimiló los malos hábitos de higiene de los europeos. Ante este deplorable panorama, las autoridades y la comunidad científica de la Ciudad de México promovieron un proyecto de higiene pública local, desde inicios del siglo XVIII.<sup>6</sup>

En la Nueva España durante los tres siglos virreinales, los servicios de asistencia social fueron atendidos con un carácter de caridad por congregaciones religiosas, por la iglesia misma y por algunas instituciones privadas. Es hasta la década de los 30' del siglo XIX cuando surgen diversas reformas liberales que fueron concretadas sólo treinta años después por el presidente Benito Juárez. Las reformas de los liberales propugnaron y lograron amortizar los bienes al clero y, al mismo tiempo, despojar a los religiosos de sus funciones como responsable de la asistencia social. La enorme red de hospitales religiosos y laicos fue retomada por el Estado mexicano a través de la creación de la Dirección de Fondos de la Beneficencia Pública.<sup>7</sup>

Aun con estos cambios y, hasta finales del siglo XIX, los funcionarios de varios estados continuaron acatando las leyes españolas respecto a cuestiones sanitarias, por lo tanto los ayuntamientos y las juntas sanitarias locales siguieron siendo los garantes en este rubro.<sup>8</sup>

Después de la Revolución Mexicana, el médico y militar, José María Rodríguez, propuso que una de las tareas más importantes a conseguir por el nuevo Estado sería la de dotar de servicios sanitarios y de asistencia médica a todo el pueblo mexicano con la

---

<sup>6</sup> Cfr. Rodríguez, Martha Eugenia. *Contaminación e insalubridad en la Ciudad de México en el Siglo XVIII*. México. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina. UNAM.2000.

<sup>7</sup> Desde la tercera década del Siglo XIX, intelectuales de la envergadura de José María Luís Mora, Valentín Gómez Farías, y hasta el mismo Maximiliano, propugnaron por reformas que le quitaran privilegios a la iglesia.

<sup>8</sup> Cfr. Consejo Superior de Salubridad. *La salubridad e higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos*, México, Casa Metodista de Publicaciones, 1910.

colaboración de las *Fuerzas Vivas* de la Nación, ideal que fue redactado en la Constitución de 1917, y que se concretó con la creación de una institución encargada de la salud pública en el país: El Departamento de Salubridad Pública.

Para el doctor Rodríguez, una de las tareas más importantes a realizar por el Departamento de Salubridad Pública fue la de rehabilitar a los individuos marginados de la sociedad por su pobreza y su conducta errónea de convivencia social, para esto, el Estado debía actuar despóticamente para implementar las ordenanzas del Departamento de Salubridad Pública.

...si los componentes de nuestra raza en inmensa mayoría están degenerados por el alcohol y son descendientes de alcohólicos o de degenerados por enfermedades y por añadidura pobres, miserables, que no pueden trabajar ni luchar por la vida con ventaja, por su inhabilidad física y naturalmente moral, tendréis, entonces disminuida la fuerza nacional que el gobierno de hoy en adelante intervenga, aún despóticamente, sobre la higiene del individuo, particular y colectivamente.<sup>9</sup>

Es importante destacar que de acuerdo a Ernesto Aréchiga,<sup>10</sup> el discurso se presentaba de esta manera, pero en la praxis, la mayoría de las veces las autoridades sanitarias evitaron tomar medidas autoritarias y eligieron un camino más certero para llevar a cabo las tareas médico-sanitarias, como la difusión masiva de la educación higiénica popular para explicarle al pueblo los beneficios del cambio de hábitos personales, la introducción de servicios hidráulicos o la instauración de centros de salud en sus comunidades, entre otros temas.

El Departamento de Salubridad Pública estuvo estrechamente relacionado con el *Consejo de Salubridad General*, que fue el órgano consultivo de las disposiciones sanitarias a nivel federal. Estas entidades tuvieron un marco jurídico establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 73, Fracción XVI, que a letra dice:

Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

1ª. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. 2ª En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República. 3ª. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país. 4ª. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Palavicini, F. Félix. *Historia de la Constitución de 1917*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, Talleres de Prisma Mexicana S. A.; 1987, p.415.

<sup>10</sup> Aréchiga Córdoba, Ernesto. "Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934" en *DYNAMIS, Acta Hispanica. Medicinariae. Sceniarumque Historiam Ilustrandam*, Vol. 25, 2005., pp.117-144.

<sup>11</sup> "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917)" en *Enciclopedia de México*, Tomo III, México, E de M, 2000. p.1778.



También se especificó el perfil del Departamento de Salubridad Pública en la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado decretada el 14 de abril y el 31 de diciembre de 1917.<sup>12</sup> Es importante aclarar que el Departamento de Salubridad Pública se crea por mandato constitucional en 1917. En contraste, el Consejo de Salubridad General era la continuación del Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, fundado desde el 4 de enero de 1841 pero sólo tenía funciones de carácter consultivo, y fue sólo hasta el año de 1891 cuando se creó el primer código sanitario que se le dieron atribuciones ejecutorias.<sup>13</sup>

En un principio, la injerencia jurídica del Consejo Superior de Salubridad (1841), era restringida a la capital y a los puertos y fronteras, pues la salubridad era considerada desde las Constituciones de 1824 y 1857 responsabilidad de los estados y, es hasta el año de 1883, cuando se le confiere un carácter nacional, aunque también los estados siguieron compartiendo las responsabilidades sanitarias: “La misma disposición que volvió nacional al Consejo Superior de Salubridad, establece que se nombrará una junta de Salubridad en cada uno de los Estados, y una junta de Sanidad para cada uno de los puertos principales de la República.”<sup>14</sup> A partir de esta disposición la Constitución de 1857 fue modificada para darle al Consejo Superior de Salubridad sus nuevas atribuciones.

El Consejo Superior de Salubridad elaboró a lo largo de su existencia tres códigos sanitarios; el del 15 de julio de 1891, el del 10 de septiembre de 1894 y el del 30 de diciembre de 1902, este último siguió vigente hasta el año de 1926, lo cual significó que las autoridades sanitarias de la talla del doctor y constitucionalista José María Rodríguez, respetaron el antiguo Código, hecho por personajes tan ilustres como el doctor Eduardo Liceaga - promotor del panamericanismo sanitario- porque era una herramienta legal bien fundamentada y que sirvió de base para implementar acciones sanitarias de manera inmediata, a pesar de que se había concebido durante el porfiriato, y que por sólo este hecho, hubiera ocasionado cierto rechazo político e ideológico por parte de los legisladores. Asimismo es importante reiterar que “Liceaga

---

<sup>12</sup> En el Artículo 10 de la misma ley se indica que le corresponde al Departamento de Salubridad: la Legislación sanitaria de la República; Policía Sanitaria de los puertos, costas y fronteras; medidas contra el alcoholismo; medidas contra enfermedades epidémicas y para evitar la propagación de enfermedades contagiosas; preparación y aplicación de vacunas y de sueros preventivos o curativos; vigilancia sobre ventas y uso de sustancias venenosas; inspección sobre sustancias alimenticias, drogas y demás artículos puestos a la circulación; y Congresos Sanitarios., en *Secretaría de Salubridad y Asistencia, esquema para el estudio de su evolución jurídico-administrativa*. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1983, p.34.

<sup>13</sup> Acerca de la Historia del Consejo Superior de Salubridad existen tres libros del doctor Fernando Martínez Cortés en colaboración con la maestra Xóchitl Martínez Cortés, titulados de “De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas, los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad, 1993,” “El Consejo Superior de Salubridad rector de la Salud Pública en México, 1997 ” y “Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General, 2000.”

<sup>14</sup> *Secretaría de Salubridad y Asistencia, esquema para el estudio de su evolución jurídico-administrativa, op.cit., p.24.*

renunciaría a la presidencia del Consejo Superior de Salubridad el 25 de febrero de 1914,”

<sup>15</sup> cuatro años después de iniciada la Revolución Mexicana.

El Departamento de Salubridad Pública, desde 1920 contó con el apoyo económico y científico de diversas fundaciones extranjeras como fueron la Rockefeller, y años más tarde con la Kelloggs, además de especialistas de la Oficina Sanitaria Panamericana, para ejecutar trabajos relacionados con la educación higiénica y a las campañas sanitarias contra las enfermedades epidémicas.

La Fundación Rockefeller inició una serie de campañas de erradicación de enfermedades en México poco después que el gobierno mexicano pusiese a operar sus brigadas sanitarias móviles. Las campañas de la Fundación estuvieron diseñadas para controlar o eliminar la fiebre amarilla y, más adelante para combatir las lombrices intestinales que producían la anquilostomiasis y la malaria. Los objetivos de la Fundación Rockefeller eran proteger el comercio internacional, mejorar la productividad de los trabajadores agrícolas, y demostrar el valor de los servicios de salud pública a la población campesina.<sup>16</sup>

Anne-Emanuelle Birn, destaca que las campañas de la Fundación Rockefeller eran marginales, ya que no combatieron los verdaderos problemas epidémicos y sanitarios, sino que su propósito principal era el de difundir los beneficios de una administración local y estatal sanitaria al estilo norteamericano, en contraposición, el doctor Miguel Bustamante, funcionario del Departamento de Salubridad Pública, defendió la política médico-sanitaria centralizada y que las campañas sanitarias fueran diseñadas en primera instancia, para combatir a las enfermedades causantes de la morbilidad y mortalidad en México, además propugnaba por la construcción de una infraestructura sanitaria en todo el país.

Henry Carr, representante de la Fundación Rockefeller y Miguel Bustamante, de acuerdo a Birn se disputaron la autoría del concepto de las unidades cooperativas de salud, sin embargo la investigadora enfatiza que esta situación era comprensible, porque ambos eran egresados de la Johns Hopkins y tenían los mismos preceptos educativos y modelos de atención médico rural, sus diferencias radicaban en su formación inicial en sus países respectivos. Carr y Bustamante instalaron unidades cooperativas e impusieron en cada una de ellas sus proyectos médico-sanitarios, dominando al final el de Bustamante, porque en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República del 25 de agosto de

<sup>15</sup> Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa. *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*. México, SmithKline Beecham, Casa de Vacunas. 2000, p.25.

<sup>16</sup> Birn, Anne-Emanuelle. “Las unidades sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el Modelo Cárdenas en México” en *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, 1996, OPS/IEP, pp. 203-234. ” También Birn en otra publicación anota que la Fundación Rockefeller integró a su equipo al doctor Pilar Hernández Lira, quién años después sería el primer director del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz. Cfr. Birn, Anne-Emanuelle. “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)” en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist.* España, 2005, pp.279-311.

1934, se consigna en el Artículo 1 un sistema médico-sanitario primordialmente central: “que se declara de interés público para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que pueda afectar la federación[...] La coordinación de servicios entre las autoridades federal y municipal, tiene por objeto: la aplicación de una política sanitaria general en la República.”<sup>17</sup>

De acuerdo a Anne Emanuelle Birn, es hasta cuando surge el Código Sanitario de 1926 cuando se empiezan a coordinar los órganos de salud locales con las autoridades federales. Esta nueva situación significó un gran avance en lo que se refiere a una mejor organización y reciprocidad entre los Estados en los trabajos de salud pública, sin embargo, esta circunstancia no cristalizó durante el gobierno de Plutarco Elías Calles. Birn destaca que fue debido a las presiones internas y externas a este régimen lo que provocó un gran desinterés del Estado mexicano por las labores sanitarias y asistenciales, sin embargo, a pesar de ello, se implementaron los primeros servicios sanitarios permanentes en las comunidades rurales con el apoyo de la Fundación Rockefeller, aun con la oposición de los curanderos y médicos particulares de las comunidades, porque estaban preocupados de que sus ingresos fueran mermados. “Los médicos locales también estaban irritados por los equipos modernos utilizados por las unidades sanitarias. Estos médicos temían que sus pacientes comenzasen a exigir este moderno instrumental.”<sup>18</sup>

Contrariamente a las oposiciones para introducir la infraestructura sanitaria y médica en las zonas rurales existía una realidad incuestionable en la década de los 30’, que México era un país con más del 65% de población rural,<sup>19</sup> por esta circunstancia el Departamento de Salubridad Pública instauró varias secciones especiales para atender a este tipo de comunidades.

El Departamento solicitó la colaboración monetaria, en especie y en mano de obra de las comunidades provincianas de manera semejante a como lo hizo la organización sanitaria norteamericana, en consecuencia, la calidad de servicios médico-sanitarios fue de acuerdo a

<sup>17</sup>—“Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana, publicada en el Diario Oficial del 25 de agosto de 1934” en *Codificación Sanitaria Mexicana*. Tomo Primero, México. Ediciones Andrade, S.A. Tercera Edición 1981, pp.88.1-88.6.

<sup>18</sup> Birn, “Las unidades sanitarias”, *op.cit.*, p. 212.

<sup>19</sup> De acuerdo a cifras del doctor Gustavo Viniegra Osorio, en 1940, el 65.7% de la población total correspondió a las zonas rurales, y el 34.3% a la urbana y en el Pacífico el 84% era población rural, 70% analfabetos, y la mortalidad de México era la segunda más alta del continente 221 por 10,000 habitantes, datos extraídos del artículo: “Condiciones generales sobre la salubridad en México” en *Salubridad y Asistencia*, México, tomo IV, núm.17, septiembre y octubre, 1946.,p.89. Una década después los residentes rurales continuaron siendo más que los pobladores urbanos, 14,808 millones por 10,983 millones respectivamente, cifras obtenidas del libro: *Estructura Económica y Social de México*, de Nacional Financiera, S.A. 1953, p.39.

las aportación de los campesinos -todos los pobladores tuvieron que colaborar al menos con la mitad de los presupuestos requeridos-.

Los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, por sus características de financiamiento, sólo pueden instalarse en regiones agrícolas económicamente activas [...] Partiendo de esta premisa, las zonas seleccionadas corresponden a las regiones geográficamente que ocupan los primeros lugares en la producción agrícola del País, tales como la Comarca Lagunera en Coahuila y Durango; los Valles del Yaqui y Mayo, en Sonora; el Valle Bajo del Río Bravo en Tamaulipas; la Zona Cafetera del Soconusco en Chiapas; las Zonas ejidales de los Mochis, el Dorado y Navolato en Sinaloa; la Cuenca del Tepalcatepec en Michoacán; las regiones agrícolas de la Vega de Metztlán en Hidalgo; las zonas productoras de caña de azúcar en Veracruz, Jalisco, Puebla, Tamaulipas , etc.<sup>20</sup>

El gobierno de Lázaro Cárdenas apegado al ideario del Primer Plan Sexenal<sup>21</sup> y a la Constitución de 1917, impulsó no sólo la creación de servicios sanitarios en las regiones rurales que pudieran tributar, sino en todos los territorios del país para erradicar los siguientes problemas: “1) condiciones sanitarias precarias; 2) La ausencia de una adecuada nutrición; 3) La ausencia de servicios sanitarios eficientes; 4) La ignorancia, por parte del pueblo de la medicina y la higiene personal.”<sup>22</sup>

También, durante el cardenismo nuevamente se cuestionan las labores de beneficencia a cargo del Estado, ya que se admite que no deben ser una dádiva sino una obligación la de asistir a los que menos tienen, por esta razón “el concepto de beneficencia fue sustituido por el de asistencia.”<sup>23</sup> Para llevar a cabo estas labores, el presidente Lázaro Cárdenas decreta el 31 de diciembre de 1937 el establecimiento de la Secretaría de la Asistencia Pública. “Las actividades institucionales; atenciones y servicios que habían sido realizadas por la Beneficencia Pública del Distrito y Territorios Federales, y por el Departamento de Asistencia Social Infantil, quedaran a cargo de la Secretaría de Asistencia Pública.”<sup>24</sup>

<sup>20</sup> Dirección General de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. *Organización y funcionamiento de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1951, p.9.

<sup>21</sup> De acuerdo al doctor José Siurob los fines del Primer Plan Sexenal fueron: descender la morbilidad y mortalidad; dotar de agua a los pueblos; extender el uso de medios preventivos, sueros y vacunas; incrementar la acción sanitaria entre los pobladores; extender los trabajos de organización y de ampliación de servicios en las zonas rurales y semirurales; construir el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, establecer campañas contra los vicios y preparar especialistas en el ramo, síntesis de propósitos en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, junio 1941 , p.551

Ana María Carrillo analiza que el Primer Plan Sexenal tuvo como propósito designar el 5.5. del presupuesto federal al área de salud, meta que se alcanzó, a pesar de las dificultades económicas y políticas que enfrentó el Cardenismo, y a consideración de la especialista la diferencia entre el Primer Plan Sexenal y el Segundo fue que el elaborado por los cardenistas la prioridad sería la medicina preventiva y no la curativa como lo señaló el siguiente Plan Sexenal. Cfr. Carrillo, Ana María. “Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940” en *DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci.* Hist. España, 2005, 25, p.145-178.

<sup>22</sup> Birn, Anne. “Las unidades sanitarias”, *op.cit.*, p.221.

<sup>23</sup> Vargas Olvera, Rogelio, et.al. *Guía General de Fondos de la Secretaría de Salud*, México, Secretaría de Salud. 1993, p.37.

<sup>24</sup> “Decreto que modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de la Asistencia Pública” en el *Diario Oficial* del 31 de diciembre de 1937, CV. Núm.15, Sección segunda, Artículo 3, p.2.

A pesar de los buenos deseos y actividades desarrolladas durante el gobierno cardenista, los servicios de salud y de asistencia en grandes regiones del país, continuaron siendo deficientes. Para resolver esta problemática, el presidente Manuel Ávila Camacho retomó las directrices del Segundo Plan Sexenal<sup>25</sup> que indicaban que una de las tareas sociales más urgentes a resolver sería la médico-sanitaria, ante esta situación, en el año de 1942, los funcionarios del Departamento de Salubridad Pública, ordenaron a los encargados de la Dirección de Supervisión Técnica la realización de un catastro nacional para tener información de cada región y no sólo la de los centros urbanos, comerciales y económicos más importantes, como anteriormente acontecía. Para agilizar esta tarea, se dividió el país en 10 zonas, de acuerdo a la cercanía geográfica y la prevalencia de enfermedades de la siguiente forma:

Zona I, Baja California Sur y Norte, Sonora y Sinaloa; Zona II, Chihuahua, Coahuila y Durango, Zona III. Tamaulipas, Nuevo León y San Luís Potosí, Zona IV. Nayarit, Jalisco, Colima, Aguascalientes y Zacatecas; Zona V. Guanajuato, Querétaro e Hidalgo; Zona VI. Veracruz y Puebla, Zona VII. Morelos, México, Tlaxcala y Distrito Federal; Zona VIII. Michoacán y Guerrero, Zona IX. Oaxaca y Chiapas, y Zona X. Campeche, Yucatán, Tabasco y Quintana Roo.<sup>26</sup>

Es importante destacar la colaboración de los trabajadores de la Secretaría de la Asistencia Pública en la aplicación de las encuestas del catastro nacional. Estas encuestas estaban organizadas de tal manera que se pudieran conocer los datos más importantes de cada municipio como lo fueron: las generalidades de la región desde su historia hasta sus condiciones geográficas, demografía y estadística, reporte de las enfermedades locales, abastecimiento de agua, infraestructura hidráulica del agua corriente y de desecho, condiciones higiénicas en las áreas urbanas y rurales, higiene de la alimentación, información del tipo de industrias en la región, situación de la asistencia social, del ejercicio de la medicina, ubicación de cementerios y condiciones de las carreteras. Con los resultados de la encuesta nacional, las autoridades advirtieron de una manera más precisa los problemas sanitarios y médicos más importantes en el país, y se inició la planeación de una nueva reestructuración de los servicios médico-sanitarios apegada a las normas panamericanas.

<sup>25</sup> El Segundo Plan Sexenal tiene 56 proyectos a realizar referentes a la salubridad pública, el más innovador fue el que se refiere a la necesidad de unificar las actividades sanitarias y de asistencia social. En este Plan se vuelve a retomar la idea de que el Estado debe asumir la tarea de la salubridad y asistencia social, con la colaboración no sólo de las autoridades federales y locales, sino con las fuerzas vivas del pueblo con su contribución monetaria y laboral, un ejemplo fue que se aceptó el trabajo de las parteras tradicionales y se invitó a indígenas para colaborar en películas, folletos y propaganda sobre educación higiénica, para que éstos materiales fueran traducidos en idiomas regionales. Cfr. –Segundo Plan Sexenal 1941-1946” en *Boletín de Salubridad e Higiene*. Cuarto Trimestre. Volumen II, Núm.7, México, p.645-652.

<sup>26</sup> Departamento de Salubridad Pública. *Memoria que reseña las actividades del Departamento durante el ejercicio fiscal de 1941 bajo la gestión del doctor Víctor Fernández Manero*, México, Departamento de Salubridad Pública, 1942, p.31.

A principios de la cuarta década del siglo XX, el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública, eran los organismos de Estado encargados de la salud pública y la asistencia social respectivamente, a pesar que no eran pocas las ocasiones que estas dos instituciones colaboraban, como en la ejecución del catastro nacional.

En este mismo período, las autoridades del Departamento de Salubridad Pública ordenaron la construcción de una infraestructura hospitalaria indispensable para combatir males que ocasionaban la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad o que aunque ya estuvieran controlados, significaran un riesgo latente, tales como: paludismo, oncocerciasis, tuberculosis, venéreos, lepra, bocio endémico, viruela, tifoidea, difteria, tosferina, brucelosis, rabia, y tifo exantemático. Otras relaciones fueron las relacionadas con el cuidado de la madre y el hijo, al mismo tiempo que la atención médica a los obreros y trabajadores del campo.

Algunos funcionarios caracterizaban a la clase obrera como ignorante y responsable de muchos de los males que padecían, por lo tanto el Estado podría ser garante de una mejora de las condiciones médicas y sanitarias de los obreros a través del Seguro Social, pero esta situación no sería concretada sin la colaboración de los trabajadores, ya que éstos debían cambiar algunas actitudes negativas de su manera de vivir que lo perjudicaban físicamente y económicamente.

Mensaje a las clases trabajadoras de la República.

Digo, con honda convicción, a las clases trabajadoras del país: cuando se quiere vivir según se desea y no según se puede económicamente, surge el primer desequilibrio en los hogares. Hay pues, que vivir con arreglo a lo que se tiene.[...] Obrero: no seas imprevisor. Piensa en tu vida y arrégla. Dentro de tu pobreza, trabajador, y con sólo que hagas un cálculo juicioso de tus ingresos, puede residir en casa higiénica y atractiva, a la que prefieras mejor que a las borrascas de la calle. Trabajador: sal de tu pobre vivienda antihigiénica y oscura y cámbiala, con sólo que arregles bien tu presupuesto, por otra cómoda y llena de luz [...] Trabajador de la ciudad y del campo: el Gobierno de la República trata de remediar los males que se derivan de tu imprevisión. ¿De que manera? Estableciendo el Seguro Social. Pero es preciso que sepas que el esfuerzo individual, junto con el ahorro, dan al trabajador la sensación de seguridad, de tranquilidad. Tener un pequeño fondo para subvenir a las necesidades, eleva el espíritu del hombre. [...] Trabajador amigo: debes vivir de acuerdo con lo que ganes. Pobremente, si es necesario. Pero no te endrogues, porque aumentas tus angustias.<sup>27</sup>

Ante los acontecimientos del conflicto mundial, a nivel panamericano las autoridades encargadas de la salubridad y asistencia social pugnaban por la unificación de los servicios de salubridad y asistencia, el presidente Manuel Ávila Camacho, atento a los dictados emitidos en los foros panamericanos, decretó el 15 de octubre de 1943, la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que fue resultado de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública, y cuyos propósitos inmediatos serían:

<sup>27</sup> Baz, Gustavo. "Mensaje a las clases trabajadoras de la República" en *Asistencia*, órgano oficial de la Secretaría de la Asistencia Pública. No.8, Tomo II, abril de 1942, México, pp.3-4.

a) Unificar los servicios de salubridad y asistencia de la administración pública, para simplificar trámites y evitar el duplicamiento de funciones al otorgar servicios, b) Facilitar la cooperación entre los servicios asistenciales y de salubridad, c) disminuir la mortalidad para acrecentar las *Fuerzas Vivas* de la patria.<sup>28</sup>

Esta propuesta de conjuntar la labor sanitaria y médica, no se origina exclusivamente de la institución gubernamental y de los organismos panamericanos, sino que era una demanda ancestral del pueblo mexicano, de lo que deja constancia el doctor Gustavo Baz.

La dura experiencia cotidiana nos ha venido indicando como en nuestro país resulta ilógico pensar y actuar exclusivamente en función de actividades sanitarias puras; ya hemos indicado como al realizarse campañas de prevención a cargo de médicos sanitarios, los habitantes de los lugares visitados insisten en que sus enfermos les sea administrada también asistencia y tratamientos médicos, pues no comprenden como los médicos pueden llegar hasta ellos solamente para aplicar medidas puramente preventivas.<sup>29</sup>

Por la presión social nacional, panamericana y mundial, el Estado Mexicano instauró una nueva filosofía, la cual consistió en mantener la salud de la población en particular de la económicamente activa, considerando también que el salario del trabajador debía colaborar a cubrir los servicios de salud, por lo cual la salud se reglamentó como parte de las prestaciones sociales como: el derecho a la vivienda y a la jubilación. Este denominado derecho social se vincula así en tener un trabajo. En México con la creación del IMSS, el Estado participa en la generación de un fondo para el beneficio de los obreros y empleados, que es construido de manera tripartita por: el Estado, los empresarios y los trabajadores.<sup>30</sup>

Las autoridades mexicanas establecieron un código de trabajo para reorganizar los servicios de salubridad y asistencia basado en 15 postulados, mismos que resumieron los objetivos inmediatos de la nueva Secretaría de Estado.

---

<sup>28</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1943-1944, basada en el Informe de Labores presentado por el H. Ejecutivo de la Unión por el doctor Gustavo Baz, secretario del ramo. México. Talleres Gráficos de la Nación- SSA, 1944, p.5*

<sup>29</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria 1944-1945*, México, Talleres Gráficos de la Nación, México, 1945, p.12.

<sup>30</sup> Muchos teóricos analizan que en esta época se inicia a consolidar el Estado benefactor mexicano.

- 1-La asistencia social es un deber del Estado y de la sociedad (no a la asistencia ciega que fomenta el parasitismo social) (eliminación de los conceptos de caridad y beneficencia).
- 2-La implementación del Seguro Social reducirá la asistencia social.
- 3-El Estado asegurara la conservación de la familia como célula social.
- 4-Las labores de la salubridad y asistencia deben estar coordinadas.
- 5-Supresión de los grandes internados por atención más individualizada.
- 6-Perfeccionamiento técnico y científico al personal profesional.
- 7-Atención a la alimentación y nutrición del pueblo.
- 8-Desarrollo de obras de ingeniería sanitaria.
- 9-Lucha específica contra determinadas enfermedades.
- 10-Educación de higiene popular.
- 11- Programa de construcción de hospitales. (Plan Nacional de Hospitales)
- 12- Seguimiento sanitario de la producción de leche.
- 13- Creación de organismos descentralizados “patronatos” y “comités”.
- 14-Estabilización de los costos de medicamentos, precio tope.
- 15-Impulso de crédito de la Lotería Nacional, como principal fuente de ingresos de la Beneficencia Pública.<sup>31</sup>

Una de las tareas iniciales de la administración del Secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Gustavo Baz, fue la de ampliar la infraestructura hospitalaria desde un hospital de primer nivel, hasta la instalación de pequeños dispensarios rurales en todo el país; de esta manera formularia el proyecto llamado “Plan de Hospitales, 1940-1946”, este básicamente fue financiado por los fondos obtenidos de la Beneficencia Pública; con el tiempo se procuró recurrir al financiamiento federal y al privado tanto nacional como extranjero, para que sólo las tareas de asistencia social fueran solventadas por la Beneficencia Pública. México se considera en la literatura panamericana como el iniciador de la construcción de una infraestructura hospitalaria moderna y original,<sup>32</sup> ya que los responsables de dicho proyecto, adaptaron las nuevas estructuras hospitalarias a las condiciones económicas, poblacionales, climáticas y geográficas del país.

Por eso hemos comenzado a construir grandes nosocomios en las capitales de algunos estados y en los lugares de gran concentración humana, siguen después, los hospitales de tipo regional y los de tipo rural; y, por último, las enfermerías rurales, a donde los especialistas llegarán periódicamente, previo aviso a los habitantes de la región, para que acudan y los consulten.<sup>33</sup>

Las prioridades nacionales médico-sanitarias, se entrelazaban con las necesidades de la defensa continental enmarcada en la doctrina panamericana, basta revisar cuales eran los lineamientos principales a cumplir respecto al estado de guerra en que se encontraba México: Zonificación del país, clausura de oficinas y actividades que no fueran urgentes, movilización de brigadas sanitarias, intensa campaña de educación popular higiénica, incremento de campañas sanitarias contra la viruela, el tifo, la tifoidea, la difteria, el paludismo, la tuberculosis,

<sup>31</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1945-1946*. Talleres Gráficos de la Nación, México. 1946, pp.22-24.

<sup>32</sup> En esta época ni siquiera los Estados Unidos de Norteamérica tenía un proyecto para erigir una infraestructura hospitalaria, por la escasez de materiales y recursos humanos, fue hasta el año de 1946 que este país con la iniciativa Hill-Burton destinó recursos federales para la construcción de hospitales.

<sup>33</sup> Baz, Gustavo. “Discurso pronunciado por el doctor Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia en el acto inaugural del Congreso” en *Salubridad y Asistencia*. No.17 Tomo IV, septiembre –octubre de 1946, México, pp.24-27.



las enfermedades venéreas, el tétanos, inmunizaciones, adiestramiento rápido de enfermeras y oficiales sanitarios, composición de brigadas sanitarias de maestros, obreros y campesinos, masificación de productos biológicos quimioteràpicos, la construcción de una infraestructura básica sanitaria, intermediación del Departamento de Salubridad Pública para administrar las sustancias alimenticias y los productos medicinales, aceleración de los trabajos del catastro sanitario del país, reducción de los trámites administrativos para el abastecimiento de material sanitario y movilización de personal.<sup>34</sup>

¿Pero, quiénes serían los responsables de llevar cabo este nuevo proyecto de bienestar social y defensa pasiva? ¿Se necesitaría el perfil de un nuevo profesionista que tuviera los conocimientos tanto médicos como sanitarios?, la respuesta estaba anunciada desde hace varios años atrás en los foros panamericanos, ya que se había llegado a la conclusión de que el Estado era el responsable de garantizar la salud del pueblo, por tanto tendría que asumir la tarea de formar médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios para atender a la población desprotegida. Por esta razón se estableció un “Plan Cultural de Adiestramiento y Perfeccionamiento Técnico del Personal y de Intercambio Internacional”.<sup>35</sup>

No era fácil para los funcionarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia iniciar con el adiestramiento médico-sanitario ante la escasez de recursos económicos, por ello, la unificación de servicios asistenciales y de salud pública tuvo entre sus propósitos, la de cancelar puestos ejecutivos que duplicaban funciones, y como resultado de esta acción, se obtendría un ahorro financiero para la nueva Secretaría de Estado, que pudiera ser utilizado para las labores sanitarias y médicas.

De entre las múltiples tareas que incumbe a un gobierno, ninguna puede ser considerada más importante que la que cuida de conservar y de fomentar la salud del pueblo, en primer lugar por medio de la prevención de las enfermedades y en seguida por el suministro oportuno y eficaz de la ayuda que requieren los enfermos, los débiles o los inválidos para reintegrarse a la normalidad. Por ello es que se ha dado y se dará gran atención a estos problemas a cuya solución se dedicaran todos los recursos de que se disponga.<sup>36</sup>

En 1944, la Secretaría de Salubridad y Asistencia tenía \$458,500,000 pesos, del erario federal, que era la suma de los recursos económicos asignados por separado al Departamento de Salubridad Pública y a la Secretaría de Asistencia Pública en el año de 1943. La Secretaría de Salubridad y Asistencia como institución no actuó sola, ya que” Las labores de salubridad y

<sup>34</sup> Cfr. “México en estado de guerra” en *el Boletín del Departamento de Salubridad Pública*. Vol. V, no.2, junio 1942, México, pp.162-165.

<sup>35</sup> De acuerdo a cifras de Miguel Othón de Mendizábal en el año de 1940, sólo había 6664 médicos en el país, en *Memoria del Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia*, Tomo I, México. 1947, p.187.

<sup>36</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, Memoria 1943-1944. México. 1944, p.17.

de asistencia estarían a cargo de 798 dependencias fuera de la capital que trabajarían con el sistema de coordinación por convenios con los gobiernos de los Estados, las cooperativas ejidales y algunas instituciones privadas.<sup>37</sup> También colaboraron en el adiestramiento, algunas universidades públicas como: la Escuela de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional y la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Las dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que adiestraban a los futuros encargados de las tareas higiénicas y asistenciales fueron: la Escuela de Salubridad e Higiene, el Instituto de Salubridad de Enfermedades Tropicales,<sup>38</sup> y las estaciones de adiestramiento, además de organismos extranjeros como: La Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos de los Estados Unidos de Norteamérica, las Fundaciones: Rockefeller, Kelloggs, Guggenheim, Commonwealth y otras, algunas de las cuales habían encauzado sus relaciones a través de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La calidad de los profesores que trabajaron en el adiestramiento del personal médico – sanitario, se comprobaba por su formación profesional, y su participación a nivel nacional e internacional en eventos científicos y médicos, además de que colaboraban como médicos e investigadores en las campañas nacionales contra diversas enfermedades, entre otros, participaron: el Biólogo Enrique Beltrán y los doctores Miguel E. Bustamante, Luís Mazzotti, Gerardo Varela, Manuel Martínez Báez, Luís Vargas, José Zozaya, Ángel de la Garza Brito, Daniel Martínez García, Agustín Díaz Esparza y Maximiliano Ruiz Castañeda, entre otros.

Todas las instituciones de enseñanza médica y sanitaria asumieron la necesidad de reorganizarse ante la unificación de los servicios de salubridad y asistencia, por ejemplo, las autoridades de la Escuela de Salubridad e Higiene tuvieron que cambiar sus planes de estudio, y para ello obtuvieron el asesoramiento científico de los directores de varias instituciones mexicanas relacionadas con la enseñanza médica, pero también de la Asociación de Salud Pública Norteamericana.

---

<sup>37</sup> *Ibid.*

<sup>38</sup> El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales era un centro de investigación, que tenía como antecedentes institucionales a la Sección de Bacteriología del Museo Anatómico-Patológico creado en 1895, que después se convertiría en el Instituto Bacteriológico Nacional y en el año de 1921 se reestructurarían sus funciones se llamaría finalmente como Instituto de Higiene.

Uno de los propósitos del cambio de orientación de los planes de estudio de medicina en el continente americano de acuerdo al doctor Freeman, profesor de la Universidad de Johns Hopkins y al doctor Ángel de la Garza Brito, Director de la Escuela de Salubridad e Higiene de México, fue que se debía asignar a la enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene en los programas de la enseñanza de medicina, el mismo tiempo y la misma importancia que el que se le otorgaba a la instrucción sobre disciplinas de orden quirúrgico y de orden médico, ya que un mayor conocimiento de la medicina preventiva y de la higiene entre los estudiantes los haría revalorar esta especialidad tan desdeñada, para evitar que otros profesionales más especializados en cuestiones de salubridad ocuparan las plazas que corresponderían naturalmente a los médicos, ya que los organismos panamericanos responsables en estos asuntos habían adoptado la máxima griega de “vale más prevenir que curar”, y más si existía escasez de recursos humanos y financieros como en los países americanos, esta reestructuración llevó a una instrucción médica más práctica que teórica.<sup>39</sup>

Para el año de 1945, estaban en construcción varias estaciones de adiestramiento, y otras que ya estaban funcionando en territorio mexicano: Tacuba, D. F.; Cuernavaca, Morelos; Coatepec, Veracruz; Boca del Río, Veracruz; Guadalajara, Jalisco; Monterrey, Nuevo León y Celaya, Guanajuato. “De 1940 a 1946, asistieron a cursos para médicos, enfermeras e inspectores sanitarios, 685 personas, 668 mexicanos y 17 extranjeros, once de Colombia, dos de Cuba, uno de España, uno de Dominicana, uno del Salvador y uno de Panamá.”<sup>40</sup>

No sólo era importante el adiestramiento científico, asistencial y médico, sino que los funcionarios de la recién creada Secretaría de gobierno, promovieron la enseñanza higiénica popular, en la cual el maestro rural y urbano fue un elemento fundamental, ya que la primera instancia a la que estaba orientada era a los niños de la enseñanza básica.

...la educación higiénica popular, elemento de vital importancia en cualquier país, pero más en el nuestro, en donde hay todavía grandes masas que se han mantenido en situación cultural deficiente, en lo general y muy especialmente, a causa de factores económicos-sociales bien conocidos, en estado de ignorancia completa por cuanto a la medicina y a la higiene se refiere.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> De la Garza Brito, Ángel. —“La enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene factor en la asistencia médico social” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, julio de 1944, Washington, p.612.

<sup>40</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1945-1946*, México. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Talleres Gráficos de la Nación. 1946, p.62.

<sup>41</sup> Memoria. 1943-1944, *op.cit.*, p.15.

La intervención del maestro rural no era nueva, ya que el Estado mexicano incluyó su participación desde que creó las misiones culturales en los años veinte, la cual fue primordial no sólo en los asuntos referentes a la alfabetización, sino como instructor en cuestiones de salud e higiene.<sup>42</sup>

De acuerdo a las directrices panamericanas, el adiestramiento del personal médico y sanitario en México se venía realizando primordialmente por la Escuela de Salubridad e Higiene desde 1922. En esta época se amplió el adiestramiento a través del intercambio continental de estudiantes y profesionistas en el área de la salud: Los médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios mexicanos, obtuvieron diversas becas de los gobiernos involucrados en el sistema panamericano y de fundaciones como la Rockefeller, para estudiar en las universidades e institutos norteamericanos y latinoamericanos.

1-Invitando a competentes especialistas extranjeros a sustentar en México cursos breves.

2-Enviando al extranjero al mayor número de profesionistas y técnicos mexicanos que sea posible, para que estudien diversas especialidades y ramas relacionadas con las actividades de la Secretaría.

3. Organizando cursos, reuniones etc., y patrocinando, prestando apoyo y organizando congresos, convenciones, etc.

4-Promoviendo y patrocinando los viajes de nuestros técnicos que acuden a reuniones y asambleas internacionales donde se discuten y tratan problemas de salubridad y asistencia.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> El maestro rural fue el eje de las acciones de las misiones culturales que tuvieron un carácter humanista y revolucionario apegado a la Constitución de 1917, ya que su principal objetivo era la de dignificar a los hombres y mujeres rurales que ancestralmente estaban olvidados por anteriores regímenes, a través de fomentar su desarrollo integral en lo intelectual y físico, como en lo productivo. El historiador Lloyd H. Hughes destaca que en cada misión se impartieron clases de alfabetización, jabonería, perfumería, curtiduría, agricultura, música, educación física y puericultura.

Las misiones culturales con un trabajo conjunto entre los representantes del gobierno, técnicos, enfermeras, parteras, agrónomos, maestros rurales y la participación comunitaria de los residentes, intercambiaron experiencias. Los foráneos asesoraban técnicamente a los campesinos en algunas labores cotidianas para aumentar las cosechas de los campesinos, optimizar la crianza de animales de diferentes especies, la de perfeccionar la construcción de viviendas higiénicas, elevar las condiciones de higiene y salubridad comunitaria e individual, la de corregir malos hábitos alimentarios y la de fomentar las campañas de alfabetización junto con la instrucción de amor a la patria, en correspondencia los lugareños compartieron sus conocimientos geográficos, herbolarios, y médicos entre otros.

Lloyd H. Hughes subraya que de 1923 a 1938 se organizaron 18 misiones en Hidalgo, Tlaxcala, Michoacán, entre otros estados, a pesar del rechazo de ciertos sectores de la sociedad que insistieron que era un proyecto oneroso y con pocos resultados, debido al corto tiempo que duraban las misiones en los poblados. Otro aspecto importante que resalta este autor es que los misioneros respetaban los usos y costumbres de las comunidades por lo tanto evitaban imponer sus conocimientos, por lo que en un plano de igualdad realizaban una labor de convencimiento y de aprendizaje mutuo. Resultado de las experiencias anteriores, en 1942 se reorganizaron las misiones con los mismos objetivos, y conservando entre sus filas a una enfermera y a una partera nativa. De acuerdo Augusto Santiago Sierra, las misiones creadas de 1942 a 1946 fueron 61 y de 1952 a 1964 llegaron a 86 misiones. Cfr. Hughes H.Lloyd. *Las misiones culturales mexicanas y su programa*. Paris, UNESCO, 1951. y Sierra, Augusto Santiago. *Las Misiones culturales (1923-1973)*. México Biblioteca S.E.P. SEP-SETENTAS, 1973.

<sup>43</sup> Memoria.1943-1944. *op.cit.* p.63.

En los Estados Unidos de Norteamérica, el adiestramiento para médicos e ingenieros sanitarios latinoamericanos fue impartido por universidades de gran prestigio como la Johns Hopkins y la de Harvard, y si los estudiantes no dominaban el inglés, los cursos serían impartidos en español.

A los médicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se les otorgaban asesorías científicas y se les dotaba de materiales biológicos para la elaboración de vacunas, aparte de ofrecerles clases de administración en organización y funcionamiento de hospitales en los institutos especializados en el ramo.

En correspondencia a la cooperación norteamericana, la Secretaría de Salubridad y Asistencia organizó a través de la Escuela de Salubridad, cursos especiales para los estudiantes norteamericanos, que se impartieron en su idioma y ofreció sus instalaciones clínicas y de adiestramiento, para las prácticas de campo de los mismos.

En México los primeros centros de adiestramiento se construyeron en el centro del país, en los puertos marítimos más importantes, y en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica. Además, con la construcción de la carretera panamericana, se propuso la edificación de centros de adiestramiento aledaños a ella.

Los centros de adiestramiento se beneficiaron de la asistencia directa de epidemiólogos norteamericanos, lo cual no ocasionó problemas jurídicos con el artículo 106, fracción IV del Código Sanitario de 1934, que prohibía el ejercicio profesional de médicos extranjeros en el territorio mexicano, porque asentaba una cláusula de excepción que a letra indicaba que se aceptaba el ejercicio de la medicina y su intervención en obras sanitarias a extranjeros, que tuvieran una “reputación mundial reconocida a juicio del Departamento.”<sup>44</sup>

Desde el año de 1943, se formó una Comisión México-norteamericana de técnicos para estudiar las condiciones sanitarias en los poblados aledaños a la carretera panamericana; de los resultados de tales investigaciones, se establecieron o reforzaron las diferentes campañas nacionales contra las enfermedades más recurrentes como: el bocio, el paludismo, la onchocercosis, la tuberculosis, el cáncer, las enfermedades venéreas y la lepra, entre otras. Los especialistas mexicanos comisionados para acompañar a la comisión norteamericana

---

<sup>44</sup> Es importante destacar que ciertas normas y reglamentos permitieron la intervención de extranjeros en las actividades médicas-sanitarias, como la Ley de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios en la República publicado en el *Diario Oficial* del 25 de agosto de 1934, la cual consignaba en el Artículo 4, que “Las personas, sociedades nacionales y extranjeras y demás particulares, pueden dedicarse a actividades de higiene, sujetas siempre a la vigilancia y control del Estado, ejerciendo por conducto del Departamento de Salubridad Pública, en lo concerniente a la salubridad general.”

durante su recorrido por la Carretera Panamericana fueron: El doctor Carlos Ortiz Mariotte, el ingeniero Esteban Hoyo Hernández y el epidemiólogo Ramón Pintado que era el representante especial viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana. Por la delegación norteamericana estaban los doctores Hiram J. Bush, J. L. Robertson Jr, James Newman, Harold Word, Bernard Brookman representante de la Organización Sanitaria Panamericana y de los Servicios de Sanidad de los Estados Unidos. Las primeras localidades estudiadas fueron Sabinas Hidalgo, Matamoros, Puebla, el Monte, Tamazunchale, Ciudad Valles, Zimapán, Ixtepec, Tapachula, Comitán, Juchitán, San Cristóbal de las Casas, Tuxtla Gutiérrez, Salina Cruz, Coatzacoalcos, Tehuantepec, Matías Romero y Santa Lucrecia.<sup>45</sup>

Las autoridades norteamericanas también tuvieron admiración e interés por conocer las labores de investigación que se llevaban a cabo en algunos organismos del Estado mexicano como el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, uno de ellos, era George C. Dunham, Jefe de la Sección de Salubridad Pública del Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica.

La extraordinaria importancia que esta adquiriendo durante la guerra las enfermedades tropicales y la inmensa magnitud de los problemas que estos padecimientos presentaron al concluir el conflicto mundial, hacen muy interesante el programa de investigación que México empezó al desarrollar desde varios años antes de que se les diera la importancia que ahora tienen, y los estudios del ISET del Departamento de Salubridad Pública interesan a muchas personas.<sup>46</sup>

Es importante destacar que a nivel panamericano en la década de los 40', los países latinoamericanos reconocidos como los más importantes en la investigación médico-sanitaria, eran Brasil y Argentina, que a través de sus institutos especializados en epidemiología e higiene lograron descubrir nuevas enfermedades como la de Chagas y tratamientos contra diversas dolencias como el paludismo. Por esta razón, a nivel continental, se impulsó el establecimiento de centros de investigación asesorados no sólo por los científicos norteamericanos, sino también por estudiosos nacionales que realizaron trabajos originales que aportaron nuevos conocimientos y los compartieron entre si durante el periodo bélico mundial, con la finalidad establecer una infraestructura científica independiente de la europea.

---

<sup>45</sup> Cfr. AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-1. Exp.-4. y AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-1.Exp.6.

<sup>46</sup> Memoria 1942-1943, *op. cit.*, p.143.

## 6.2. ¿Intromisión o cooperación?: Funcionarios norteamericanos en la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Es importante subrayar que en las primeras tareas sanitarias del siglo XX en México, fue persistente la participación económica de fundaciones privadas nacionales y extranjeras tales como: la Fundación Rockefeller y la Fundación Kelloggs, este tipo de colaboración continuó en la década de los cuarentas, con la novedad que se incorporó un nuevo organismo: El Instituto de Asuntos Interamericanos, dependencia de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos.

A partir del acuerdo de colaboración médico-sanitario, de la Cláusula XXX llamada: “Mejoramiento de la Salud y de la Salubridad Pública”, hecha en la Tercera Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores realizada en Río de Janeiro del 15 de enero al 28 de enero de 1942 y las Resoluciones finales ejecutadas en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana a finales del mismo año,<sup>47</sup> las autoridades norteamericanas, a través del Instituto de Asuntos Interamericanos, establecieron los primeros contactos epistolares con los dirigentes mexicanos para iniciar un programa cooperativo de “Sanidad e Higiene en México”. El embajador Ezequiel Padilla persuadió a las autoridades norteamericanas para que en este programa bilateral, la prioridad fuera la realización de obras de ingeniería sanitaria en los poblados aledaños a la carretera panamericana, además del control y tratamiento de enfermedades epidémicas.

Las notas diplomáticas más importantes que diseñaron el proyecto final fueron: la invitación de colaboración bilateral que hizo el embajador norteamericano G.S. Messersmith al ministro de Relaciones Exteriores de México, Ezequiel Padilla, el 30 de junio de 1943, la respuesta de ratificación de dicho acuerdo de cooperación del licenciado Ezequiel Padilla se dio el 1 de julio del mismo año, y la negociación final el 2 de julio de 1943, entre el doctor Víctor Fernández Manero, Jefe del Departamento de Salubridad Pública y George C. Dunham vicepresidente ejecutivo del Instituto de Asuntos Interamericanos de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos para reconciliar los términos del convenio.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Una copia fiel de la acta final se encuentra en el Archivo Histórico de Relaciones Exteriores de México, en la siguiente clasificación: III-2548-15 (II) Anexo. Los datos más importantes de la Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas se encuentran en III-2548-15-1 parte y III-2548-15-2 parte.

<sup>48</sup> La correspondencia emitida en el año de 1943, entre el embajador norteamericano G.S. Messersmith, Ezequiel Padilla, Jaime Torres Bodet, George Dunham, y Víctor Fernández Manero respecto a este asunto, se encuentra en el Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores en la Sección de Archivo General III-1945-1 Primera parte y en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, AHSSA; F-Secretaría de Salubridad y Asistencia; S-Subsecretaría de Salubridad y Asistencia; Caja-2; Expediente-2. (en adelante: AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-2; Exp-2)

En este intercambio de correspondencia diplomática, el embajador norteamericano estableció la necesidad de crear en el mismo Departamento de Salubridad Pública de México, una oficina especial<sup>49</sup> que se llamaría Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la cual sería la intermediaria entre el Departamento de Salud Pública y el Instituto de Asuntos Interamericanos, misma que debía tener un carácter autónomo.

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública deberá ser una entidad separada en el Departamento de Salubridad Pública y una parte íntegra del Gobierno de México. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública estará directamente sujeto al Jefe del Departamento de Salubridad Pública del Gobierno de México.<sup>50</sup>

Las sugerencias del doctor George C. Dunham, consistieron en enviar un equipo de especialistas médico-sanitaristas que orientaran al personal del Departamento de Salubridad Pública, este grupo estaría bajo las órdenes de un representante de la División de Salubridad y Saneamiento del Instituto de Asuntos Interamericanos. También Dunham plantearía la posibilidad de que el representante del Instituto de Asuntos Interamericanos también fuera el director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

En esta inteligencia, como Director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, el Jefe de este grupo deberá sujetarse directamente al jefe del Departamento de Salubridad Pública. El no recibirá recompensa alguna del Gobierno de México, ya sea de los fondos del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, o de otros recursos dentro del Gobierno de México. Los sueldos y gastos, incluyendo gastos para viajes del personal del grupo en México, serán pagados por el Instituto de Asuntos Interamericanos de fondos no incluidos en el programa cooperativo en México.<sup>51</sup>

Dunham atestiguó que los proyectos a realizar por estas dos instancias serían resueltos de manera individual y de acuerdo con las autoridades mexicanas, se les daría prioridad aquellos que estuvieran localizados en las regiones colindantes a la carretera panamericana. La elección de proyectos estaría bajo la responsabilidad del Jefe del Departamento de Salubridad Pública de México y el representante del Instituto de Asuntos Interamericanos. Esta circunstancia evidenciaba que los norteamericanos no sólo participarían otorgando recursos económicos y asesoramiento científico, sino que tendrían injerencia directa en las políticas sanitarias y médicas implementadas dentro de una Secretaría de Estado, de la misma manera que ocurrió a principios del Siglo XX en Cuba y Panamá.

---

<sup>49</sup> El establecimiento de oficinas sanitarias dirigidas por extranjeros en colaboración de nacionales no era novedad, porque desde la llegada de la Fundación Rockefeller esta circunstancia estaba permitida, ejemplo de ello fue que los Drs Walter C. Earle y Luis Vargas estaban en la dirección de la Oficina de Estudios Especiales de Paludismo de Morelos en 1937. Cfr. Cervantes González, Domingo G. *Breve reseña histórica de la lucha antipalúdica en México*. México. Imprenta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1979, p.35

<sup>50</sup> *Ibid.*, nota 47.

<sup>51</sup> *Ibid.*



El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, fungiría como órgano mediador y receptor de los presupuestos concedidos por el Instituto de Asuntos Interamericanos y el Departamento de Salubridad Pública. Los fondos se depositarían en una cuenta especial a nombre del Departamento de Salubridad Pública, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, y serían utilizados con la anuencia y supervisión del representante del Departamento y el Jefe de la Misión, que era el portavoz del Instituto de Asuntos Interamericanos.

Los fondos suministrados por el Instituto de Asuntos Interamericanos que se destinen al programa cooperativo de que se trata, serán proporcionados al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en partidas, de acuerdo con el avance del trabajo en cada proyecto en particular y de acuerdo también con los convenios efectuados al respecto entre el jefe del Departamento de Salubridad Pública o su representante y el jefe de la Misión de Campo.<sup>52</sup>

De acuerdo a estas cláusulas, las aportaciones de los gobiernos de los Estados Unidos de Norteamérica y de México, debían ser de 2.500,000.00 dólares cada uno. La cooperación instaurada ocurriría por cinco años, a partir de enero de 1944, aunque las participaciones económicas estarían depositadas en cantidades distintas.

En dicho plan se notificaba que en caso que el Estado mexicano no pudiera aportar las sumas requeridas, el Gobierno norteamericano estaría dispensado de seguir contribuyendo, y que al término de la colaboración bilateral los bienes adquiridos de manera inmediata pertenecerían al gobierno mexicano.

Año	Gobierno de México. Dólares.	Instituto de Asuntos Interamericanos. E. U. A. Dólares.
1944	300,000,00	500,000,00
1945	400,000.00	500,000,00
1946	500,000,00.	500,000,00
1947	600,000,00	500,000,00
1948	700,000,00	500,000,00

**Cuadro elaborado con cifras obtenidas de las cláusulas del 30 de junio de 1943.**

Unos meses después, George Duhman, añadió nuevos proyectos de infraestructura sanitaria y médica, priorizando aquellos que se situaran en comunidades cercanas a la frontera México-Estados Unidos como el “Programa Mixto de Control de Enfermedades Venéreas” y “El

<sup>52</sup>.Ibid.

Programa para el Control de la Tuberculosis”. También incluyó el “Proyecto del Centro de Higiene de Adiestramiento de Boca del Río, Veracruz” y “La ampliación de la Escuela de Salubridad Pública”, ambas instituciones estaban contempladas en un plan de adiestramiento de alcance panamericano, Dunham expresó que este convenio bilateral se prorrogaría por cinco años.

Las autoridades mexicanas nuevamente admitieron todas las propuestas de Dunham, pero pusieron algunas objeciones en lo que se refería a los trabajos sobre el control de enfermedades venéreas en la frontera, ya que el Departamento de Salubridad Pública tenía un trabajo consolidado en este rubro con la colaboración de la Organización Sanitaria Panamericana y, ante los buenos resultados, no tenía caso cambiar el sistema de asistencia anterior, sin embargo este trabajo finalmente se llevo a cabo con administración de la colaboración médico-sanitaria bilateral.

Para realizar los nuevos proyectos médicos y sanitarios, el gobierno norteamericano contribuyó con una suma adicional de dos mil quinientos dólares. Al respecto de esto, el Estado mexicano asumió un compromiso similar pero de manera prudente, asumiendo que el compromiso monetario dependía de las circunstancias sociales y económicas internas y no de una disposición extranjera de carácter obligatoria, ya que, esta situación violaría la soberanía del país,<sup>53</sup> por lo tanto la renovación del convenio tuvo algunas correcciones de sintaxis, pero evidentemente era algo que no dejaba de preocupar a los funcionarios mexicanos puesto que la propuesta de los norteamericanos respecto al subsidio mexicano estaba redactada de la siguiente manera: “la suma que contribuirá el gobierno de México”, sin embargo y ante las objeciones presentadas, el convenio final quedó así: “el gobierno de México tomará todas las medidas necesarias para procurar contribuir”.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Este nuevo acuerdo de proporcionar más recursos al convenio original del 2 de julio de 1943 se estableció a finales de ese mismo año, por la cantidad de dos mil quinientos dólares adicionales, para completar la cifra total de cinco mil dólares por parte de cada país Cfr. AHSRE; Sección: Archivo General III-1945-1. Primera Parte.

<sup>54</sup> *Ibid.*

Año.	Gobierno de México. Dólares.	Instituto de Asuntos Interamericanos E. U. A. Dólares.
1943-1944	300,000	700,000
1945	400,000	600,000
1946	500,000	500,000
1947	600,000	400,000
1948	700,000	300,000

**Cifras adicionales incluidas en la nota diplomática del 26 de octubre de 1943.<sup>55</sup>**

Es importante aclarar que desde el bombardeo de 1942 a Pearl Harbor, el presidente Manuel Ávila Camacho aprobó una serie de acuerdos y decretos de defensa activa y pasiva previniendo un ataque aéreo de parte de los miembros del Eje, considerando como prioridad la intensificación de trabajos en lo que se refiere a la asistencia social y la salubridad pública.<sup>56</sup>

Manuel Ávila Camacho realizó el 1 de junio de 1942, un convenio bilateral de colaboración con las autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica para evitar la propagación de enfermedades venéreas en la frontera, ya que varios de los campos de entrenamiento de los combatientes norteamericanos se encontraban en esa región, lo que provocó un movimiento migratorio constante. Las instituciones involucradas en este convenio fueron: la Oficina Sanitaria Panamericana y el Departamento de Salubridad, del U.S. Public Health Service. En 1943 se fundó la Asociación de Salubridad de la Frontera México-Estadounidense, que continúa hasta nuestros días.

<sup>55</sup> Las notas diplomáticas del 25 y 26 de octubre de 1943 eran la negociaciones entre el embajador norteamericano George S. Messersmith y Ezequiel Padilla Secretario de Relaciones Exteriores para extender el presupuesto y los proyectos del convenio bilateral, la renovación del convenio sería ratificado el 8 de diciembre de 1943. AHSRE; Sección: Archivo General III-1945-1. Primera Parte.

<sup>56</sup> Ejemplo de estos acuerdos, es el que se encuentra en AHSSA, F-SSA, S-SPr. C-3. Exp.2 respecto a las acciones a realizar para llevar a cabo la defensa pasiva y la defensa activa en México. A partir de los Decretos del 1 y 2 de junio de 1942, en los cuales México en primera instancia se involucra junto con las otras naciones panamericanas, en la administración provisional de las colonias y posesiones europeas en América y en segundo término le declara la guerra a Alemania, Italia y Japón. México asumió medidas drásticas económicas y políticas, como la suspensión de las garantías individuales consignadas en la Constitución. Asimismo el 1 de Junio de 1942 el Presidente Manuel Ávila Camacho hizo diferentes decretos en los cuales estableció los lineamientos generales para introducir agua potable en diversos poblados del país, además de incentivar la producción de sueros y vacunas en los laboratorios nacionales. AHSSA; F-SP; Se-Acuerdos Presidenciales; Libro-27, año de 1942.

El 2 de marzo de 1945, Ávila Camacho estableció “La ley de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública”<sup>57</sup>, en la cual se admitió jurídicamente la colaboración bilateral entre México y los Estados Unidos a través de esta Dirección. En la Ley de 1945, son mínimas las modificaciones respecto al Convenio original realizado en julio de 1943, ya que sólo se sustituyeron las designaciones del representante del ministerio de salud de México, de “Jefe del Departamento de Salubridad Pública de México” por “Secretario de Salubridad y Asistencia”, y de la oficina intermediaria del “Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública” por “la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública”.

En la primera parte de esta “Ley” se describen los antecedentes históricos de la cooperación sanitaria entre el gobierno de los Estados Unidos y México, a partir de la Tercera Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores en enero de 1942, se continúa con los objetivos de este proyecto:

...de manera preferente, la construcción de obras de sanidad e higiene a lo largo de la Carretera Panamericana u otros puntos de la República Mexicana; la intensificación del tratamiento de las enfermedades transmisibles, así como la creación o ampliación de las obras públicas que pudieran influir en el mejoramiento de las condiciones sanitarias del país.<sup>58</sup>

La segunda sección de la Ley, se refiere a los presupuestos otorgados por el gobierno norteamericano para la realización del proyecto sanitario interamericano que ascendían a dos millones quinientos mil dólares. En otro apartado, se define la inclusión de técnicos norteamericanos y un representante del Instituto de Asuntos Interamericanos que fue designado como “Jefe de la Misión de Campo”.

La Dirección de Cooperación Interamericana esta a cargo del Ingeniero Wyman R. Stone, esta organizada en tres secciones: dos técnicas y una administrativa. Una de las secciones técnicas se encarga de los aspectos médicos de los proyectos y la dirige el doctor Alonzo E. Hardison; otra se relaciona con los trabajos de ingeniería sanitaria y la atienden los ingenieros especializados Curtis E. Richey, Charles S. Pineo y Richard Greeley. La Sección administrativa esta a cargo de los señores Percy C. Shaw y Lawrence H. Elder.<sup>59</sup>

<sup>57</sup> —Ley de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública” en el *Diario Oficial, órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*. Sección primera, México, viernes 2 de marzo de 1945. Tomo CXLIX. Núm.2. pp.7-8. En el Archivo Histórico de la Cámara de Senadores también se encuentra un documento que refiere este asunto, ubicado en la XXXIX Legislatura del Departamento de Secretaría y Comisiones en el año: III, Período: Ordinario, Ramo: Secreto, Comisión: Segunda Comisión de Relaciones Exteriores del 23 octubre de 1945, Sección Secretaría. Además existen datos en el AHSRE; Sección: Archivo General III-1945-1. Primera Parte.

<sup>58</sup> *Ibid.*, pp.7-8.

<sup>59</sup> —Dirección de Cooperación Interamericana en Salubridad Pública” en *Salubridad y Asistencia*, Órgano de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Núm.3, mayo-junio de 1947, Tomo VII, México, p.259.

Los derechos y obligaciones del personal de la “Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública” eran iguales a los que se incluyeron en 1943, esta situación significaba que el Jefe de la Misión y sus colaboradores aunque fueran extranjeros tendrían beneficios similares a los funcionarios nacionales.

En el párrafo siguiente, esta ley toca la parte que corresponde al establecimiento de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, como la oficina intermediaria entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Asuntos Interamericanos. De acuerdo con esta Ley, La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública tendría las facultades y las atribuciones que tenía el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública establecido en el “Decreto del 1 de junio de 1942”. La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública sería la encargada de las relaciones presupuestarias y logísticas del programa interamericano.

La Ley consta de 10 Artículos y dos transitorios en los cuales se especifica que en la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública existirían funcionarios extranjeros, porque en su Artículo 3 inciso I y II ordena que la administración y manejo de los fondos de la Dirección estarían bajo la supervisión del titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Jefe de la Misión de Campo del Instituto de Asuntos Interamericanos.

- I. Una vez que hayan sido entregados a la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública serán depositados en una cuenta especial con este nombre “Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública;”
- II. Los movimientos de la cuenta anterior se harán por el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia o su representante, con la firma del Director de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública o del delegado que designe para tal efecto.<sup>60</sup>

Establece también que tanto la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Asuntos Interamericanos, tendrían la misma autoridad para llevar la auditoria de la contabilidad de La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Los fondos se depositarían en la sucursal mexicana del *The Nacional City Bank of New Yorks* , y a cuya cuenta sólo podrían ingresar el Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Director de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública o sus representantes legales.

---

<sup>60</sup> *Vid*, nota 56.

El Director de la Dirección de Cooperación tendría la oportunidad de proponer personal, de acuerdo a las normas de la Secretaría, además de conferir responsabilidades a sus trabajadores. Para definir los proyectos a realizar se tomarían en cuenta las opiniones de los dos representantes de las instituciones involucradas.

De acuerdo a “La Ley”, La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública poseería las mismas ventajas que una oficina de Estado: “gozará de franquicia postal, telegráfica y telefónica del cincuenta por ciento de descuentos en fletes y pasajes en los ferrocarriles, de exención de impuestos y derechos, así como de libre importación del material o maquinaria necesarios para la realización de sus funciones”.<sup>61</sup>

El Departamento de Gobierno envió hasta el 24 de septiembre de 1945 el convenio bilateral a la Cámara de Senadores, para cumplir con lo establecido en el Artículo 76, Fracción 1 de la Constitución Política, ya que el Senado era la instancia del Estado mexicano encargada de aprobar los convenios y tratados celebrados por el Presidente. Los senadores admitieron todas las disposiciones del convenio bilateral concretadas en las notas diplomáticas del 30 de junio, 1 de julio y 8 de diciembre de 1943 (ampliación del convenio), sin objeción alguna el 24 de diciembre de 1945:

Nada contrario a los preceptos constitucionalistas existe, a juicio de la Comisión dictaminadora, en el cuerpo del Convenio diplomático cuya ratificación solicita la Secretaría del Ramo. Antes al contrario, por su materia íntimamente vinculada con la solidaridad internacional y con el nuevo sentido de la política interamericana, merece estimarse como una prueba más de las buenas relaciones que existen entre México y los Estados Unidos de América.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> *Ibid.*

<sup>62</sup> Archivo Histórico de la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión XXXIX Legislatura Departamento de Secretaría y Comisiones, Año III, Período Ordinario, Ramo Secreto; Comisión Segunda Comisión de Relaciones Exteriores, octubre 23 del año de 1945, Sección; Secretaría y Comisiones; Núm.61; Convenio sobre colaboración en materia de Salubridad y saneamiento.

### 6.3 Breve tiempo de una praxis cotidiana 1943-1957: La cimentación de la infraestructura sanitaria y la construcción de Centros de Higiene y Estaciones de Adiestramiento en México.

Los primeros proyectos realizados por la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública se ubicaban en pequeñas comunidades rurales, en los estados de: Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Guerrero, Estado de México, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chiapas y en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, estaban relacionados con el abastecimiento de agua potable, la construcción de drenaje sanitario y la edificación de centros de higiene-rurales y urbanos. “En términos generales, el programa cooperativo, consiste en tres grandes partes: 1.- Saneamiento y construcción de centros de higiene, 2.- Control de algunas enfermedades de gran importancia para la salubridad pública. 3.- Entrenamiento de personal e investigación.”<sup>63</sup>

**Registro de proyectos de las obras de saneamiento y construcciones de centros de higiene en la República.**

Proyecto.	Localidad	Clave	Num. De habitantes	Costo.
Abastecimiento de agua potable.	Perote, Veracruz.	Mex.-W-1	4,000	\$35,000.00
Administración	Perote, Veracruz	Méx.-Adm-1	4,000	\$25,000.00
Materiales y equipo	Perote, Veracruz	Méx.-Mat-1	4,000	\$50,000.00
Drenaje sanitario	Parras, Coahuila	Méx.-Sew-1	16,000	\$70,000.00
Abastecimiento de agua potable	Huajapan, Oaxaca	Méx.-W-2	6,500	\$87,500.00
Educación higiénica	Escuela de Salubridad , D. F.	Méx.-HE-1		\$22,000.00
Drenaje sanitario	Tapachula, Chis.	Méx.-Sew-2	16,000	\$61,500.00
Control de las enfermedades venéreas	Frontera México-E.U.A.	Méx.-VD-1	280,000	\$48,000.00
Control de la tuberculosis	Tierra Blanca, Ver.	Méx.-Tbc-1	7,800	\$43,000.00
Abastecimiento de agua potable	Sabinas Hidalgo, N. L.	Méx.-W-3	7,200	\$79,500.00
Abastecimiento de agua potable	Boca del Río, Ver.	Méx. W-4	1,500	\$59,000.00
Centro de Higiene	Ciudad Juárez, Chih.	Méx.-HC-1	55,000	\$44,000.00
Centro de Higiene	ISSET	Méx.-HC-2		
Investigación	ISSET	Méx.-Res-1		\$6,600
				\$679,100.00

Memoria de la SSA 1943-1944.<sup>64</sup>

<sup>63</sup> Memoria de la S.S.A, 1944-1945, *op.cit.*, p.303.

<sup>64</sup> Memoria de la S. S. A., 1943-1945, *op.cit.*, p.218.

**Registro de proyectos de las obras de saneamiento y construcciones de centros de higiene en la República.**

Proyecto.	Localidad	Clave	Habitantes
Abastecimiento de agua potable.	Perote, Veracruz.	Mex.W-1	4,000
Abastecimiento de agua potable.	Huajuapán, Oaxaca.	Mex.W-2	6,500
Abastecimiento de agua potable.	Tierra Blanca, Ver.	Mex.W-3	7,800
Abastecimiento de agua potable.	Sabinas, Hidalgo, N.L.	Mex.W-4	7,200
Sistema de agua potable.	San Martín Texmelucan, Puebla.	Mex.W-5	8,500
Sistema de agua Potable.	Iguala, Gro.	Mex.W-6	14,000
Abastecimiento de agua potable.	Caltzonzin, Mich.	Mex.W-7	1,000
Abastecimiento de agua potable.	Conejos, Mich.	Mex.W-8	2,200
Abastecimiento de agua potable	Dr. Miguel Silva, Mich.	Mex.W-9	1,400
Sistema de agua potable.	Montemorelos, N.L.	Mex.W-10	6,000
Sistema de agua potable.	El Mante, Tamps.	Mex.W-11	10,000
Abastecimiento de agua potable.	Cuatro Ciénegas, Coah.	Mex.W-12	3,000
Drenaje sanitario.	Parras, Coah.	Mex. SEW-1	16,000
Drenaje sanitario.	Tapachula, Chis.	Mex. SEW-2	16,000
Drenaje sanitario.	Actopan, Hgo.	Mex. SEW-3	4,000
Drenaje sanitario.	Huixtla, Chis.	Mex. SEW-4	7,000
Drenaje sanitario.	Apam, Hgo.	Mex. SEW-5	5,000
Drenaje sanitario.	Muzquiz, Coah.	Mex. SEW-6	7,000
Drenaje sanitario.	Ramos Arizpe, Coah.	Mex. SEW-7	4,000
Drenaje sanitario.	Tonala, Chis.	Mex. SEW-8	8,000
Construcción de Centro de Higiene.	Boca del Río, Ver.	Mex. HC-1	1,500
Construcción de Centro de Higiene.	Ciudad Juárez, Chih.	Mex. HC-2	55,000
Construcción de Centro de Higiene.	Xochimilco, D.F.	Mex. HC-3	33,000
Educación Higiénica.	Escuela de Salubridad, D.F.	HE.1	
Programa de Adiestramiento.	Escuela de Salubridad, D.F.	HE.2	
Control de enfermedades venéreas.	Frontera México-Estados Unidos de Norteamérica.	Mex.VD-1	280,600
Control de tuberculosis.	Frontera México-Estados Unidos de Norteamérica.	TBC-1	42,000
Trabajos de investigación.	ISET, D.F.	Mex.RES-1	
Estudio de las enfermedades rickettsiales.	ISET, D.F.	Mex.RES-2	
Control de emergencia del paludismo.	Golfo de México.	Mex.MC.-	100,000
Materiales y Equipo.	Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.	Mex.MAT-1	

Memoria de la Secretaría de 1944-1945.<sup>65</sup>

<sup>65</sup> *Ibid.*, p.308.



Es importante destacar que todos los materiales de construcción como la tubería requerida para el drenaje y el abastecimiento de agua potable, además de los aditamentos necesarios para la instalación de laboratorios se adquirieron en los Estados Unidos de Norteamérica.

Hasta fines de 1946, la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública ha gastado, en el desarrollo del programa, la cantidad de \$8,718,952.81, Estos fondos han sido tomados de las aportaciones del Gobierno de México y del de los Estados Unidos. Esta cantidad no incluye el costo total de los materiales que han sido importados de los Estados Unidos, los cuales fueron comprados para esa Dirección por el Instituto de Asuntos Interamericanos.<sup>66</sup>

Estos recursos eran insuficientes ante la gravedad de la situación sanitaria y la carencia de servicios médicos en grandes regiones del país, por ello se aceptaba por todos los implicados, que la Dirección de Cooperación debía intensificar aún más sus labores, lo que significó que tanto el Gobierno de México y el de los Estados Unidos ampliaran sus respectivas contribuciones.

La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, no sólo presentó nuevos proyectos de enseñanza, investigación, prevención y control de enfermedades epidémicas que involucraron a la Escuela de Salubridad, el Instituto de Higiene, y al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, sino que también retomó otros proyectos que iniciaron con el apoyo de la Organización Sanitaria Panamericana, como el trabajo llevado a cabo en la frontera de México y Estados Unidos contra las enfermedades venéreas.

La sección médica de la Dirección de Cooperación tuvo la responsabilidad del asesoramiento técnico y la asistencia económica de los programas llevados a cabo en la propia Secretaría relacionados con las actividades sanitarias y el control de enfermedades tales como: tuberculosis, paludismo, tifo, fiebre manchada, pinto y onchocercosis.

Esta Dirección de Cooperación se involucró en diversos proyectos sanitarios y médicos pero no siempre de la misma forma puesto que algunas veces le tocó aportar el total del presupuesto requerido para la terminación de una obra determinada o para realizar investigaciones y, en otras ocasiones, sólo otorgó fondos complementarios. Cabe decir que otras instancias como la Dirección de Higiene y Asistencia en los Estados y Territorios también proporcionaban recursos económicos y materiales que se necesitaban.

---

<sup>66</sup> Memoria 1945-1946, *op.cit.*, p.370

En el año de 1947 se instauró la Secretaría de Recursos Hidráulicos<sup>67</sup>, por lo tanto la Secretaría de Salubridad y Asistencia dejó de ser la responsable de los trabajos de agua potable y drenaje, por esta causa la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, como un órgano con cierta autonomía, realizó los convenios necesarios para establecer una infraestructura sanitaria con la Secretaría de Recursos Hidráulicos, con una inversión que ascendió a los “9,615.000.000 pesos y que han beneficiado directamente a unos 105,000 habitantes.”<sup>68</sup>

Los Secretarios de Estado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el de la Secretaría de Recursos Hidráulicos tuvieron la responsabilidad compartida de decidir los nuevos proyectos de infraestructura hidráulica con la aprobación del Director de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.

A finales de los 40' la Dirección General de Ingeniería Sanitaria de la SSA, pasó a depender de la Secretaría de Recursos Hidráulicos, esta circunstancia cuestionó también la permanencia de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, porque “destina más del 80% de sus recursos económicos a la ejecución de obras de abastecimiento de agua potable y de drenaje,”<sup>69</sup> por lo tanto era más operativo que estuviera esta Dirección adscrita a la de Recursos Hidráulicos. La demanda de trasladar la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública a la Secretaría de Recursos Hidráulicos, no fue la única demanda de algunos funcionarios mexicanos, como el Lic. Jaime Torres Bodet -nuevo Secretario de Relaciones Exteriores-, sino que también la Dirección de Cooperación dejase de ser administrada por un norteamericano y que un mexicano lo sustituyera como el Secretario de Recursos Hidráulicos, el ingeniero Adolfo Orive Alba.

---

<sup>67</sup> En la Ley de Secretarías de Estado emitido en el Diario Oficial del 2 de enero de 1947, se establece la Secretaría de Recursos Hidráulicos. Esta nueva Secretaría se integró con diversas unidades administrativas que pertenecieron al gobierno federal: la Comisión Nacional de Irrigación ligada anteriormente a la Secretaría de Agricultura, también la Dirección General de Ingeniería Sanitaria que concernía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Dirección de Aguas que dependía de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas, y el Departamento de Obras Hidráulicas que estaba subordinado a la Secretaría de Comunicaciones y Obras públicas.

<sup>68</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. —“La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública” en *Salubridad y Asistencia*, Órgano de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Núm.3, mayo-junio de 1947, Tomo VII, México, p.260.

<sup>69</sup> AHSRE; Sección de Archivo General III-1945-1 Primera Parte.

**Proyectos de la D.C.I.S.P. y su costo aproximado.  
Tipo de Cooperación.**

**A-Adaptación y reparaciones**

**C-Construcción.**

**E-Equipo y material de trabajo.**

**S-Servicios personales.**

Proyecto	Descripción	C	A	E	S	Costo aproximado.
MM-1	Plan y Admón. de proyectos de DCISP			x	x	\$516912.09
MM-2	Prog. Dem. y Adestr. Xochimilco, D.F.			x	x	\$644 986.11
HC-3	Construcción de Unid. para Xochimilco.	x	X	x		\$430 067.00
MM-3	Programa en la frontera.	x	X			\$1 427 667.16
	Tijuana, B.C.			x	x	
	Mexicali, B.C.			x	x	
	Nogales. Son.		X	x	x	
	Agua Prieta, Son.			x	x	
	Ciudad Juárez. Chih.			x	x	
	Piedras Negras, Coah.			x	x	
	Nuevo Laredo, Tamps.		X	x	x	
	Matamoros, Tamps.			x	x	
	Reynosa, Tamps.			x	x	
	Monterrey, N.L.				x	
HC-2	Terminación del edificio Ciudad Juárez	x				\$12 163.88
MED-4	Prog. Salubridad en el Tepalcatepec		X	x	x	\$641 327.77
	Oficinas de Uruapan, Mich.			x	x	
	Centro La Huacana, Mich.			x	x	
	Centro en Tepalcatepec, Mich.			x	x	
	Laboratorio en Apatzingán.			x	x	
NUR-1	Prog. Enfermería Sanitaria			x	x	\$33 657.11
PAL-1	Prog. Antipalúdico en Morelos.			x	x	\$423 594.21
PAL-2	Prog. Antipalúdico en Tabasco.			x	x	\$259 035.16
PAL-3	Prog. Antipalúdico en la Huasteca Potosina.			x	x	\$138 365.62
PAL-4	Prog. Antipalúdico Nacional.			x	x	\$228 584.62
VD-1	Prog. Inicial Antivenéreo en la Frontera.			x	x	\$44 661.82
VD-2	Prog. Antivenéreo del Distrito Federal.			x	x	\$271 651 19
VD-3	Prog. Antivenéreo en el Hospital Morelos.			x	x	\$31 161 09
VD-4	Prog. Antivenéreo Profiláctico Tijuana			x	x	\$4 360.61
TBC-1	P. Inicial Antituberculoso en la frontera			x	x	\$11 062.89
TYP-1	P. de Demost. Antitífico en la frontera.			x	x	
HORG-1	Organización de Servicios en Aguascalientes.		X	x	x	\$202 271.79
HCO-8	Operación Unidad de Tacuba, D. F.			x		\$70 842.97
HCO-7	Operación de la Unidad Mixcoac, D. F.			x		\$118 292.24
HCO-6	Operación de la Unidad Buenos Aires, D. F.			x		\$119 122.70
HC-4	Extensión del Centro de Higiene Tacuba.	x				\$226 124.90
HC-5	Const. Centro de Higiene No.1 "Beatriz Velasco de Alemán", D.F.	x				\$594 507.88
ADIN 1	Investigación y Adiestramiento.			x	x	825 213 04
HE-2	Becas				x	\$354 431.82
HE-3	Educación Higiénica (Filmoteca)			x		\$17 546.96
HC-1	Terminación del Centro de Higiene de Boca del Río, Ver.	x	X			\$23 897.36
HCO-4	Sostenimiento Centro de Higiene en Tacuba, D. F.			x	x	\$162 672.41
HCO-1	Sostenimiento Centro de Higiene Boca del Río.			x	x	\$147 763.04
HOSP-1	Reparación al Hospital en Arcelia, Gro.		X	x		\$54 319.77
HCEQ-5	Equipo para Centro "Beatriz Velasco de Alemán"			x		\$432 500.00
ONC-1	Prog. Onchocercosis			x	x	\$155 491.08
BRUCE-1	Prog. Brucelosis.			x	x	\$100 879.58
NUTR.	Prog. Desayunos Escolares			x		\$66.599.17
HE-4	Escuela Nacional de Medicina		X	x		\$339 748.13
	Total aproximado	6	9	43	35	\$9 131 482.98

Memoria de la Secretaría de 1947-1950.<sup>70</sup>

<sup>70</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memoria 1947-1950.* México, 1951, p.114.

A pesar de las dificultades económicas en este periodo, la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública contribuyó de una manera considerable en la difusión y distribución de materiales sobre educación higiénica popular, instalando una filmoteca, en la que se tenían películas alusivas al tema, además de que prestaba los proyectores y equipos sonoros a las instituciones interesadas.

También la Dirección continuó con el sostenimiento de Centros de Higiene y Estaciones de Adiestramiento en Boca del Río, Veracruz, Xochimilco y Tacuba en el Distrito Federal, que por su importancia y de acuerdo al organigrama de la Organización de Adiestramiento Personal de 1949, estaban involucradas de manera prioritaria en las labores de formación sanitaria y médica con la Escuela de Salubridad y Asistencia, la Dirección General de Higiene, el Dispensario "Eliseo Ramírez", y la Oficina de Especialización Sanitaria. Con carácter secundario colaboraron las treinta dos estaciones de adiestramiento ubicadas en prácticamente todo el territorio nacional. La Dirección de Cooperación, por medio del Instituto de Asuntos Interamericanos otorgó becas a médicos, ingenieros y enfermeras mexicanas para la realización de estudios en países extranjeros.

En 1949, El Consejo Técnico de proyectos Médicos de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, estableció una serie de reformas a la colaboración de esta Dirección con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, una de las medidas más urgentes fue que esta dependencia disminuyera los salarios de los administrativos y que redujera el número de plazas de los mismos. También los funcionarios de la SSA, exigieron a la Dirección más transparencia en la contratación de empleados y mayor control de los trabajadores respecto a sus horarios laborales.

En este mismo año, El Instituto de Asuntos Interamericanos a través del Secretario de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica, Taylor Belchar ofreció su colaboración al Estado Mexicano para colaborar no sólo en asuntos médico-sanitarios, sino en la producción de alimentos agrícolas y en el asesoramiento académico a profesores a nivel primaria y vocacional, dicha petición fue rechazada por Vicente Sánchez Gavito representante del Servicio Diplomático de México el 19 de abril de 1950, argumentando que al Gobierno mexicano sólo le interesaba la colaboración en materia de salubridad.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> AHSRE; Sección de Archivo General III-1945-1. Primera Parte.

Para finales de 1949, las aportaciones del gobierno mexicano eran tres veces mayores a las contribuciones norteamericanas, el Ingeniero Adolfo Orive Alba impugnó que eran insuficientes las aportaciones del Instituto de Asuntos Interamericanos, por lo tanto sugirió a las autoridades de la Secretaría de Relaciones Exteriores que solicitaran al Gobierno estadounidense una mayor participación monetaria.

A pesar de las dificultades para negociar los presupuestos para continuar la colaboración sanitaria bilateral, las autoridades mexicanas reconocieron que en el pasado la colaboración del Instituto de Asuntos Interamericanos, había sido positiva, ya que para el año de 1951 se logró la introducción de agua potable a más de 30 pequeñas comunidades rurales que carecían del vital líquido, además de la instalación de unidades sanitarias y centros de higiene, sin embargo esta ayuda financiera había disminuido tan drásticamente que a inicios de la segunda mitad del Siglo XX, se podría considerar intrascendente.

De acuerdo con los datos presentados por la Secretaría de Recursos Hidráulicos en el informe presidencial de 1952 de este total corresponde a los fondos proporcionados por el Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos, la Cantidad de \$13, 947,569,47 lo que representa solamente un 2.9% de la inversión total [de \$478,568,220.81].<sup>72</sup>

En 1953, el doctor José Zozaya de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el representante norteamericano Ross Moore solicitaron a la Secretaría de Relaciones Exteriores que arreglaran todas las cuestiones diplomáticas para que el nuevo jefe de la Dirección de Cooperación Interamericana fuera un mexicano. El 1 de julio de 1954 el doctor Zozaya fue nombrado el nuevo jefe de la Dirección de Estudios Experimentales en Salubridad Pública que sustituyó a la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, la colaboración de los norteamericanos se limitó a otorgar financiamiento y no asesoramiento médico-sanitario.

Esta Secretaría tiene muy presente el hecho de que se había permitido anteriormente que el director fuera un norteamericano. Ahora bien, como se trata de una oficina mexicana, en una Secretaría de nuestro Gobierno Federal, estima la Secretaría de Relaciones Exteriores que la designación del Director no debe ser materia de convenio sino que debe entenderse sobradamente que México hará la designación por el derecho incuestionable que tiene para tal.<sup>73</sup>

A mediados del año de 1955, la Dirección General del Servicio Diplomático de los Estados Unidos informó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que existían ciertos inconvenientes para seguir colaborando con México.

---

<sup>72</sup> AHSRE; Sección, Archivo General III-1945-1.Segunda Parte.

<sup>73</sup> *Ibid.*

... se hace hincapié en que aun cuando la Ley Pública 283 del Congreso de los Estados Unidos de América prolonga, las funciones del Instituto de Asuntos Interamericanos por cinco años, hasta el 30 de junio de 1955, este organismo no puede disponer de ninguna cantidad sin que se expida una Ley que le asigne los fondos necesarios y, al respecto, se informa que actualmente el Congreso norteamericano esta estudiando la posibilidad de autorizar la ley de que se trata.<sup>74</sup>

Durante esta época las negociaciones entre el Estado mexicano y el Instituto fueron ríspidas ya que el primero argumentó que la prórroga del convenio bilateral debería extenderse por cinco años hasta 1960, mientras los norteamericanos sólo querían por un año, asimismo sólo pretendían aportar \$100, 000, 00 dólares que eran una cantidad insuficiente para llevar a cabo cualquier proyecto de cierta envergadura, por lo tanto la consideración del doctor Zozaya fue que era inaceptable la propuesta de los vecinos del norte. “Por otra parte, hay que puntualizar que además de lo anterior existen muchos puntos que deben modificarse ya que son inconvenientes desde el punto de vista de la soberanía y dignidad del país.”<sup>75</sup>

El Estado norteamericano suspendió a partir del 1 de julio de 1955 al 30 de junio de 1957 sus aportaciones sin aviso oficial a la nueva Dirección de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se sostenía sólo con el subsidio del Gobierno mexicano. El 30 de junio de 1957, finalizó el convenio bilateral, y en consecuencia, la inserción de extranjeros en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. A partir de 1957, el personal fue exclusivamente nacional y sus funciones se especializaron en el adiestramiento de ingenieros, médicos, enfermeras, supervisores sanitarios y alumnos inscritos en escuelas de formación médico-sanitaria, asimismo realizaba investigación referente al saneamiento ambiental.

De acuerdo a datos registrados en las memorias de la SSA, la Dirección de Cooperación Interamericana erogó de 1943 a 1944 \$787,795.03 dólares, de 1944 a 1945 \$4,901,666.11 dólares, de 1945 a 1946 \$8.718,952.81 dólares, de 1949 a 1950 \$5.514.869.57. Asimismo, en los expedientes conservados en el Archivo de Relaciones Exteriores, se anotó que las cifras aportadas por México y Estados Unidos de Norteamérica, para el funcionamiento de esta Dirección fueron las siguientes.

---

<sup>74</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-2; Exp-2.

<sup>75</sup> AHSRE; Sección, Archivo General III-1945-1.Segunda Parte.

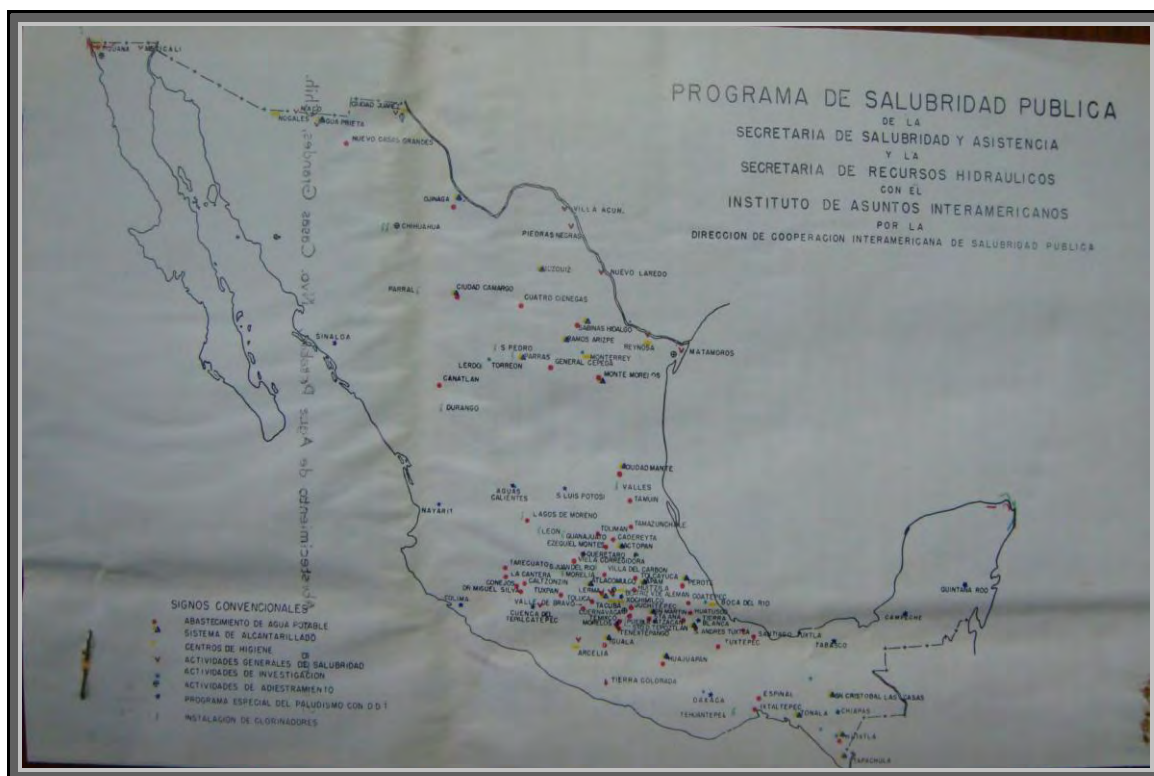
Año	México. Dólares.	Estados Unidos.(IAI) Dólares.
1944	\$300,000,00	\$1,200,000.00
1945	\$400,000,00	\$1,100,000,00
1946	\$500,000,00	\$1,000,000,00
1947	\$600,000,00	\$900,000,00
1948	\$700,000,00	\$800,000,00
1949	\$300,000,00	\$100,000,00
	\$2,800,000,00	\$5,100,000,00
Más pagos de sueldos, viáticos, pasajes, estancias del personal de técnicos americanos que trabajaban con el programa, así como otros pequeños gastos sobre el mismo.		\$ 492,187.66
Totales de 1944-1949	\$2,800,000,00	\$5,592.187.66
1950-1951	\$300,000,00	\$100, 000,00 (+ \$95,000,00, para sostenimiento de los técnicos americanos en México), que hace un total de \$195,000,00 dólares.
1951-1952	A partir de esta fecha las aportaciones mexicanas serán en moneda nacional. \$3,243.750 (tres millones de pesos)	\$125,000,00 dólares.
1952-1953	\$3,243.750 pesos	\$125,000,00 dólares.
1954-1955	\$3,243.750 pesos	\$125,000,00 dólares
1955-1957	\$3,243.750 pesos	Se suspendió la aportación sin aviso previo. (dejó de aportar 250,000,00 dólares)
El 18 de septiembre de 1957.		Se paga la cantidad acordada dos años atrás.

AHSRE; Sección-Archivo General III-1945-1.Segunda Parte.

Una última evaluación del papel emergente del Instituto de Asuntos Interamericanos en las actividades médico-sanitarias llevadas a cabo en México de 1943 a 1957, la realizó el doctor Manuel Martínez Báez que era un fiel adherente del panamericanismo médico-sanitario:

Se ha dicho, alguna vez, que la intensificación de las actividades sanitarias a lo largo de nuestra frontera norte y de nuestra carretera internacional no sirvió sino a los intereses norteamericanos. Aunque así hubiera sido, en aquel momento nuestro deber era contribuir, dar facilidades, hacer cuanto en nuestro poder estuviera para alcanzar el objetivo común: ganar la guerra. Pero la verdad a medias no es la verdad. Y no es cierto que esas actividades sanitarias no hayan traído beneficio alguno al pueblo de México. Muchas de aquellas actividades han servido para mejorar las condiciones sanitarias en las ciudades y en los pueblos a lo largo de nuestra frontera. De haberse realizado los planes trazados, muchas poblaciones más dentro de nuestro país estarían en condiciones sanitarias mejores de las que hoy tienen.[...]El respeto a la soberanía de las naciones, requisito sin el cual una organización internacional no podría ser, impone restricciones indudables a la acción, exige procedimientos delicados, requiere tacto y prudencia, pero estas cualidades las encontrará siempre quien no se olvide de la esencia misma de los ideales básicos de la organización internacional.<sup>76</sup>

<sup>76</sup> Martínez Báez, Manuel. —"Cooperación internacional en salubridad" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, diciembre de 1952, Washington, pp.535-537.



**Mapa de los lugares donde se llevó a cabo el Programa de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría de Recursos Hidráulicos con el Instituto de Asuntos Interamericanos por la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.**

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud; Fondo; Secretaría de Salubridad y Asistencia; Sección; Subsecretaría de Salubridad y Asistencia; Caja-34; Exp.-5.





Personal de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.

**Personal de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.**  
Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1947-1950. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1951, pág.109.

## Capítulo VII. Organización y funcionamiento del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río Veracruz.

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, el Departamento de Salubridad Pública de México, no contaba con suficientes recursos humanos especializados para combatir las enfermedades endémicas que aquejaban a los pobladores de las zonas rurales. Tampoco tenía los espacios idóneos para preparar estos recursos y fue por esta razón por la cual en el año de 1942 la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció un convenio de colaboración con el Instituto de Asuntos Interamericanos de los Estados Unidos de Norteamérica, a través de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Ese programa tuvo como finalidad inmediata la realización de varios proyectos para la construcción de centros de higiene y estaciones de adiestramiento, los cuales funcionaron como instituciones de enseñanza e investigación y algunos se establecieron en las regiones afectadas por los padecimientos conocidos en ese tiempo como “tropicales”.

Concretamente el doctor Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia, declaró que el país, en el ámbito de la salud pública, tenía “como problema fundamental el de las enfermedades tropicales.”<sup>1</sup> Propuso como medida inmediata, aprovechar el convenio arriba mencionado, para hacer posible la construcción de una escuela-hospital de investigación y adiestramiento en una zona tropical. Uno de los lugares elegidos fue Veracruz, por sus excelentes condiciones geográficas: la altitud, el clima, la flora y la fauna, que lo situaban como una zona perfecta para la investigación de campo requerida en enfermedades tropicales. El territorio sugerido contaba con la siguiente flora y fauna:

Flora: la tropical, pastos cocoteros, arbustos y árboles frutales de mango manila, mango criollo, aguacate, nanche, ciruela, jobo, plátanos, piña, etc. Fauna: conejos, ardillas, zorrillos, tuzas, mapaches, armadillos tepexcuiltle; ganado vacuno y caballos y todas las especies de animales domésticos; víboras venenosas, como la nauyaca y el coral y víboras y culebras no ponzoñas, como la tatuana o mazahuate, culebra negra y culebra negra de agua, animales patóforos: mosquitos anopheles, Aedes Culex, moscas domésticas y de campo, garrapatas, chinches, piojos y otras especies.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Baz, Gustavo. “Discurso pronunciado por el Doctor Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia en el acto inaugural del Congreso” en *Salubridad y Asistencia*. Tomo IV, No.17, septiembre y octubre de 1946, México, p.31-32.

<sup>2</sup> Nieto, X. Vicente, “Informe de encuesta malárica de Boca del Río, Ver”, en *Salubridad e Higiene. Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*. Tomo V, febrero de 1949, Núm.48, p.50.

Adicionalmente, Veracruz<sup>3</sup> era uno de los tantos estados que carecían de una infraestructura sanitaria y de asistencia médica, en especial la región de la costa del Golfo de México, en donde se asentaba el poblado de Boca del Río, que no rebasaba los 1,500 habitantes.<sup>4</sup>

Vicente Nieto, director del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz indicó las pésimas condiciones en que estaban los residentes de Boca del Río, los cuales estaban ubicados en 54 manzanas y vivían en 326 casas en su mayoría de madera y a flor de tierra con techos de lámina. Los pobladores se suministraban de agua de pozos excavados y del río, el agua que consumían era sin ningún tratamiento de purificación, no existía sistema de drenaje, las evacuaciones eran al aire libre, tampoco contaban con un servicio para recoger la basura, por lo tanto era un pueblo sucio, así mismo carecían de líneas telefónicas y telegráficas y sólo había una escuela pública.<sup>5</sup>

El cuadro estadístico<sup>6</sup> de las principales causas de mortalidad general en Veracruz en la década de los cuarenta, se remite a enfermedades que eran casi todas ocasionadas por la falta de servicios básicos sanitarios y la carente atención médica de las autoridades federales y estatales: Diarrea, enteritis, paludismo, muertes violentas o accidentales, gripe, neumonía, tuberculosis, disentería, enfermedades del hígado y de las vías biliares, bronquitis, sarampión, debilidad y vicios de conformación congénitas, tosferina, enfermedades del embarazo, parto y estado puerperal, cáncer, fiebres tifoidea, paratifoidea, tifo, sífilis, y viruela. En conclusión, los padecimientos eran generados por la pobreza y la situación marginal del Municipio de Boca del Río, Veracruz.

Es necesario asentar aquí, que la primera iniciativa para la construcción de una estación de adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, surgió de parte del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de la Universidad de Tulane, pero como la Universidad norteamericana recibió recursos de la Oficina del Coordinador de Asuntos

---

<sup>3</sup> A pesar que Veracruz por ser el puerto más importante de México, y por lo tanto era de los lugares mas procurados en las campañas sanitarias a nivel nacional, basta rememorar que aquí se construyó una estación sanitaria en el puerto de Veracruz desde 1906, y años después se edificó la Primera Unidad Sanitaria Cooperativa de tiempo completo en 1929, sin embargo existía un abandono gubernamental en algunos pequeños poblados de la misma entidad como en Boca del Río, Veracruz.

<sup>4</sup> De acuerdo a Vicente Nieto en el año de 1948, en Boca del Río -que era cabecera municipal-, junto a otras localidades aledañas como Primero de Mayo, Las Colonias, Dos Bocas, Mocambo, Novillero, Paso Colorado, y Nueva Era, existían menos de 1500 habitantes.

<sup>5</sup> *Vid.*, nota 2.

<sup>6</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Compendio histórico, estadísticas vitales, 1893-1993*. México. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dirección General de Estadística Informática y evaluación. 1993, p. 36.

Interamericanos, “se resolvió por conveniencia administrativa, especialmente en lo referente a la construcción que quedaran como entidades firmantes el Departamento de Salubridad Pública y la Dirección de Cooperación Interamericana.”<sup>7</sup>

El proyecto para la construcción del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca, del Río, Veracruz, fue firmado el 22 de noviembre de 1945 (Mex. HC-1).<sup>8</sup> En ese mismo año se inició la edificación de esta institución.<sup>9</sup>

El Centro de Salud y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz fue creado con tres fines esenciales: suministrar al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales la posibilidad de realizar trabajos de investigación sobre algunos problemas relacionados con la salubridad en la zona cálida del país, de dar a la población de Boca del Río el servicio de un centro de salud y servir de centro de entrenamiento en salubridad.<sup>10</sup>

Si bien las condiciones sociales de esta localidad eran desafortunadas, en la época existieron otras versiones acerca del atraso económico de los lugareños. Provinieron, precisamente de algunos jóvenes pasantes de medicina quienes llegaban a ese sitio a realizar su servicio social y analizaban la situación social de los campesinos y pescadores con cierta ignorancia y desprecio social.

Este pueblo debía estar en condiciones más que regulares, buena, porque lo tiene casi todo, tierras fértiles, buena pesca, carreteras varias, buenos sitios para el ganado, y sobre todo muy cerca de el puerto de Veracruz (a 12 Kms.) con auto-transportes cada media hora, sin embargo es un pueblo que poco ha engrandecido, se debe dicen ellos al calor tan extremoso que hay, o que no les dan facilidades para nada, yo creo más que eso es decidía de la gente y que es floja, sin ideales de progresar, porque aquí la gente se dedica más bien a la pesca y cuando ellos creen tener lo necesario para su sustento dejan de trabajar y descansan, así los vemos en tiempo que no es de la pesca.<sup>11</sup>

Esta interpretación discriminatoria,<sup>12</sup> desafortunadamente la compartieron algunos funcionarios y especialistas relacionados con las actividades de salubridad y medicina, quienes opinaban que los habitantes pobres e ignorantes de las pequeñas comunidades rurales eran incapaces de poder dar una cooperación financiera para los proyectos llevados a cabo por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por lo tanto no eran merecedores del

<sup>7</sup> Archivo Histórico de la Secretaría de Salud; Fondo-Secretaría de Salubridad y Asistencia; Sección-Subsecretaría de Asistencia; Caja-25; Expediente-2 (en adelante AHSSA; F-SSA; S-SubA ; C-25; Exp.-2)

<sup>8</sup> Cfr. AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-28; Exp.-5.

<sup>9</sup> El acuerdo original del proyecto (Méx.-HCO-1) se firmó el 22 de noviembre de 1945, tuvo 5 suplementos de prórroga en las siguientes fechas: 8 de febrero de 1947, 23 de febrero de 1947, 16 de julio de 1949, 9 de enero de 1950 y 7 de marzo de 1950. Cfr. AHSSA; F-SSA; S-SubSyA: C-28; Exp. -5.

<sup>10</sup> AHSSA ; F-ISET; S-D; C-3; Exp-2.

<sup>11</sup> Álvarez, Herminia. *Informe General sobre la Exploración Sanitaria del Municipio de Boca del Río, Ver.*, Tesis de médica cirujana y partera. México. UNAM, 1945, p.13.

<sup>12</sup> La discriminación hacia las clases populares era una actitud común en las autoridades sanitarias, Cfr. Aréchiga Córdoba, Ernesto. “Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario”, 1917-1934” en *DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci.His.* España, 2005. pp. 117-143.

otorgamiento de servicios sanitarios y médicos de primer nivel; porque las pequeñas localidades rurales eran consideradas de segunda clase y en cambio a las ciudades urbanas y rurales de recursos económicos superiores, en donde sus pobladores tuvieran una mayor preparación intelectual, sí se les proporcionarían mayores recursos financieros y materiales.

...al mismo tiempo disminuye el nivel social del vecindario y con ello sus necesidades o exigencias para vivir y su cultura,[...] que nos ha impulsado a diseñar o exigir según el caso, para nuestras grandes ciudades, obras con todos los refinamientos, que suministren abundante agua potable de la mejor calidad posible y con máximo de comodidad para sus habitantes y en cambio, para nuestros poblados mínimos, en su inmensa mayoría rurales nuestra mira es la de proporcionar el agua en la cantidad indispensable y de calidad necesaria para que pueda ser usada sin peligro como alimento, presidiendo de muchos refinamientos, como por ejemplo, tratándose de la red de distribución, la reducimos en estos casos a proporciones mínimas, ya que sólo pretendemos que surta a un cierto número de hidrantes públicos, convenientemente distribuidos en el poblado.<sup>13</sup>

A pesar de estas actitudes poco favorables, existieron funcionarios, médicos, enfermeras e ingenieros, que estaban dispuestos a colaborar en la realización del proyecto de la construcción del Centro de Higiene. Todos ellos, comprendieron, de manera más objetiva, las causas de la marginación social de los pobladores y, acorde a esta visión emprendieron un trabajo exhaustivo para informar a los pobladores del lugar de los beneficios de la instalación de esta institución de asistencia médica y social.

De acuerdo a la “Memoria de la Secretaria de Salubridad y Asistencia de 1943-1944”, la construcción del edificio estuvo a cargo de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, los materiales y el equipo se adquirieron en los Estados Unidos de Norteamérica, el inmueble aunque sencillo, tendría la posibilidad de albergar con cierta comodidad a 10 pacientes hospitalizados y veinte médicos visitantes.

El terreno de 2.5 hectáreas aproximadamente, ubicados entre la carretera Veracruz-Boca del Río y la Playa de Mocambo. El cuerpo central del edificio será de dos pisos y sus alas de uno solamente, pero proyectadas de manera que puedan recibir posteriormente un segundo piso. El edificio será de concreto reforzado y mampostería de tabique con pisos y lambrines de mosaico. Las habitaciones para los doctores quedarán en el segundo piso, las salas para hospitalización, los servicios del Centro de Higiene, la cocina y otros servicios, estarán localizados en el primer piso.<sup>14</sup>

Llevar a cabo esta obra no fue fácil, ya que algunos contratistas mexicanos no estaban de acuerdo con las indicaciones de los funcionarios norteamericanos de la Misión de Campo del Instituto de Asuntos Interamericanos y renunciaban al trabajo, otro de los inconvenientes fueron cuestiones técnicas y de adaptación al medio.

<sup>13</sup> Participación del Doctor Martínez Báez en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de 1942, p.498.

<sup>14</sup> Memoria, 1943-1944, *op.cit.*, p. 218.

Cuando se terminaron las obras del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, las autoridades de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública entregaron las instalaciones a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pero continuó colaborando con el mantenimiento de parte del personal y gastos originados en su funcionamiento con el Proyecto Méx.HCO-1.

El Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz se inauguró el 21 de febrero de 1946 por el presidente General Manuel Ávila Camacho. Funcionó como una dependencia de la Subsecretaría de Salubridad y Asistencia y tuvo un consejo consultivo integrado por: “el Subsecretario de Salubridad y Asistencia, el director de la Escuela de Salubridad e Higiene, el Director del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales, el Director de Higiene y Asistencia en los Estados y Territorios y el Director de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad pública.”<sup>15</sup> En esta primera etapa, los costos del funcionamiento del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río fueron absorbidos por la Dirección de Higiene y Asistencia en los Estados y Territorios, los Servicios Coordinados en el Estado de Veracruz y la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.

En 1948, la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública cooperó con el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, con los sueldos de algunas personas de la administración y de la intendencia, además de aportar un complemento al salario base del director y el ayudante de laboratorio, el resto de los salarios lo aportó la Subsecretaría de Salubridad y Asistencia “SSA, servicios personales \$34,334.400 y la Dirección de Cooperación Interamericana, asignará a servicios personales \$25,188.00 y a gastos generales \$ 19,812.00, para dar el total de \$45,000.00.”<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-28;Exp.-5.

<sup>16</sup> *Ibid.*

La Secretaría de Salubridad y Asistencia entregaba al Director del Centro, el doctor Vicente X. Nieto, un salario mensual de \$823.00 y la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública le aportaba como complemento \$377, lo que sumaba \$1,200.00, cifra muy superior a lo que recibieron las enfermeras y oficiales sanitarios del mismo establecimiento, quienes no obtuvieron ninguna compensación por parte de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, excepto la ayudante de laboratorio.

Sólo el Jefe del Centro de Higiene, doctor Alberto R. Ortiz G, ganaba la mitad que el doctor Nieto, y algunos trabajadores de la administración y de la intendencia, que les pagaba exclusivamente la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública recibieron mejor salario que las enfermeras y oficiales sanitarios, aquí es importante cuestionarse, ¿Por qué la Dirección decidió colaborar con los salarios de los trabajadores de base, y no con los precarios sueldos de las enfermeras y de los oficiales sanitarios?

Hubo tres empleados de dedicación exclusiva al Centro, que eran el director, doctor Vicente X. Nieto, la enfermera titulada, María Engracia Robles C. y el oficial sanitario, Roberto López Chávez, el demás personal dedicado a las labores sanitarias y médicas sólo concurrían seis horas y media. Los trabajadores administrativos y de intendencia laboraban ocho horas, con la singularidad de que el velador debía cubrir doce horas.

El cuadro de distribución de puestos y salarios que incluimos a continuación ejemplifica claramente la situación del Centro:

Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública (DCISP) Estación de Adiestramiento.							
Categorías	Tiempo	Asignación mensual	SSA	Sueldo mensual	Compensación Mensual	Mensual total	Annual Total
Director Médico "D" Doctor Vicente X. Nieto Ch.	Exclusivo	\$1,200.00	\$823.00	-----	\$377.00	\$377.00	\$14,400
Enfermera Visitante "T" María Engracia Robles c.	Exclusivo	\$282.00	\$2.82	-----	-----	-----	-----
Oficial Sanitario "S/a" Roberto López Chávez	Exclusivo	\$316.00	\$316.00				
Ayudante de laboratorio Cecilia Loyo Díaz	6- ½ hrs.	\$180.00		\$180.00		\$180.00	\$2160.00
Centro de Higiene							
Médico "A" (Jefe del Centro) Doctor Alberto R. Ortiz G	6- ½ hrs.	\$632.00	\$632.00				
Enfermera visitante. Tit. "E" María Teresa Retolaza D.	6- ½ hrs.	\$180.00	\$180.00				
Enfermera visitante "E" Julia Rivera Salas	6- ½ hrs.	\$180.00	\$180.00				
Oficial Sanitario de 9/a Juvenal González M.	6- ½ hrs.	\$140.00	\$140.00				
Mecanógrafo "B" Catalina Bautista D.	8 hrs.	\$129.00	\$129.00				
Mozo "c" Luis Suárez Espinoza	8 hrs.	\$129.00	\$129.00				
Personal administrativo. Clínica Anexo Estación de Adiestramiento. Hospital y Sección Clínica. Anexos y Estación de Adiestramiento.							
Administrador de 12/a. José Rubén Navarrete.	8 hrs.	\$327.00	-----	\$327.00	-----	\$327.00	\$3,924.
Mecánico electricista. Narciso Castorena R.	8 hrs.	\$300.00		\$300.00		\$300.00	\$3,600.
Chofer A Pendiente.	8 hrs	\$249.00		\$249.00		\$249.00	\$2,988
Jefe "B" de Lavandería. Silverio Pérez Hdz.	8 hrs.	\$180.00		\$180.00		\$180.00	\$2,180
Afanadora "A" Bertha Márquez Vázquez..	8 hrs.	\$140.00		\$140.00		\$140.00	\$1,680
Afanadora "B" Aurea Zavaleta Hdz.	8hrs.	\$129.00		\$129.00		\$129.00	\$1,548
Guardia "B" "(Velador) Juan Rodríguez Borjas.	12 hrs.	\$217.00		\$217.00	\$217.00		\$2,604

AHSSA;F-SSA;S-SubSyA;C-28;Exp-5

En noviembre de 1948 este Centro recibió la visita de inspección del doctor Luís Molina Johnson, quien realizó un informe en el que acusaba al personal de no cumplir con sus labores en los horarios establecidos y de que las instalaciones tenían infinidad de desperfectos: vidrios rotos, ventanas en mal estado y que la planta de luz no funcionaba. Este reporte era en extremo exagerado ya que anunciaba hasta la aparición de una cucaracha en una estufa, cuestión que sería insignificante, si no fuera porque estas expresiones tenían una clara finalidad de desvirtuar el trabajo llevado a cabo por los médicos, enfermeras y agentes sanitarios de esa institución.



Meses después, se ejecutó otra inspección por parte de las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia asistida por el doctor José Bustos, en la que contrariamente a la primera visita, los informes eran alentadores respecto a la excelente labor médico-sanitaria del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales en Boca del Río.

- a) Labores eficientes en Boca del Río, Paso del Toro, Medellín y Jamada, (activar la construcción de letrinas de bajo costo).
- b) Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales (trabajos de investigación en catastro torácico en Boca del Río y secuelas epidemiológicas, 350 examinados; incidencia de las parasitosis intestinales de la región, en poblaciones de los municipios de Veracruz, Jamada, Medellín y Alvarado 2.000 examinados, investigación de la reactividad cutánea a la histoplasmina, tuberculina y coccidiacina, relacionada con catastro torácico de la población de Boca del Río, Ver, llevan 150 examinados, valor supresivo de los antipalúdicos denominados paludrina y aralén, en las poblaciones de Boca del Río, Alvarado, Medellín, Paso del Toro y Jamada (Con la participación técnica del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales), Se esta iniciando encuesta sobre parasitosis de animales , transmisibles al hombre y huéspedes intermediarios (con la participación del Doctor Mazzotti del Instituto de Enfermedades Tropicales), inician trabajos con serpientes venenosas.<sup>17</sup>

En el año de 1949, la atención médica del Centro reportaba 6,988 consultas generales, sin tomar en cuenta a los enfermos que eran enviados a especialidades. Los análisis de laboratorio llegaron a la cantidad de 20,911 y las inmunizaciones efectuadas en niños y adultos contra enfermedades como la viruela, tifoidea, tosferina, difteria, anti-tetánica y antirrábica fueron de 7,546. Estos datos nos hacen concluir que a pesar de la escasez de recursos materiales y humanos que hubo en el Centro, los médicos y enfermeras no sólo fueron capaces de atender a la población de Boca del Río, Veracruz, que era una localidad que no rebasaba los mil quinientos habitantes, sino que también eran requeridos por los lugareños de otras regiones circunvecinas.<sup>18</sup>

A pesar de estos buenos resultados, el Consejo Técnico de los Proyectos de Salubridad de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública propuso que desde 1949, que los proyectos HCO-1 (para el sostenimiento de la Estación de Adiestramiento del Instituto de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Ver.), el proyecto RES-1, (que colaboraba en las investigaciones científicas del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales) y el proyecto Mex-He-1 (que auxiliaba a la Escuela de Salubridad), se unieran para conformar

<sup>17</sup> AHSSA; F-SSA;S-SubSyA; C-28; Exp-5.

<sup>18</sup> Cfr, datos en AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-28; Exp.-5.

hacia fuera proyecto llamado ADIN-1, por lo que debía renovar tanto su estructura interna como sus relaciones externas. El nuevo proyecto ADIN-1(Expansión y coordinación de facilidades para la investigación y la enseñanza sanitaria), asumió cuatro objetivos principales:

Primero- Reforzar los nexos que deben existir entre la investigación científica y la enseñanza sanitaria en beneficio de la Salubridad del País.

Segundo: Familiarizar a los estudiantes de salubridad con las finalidades, procedimientos y resultados de la investigación científica en materia de salubridad y particularmente de las enfermedades tropicales. Como medio indispensable para la eficaz aplicación de las disciplinas sanitarias en el campo.

Tercero poner a disposición de las instituciones oficiales, semi-oficiales y privadas que tengan que enfrentarse directa o indirectamente con problemas sanitarios colectivos las facilidades de la educación sanitaria superior, especialización, adiestramiento e investigación que ofrece este programa.

Cuarto. Poner la enseñanza sanitaria y la investigación científica en las condiciones óptimas de aprovechamiento y eficiencia de manera de obtener el reconocimiento nacional e internacional de sus programas.<sup>19</sup>

Este cambio de administración fue solicitado por los directores del ISET y de la Dirección de Cooperación, porque atribuyeron inconsistencias al trabajo médico, sanitario y asistencial realizado en dicho Centro.

El Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento de Boca del Río, Ver. Se piensa que ha sido, hasta la fecha, sin ser aprovechado debidamente, pues en él debieran efectuarse no solamente investigaciones sino también desarrollarse actividades propias del Centro de Higiene y estación de Adiestramiento, haciéndose notar que, antes de tomar ningún acuerdo resolutivo deberá tenerse presente el costo de sostenimiento del mismo.<sup>20</sup>

El doctor Nieto continuó como investigador de este Centro, pero ya no como director. Este Centro estuvo bajo la supervisión técnica de los especialistas del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales y del encargado del adiestramiento de campo, doctor Luis Molina Johnson, y a partir del 1 de julio de 1949 quedó adscrito a la Subsecretaría de Salubridad y Asistencia. La Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública suministró de julio a diciembre de 1949, los recursos económicos para el sostenimiento del Centro, también el Consejo Técnico ordenó suprimir la plaza de Subdirector, para canalizar este ahorro en efectivo a gastos generales. El proyecto ADIN-1 tuvo una corta duración porque se revocó el 31 de diciembre de 1949.

<sup>19</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-26; Exp.-12.

<sup>20</sup> Cfr. AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-28; Exp.-5 y AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-32; Exp.-8.

A partir del 1 de enero de 1950 la Secretaría de Salubridad y Asistencia se hizo cargo de los gastos de manutención de dicho Centro. La Dirección de Cooperación Interamericana quedaba eximida de sus compromisos económicos respecto al Centro, pero continuó auxiliando en las tareas de adiestramiento llevadas a cabo en el establecimiento a través del otorgamiento de becas para estudiantes.

En el año de 1952, el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales en Boca del Río, Veracruz, estaba organizado en cuatro secciones, la Sección A correspondió al Centro de Salubridad y Asistencia, la Sección B concernió al Adiestramiento Médico –Sanitario, la Sección C atañó a Enfermedades Tropicales e Investigación Científica y la última Sección, la D, perteneció al Serpentario.

La primera sección tuvo las funciones de un centro de salud para atender a las poblaciones de Boca del Río, Paso del Toro, Medellín y el Tejar. La segunda sección asumió la responsabilidad de adiestrar a los médicos, oficiales sanitarios y enfermeras de las coordinaciones sanitarias y asistenciales de todo el país, además de los doctores y becarios, de la Escuela de Salubridad e Higiene, de las facultades de medicina nacionales, de las escuelas de medicina extranjeras, de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública y del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. La tercera sección realizaba labores de investigación sobre enfermedades tropicales, el personal adscrito básicamente era del ISET, y algunos técnicos especializados de otras organizaciones mexicanas o extranjeras. La última sección ejecutaba todo lo concerniente al estudio, cuidado y extracción de veneno de los ofidios.

Para todas las tareas que se le asignaban al Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, siempre contó con un número reducido de empleados; sin embargo, es posible entender de que manera subsanaban esta carencia, al revisar por ejemplo los horarios de los trabajadores asignados al área de atención médica y social, observamos como los doctores, enfermeras y agentes sanitarios dividieron su tiempo para realizar diferentes cometidos, además que el programa de labores nos indica cuales eran las prioridades médicas y asistenciales.

**Programa rutinario de las labores del Centro de Salubridad y Asistencia. Boca, del Río.  
Ver. Médico A.**

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:00-8:30	Distribución de labores.	Distribución de labores.	Distribución de labores.	Distribución de labores.	Distribución de labores.	Distribución de labores.
8:30 –10:30	Clínica-escolar. Campo.	Clínica. Post-natal.	Clínica. Pre-escolar.	Clínica. Pre-natal.	Clínica. Anti-luética.	Consulta Externa.
11:00-13:00	Consulta externa.	Consulta externa.	Consulta externa.	Consulta externa.	Consulta externa.	Academias.
13:00-13:30	Acuerdos con la Dirección.	Acuerdos con la Dirección.	Acuerdos con la Dirección.	Acuerdos con la Dirección.	Acuerdos con la Dirección.	Acuerdos con la Dirección.
13.30-14:00	Laboratorio.	Laboratorio.	Laboratorio.	Laboratorio.	Laboratorio.	Laboratorio.

**Programa rutinario de las labores del Centro de Salubridad y Asistencia. Boca, del Río. Ver.  
Enfermera Visitadora. A**

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:00-8:30	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.
8:30 –10:30	Auxiliar de Clínica escolar.	Curaciones, inyecciones, e inmunizaciones.	Curaciones, Inyecciones y muestras de sangre.	Curaciones e inyecciones.	Trabajos Inmunológicos.	Curaciones e Inyecciones.
11:00-13:00	Auxiliar de la consulta externa.	Trabajo de campo. Aplicación de vacuna antivariolosa.	Trabajo de campo. Aplicación de vacuna antivariolosa.	Trabajo de campo. Aplicación de vacuna antivariolosa.	Visita a Paso del Toro, Medellín, el Tejar.	Academias.
13.00-14:00	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.

**Programa rutinario de las labores del Centro de Salubridad y Asistencia. Boca, del Río. Ver.  
Enfermera Visitadora. E**

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:00-8:30	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.	Preparación del material y equipo.
8:30 –10:30	Curaciones, inyecciones, e inmunizaciones.	Auxiliar médica, clínica-post-natal.	Auxiliar médica, clínica-pre-escolar.	Auxiliar médica, clínica-prenatal	Curaciones e Inyecciones.	Auxiliar clínica. Clínica antihelmica.
11:00-13:00	Visitas a domicilio. Clínica pos-natal.	Visitas a domicilio. Clínica. Pre-escolar.	Visitas a domicilio. Clínica. Pre-natal.	Visitas a domicilio, educación higiénica y concentración de datos de laboratorio.	Auxiliar anti-luética y clínica antihelmica.	Sección clínica de tropicales.
13.00-14:00	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Concentración de datos de laboratorio.	Academias.

**Programa rutinario de las labores del Centro de Salubridad y Asistencia. Boca, del Río. Ver.  
Oficial Sanitario.**

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
8:00-8:30	Acuerdo para trabajos programados.	Acuerdo para trabajos programados.	Acuerdo para trabajos programados.	Acuerdo para trabajos programados.	Acuerdo para trabajos programados.	Acuerdo para trabajos programados.
8:30 –13:00	Higiene de alimentos. Visitas domiciliarias.	Ingeniería sanitaria. Visitas domiciliarias. Control antilarvario.	Ingeniería sanitaria. Visitas domiciliarias. Distribución de letrinas. Control antilarvario.	Higiene de alimentos. Visitas domiciliarias.	Visita a Paso del Toro, Medellín, el Tejar. Higiene de los alimentos.	Academias.

La atención al niño y a la madre, en el programa de atención del Centro, era tal vez la actividad que más recursos humanos y materiales utilizaba, basta recordar que a nivel panamericano y nacional existieron reglamentos médicos y sanitarios que recomendaban la atención especial a las mujeres embarazadas durante el período de gestación y el parto, para evitar decesos materno infantiles o niños desnutridos; también habían leyes que obligaban a los estados americanos a atender a los infantes durante todo su desarrollo, desde el punto de vista social, económico y médico.

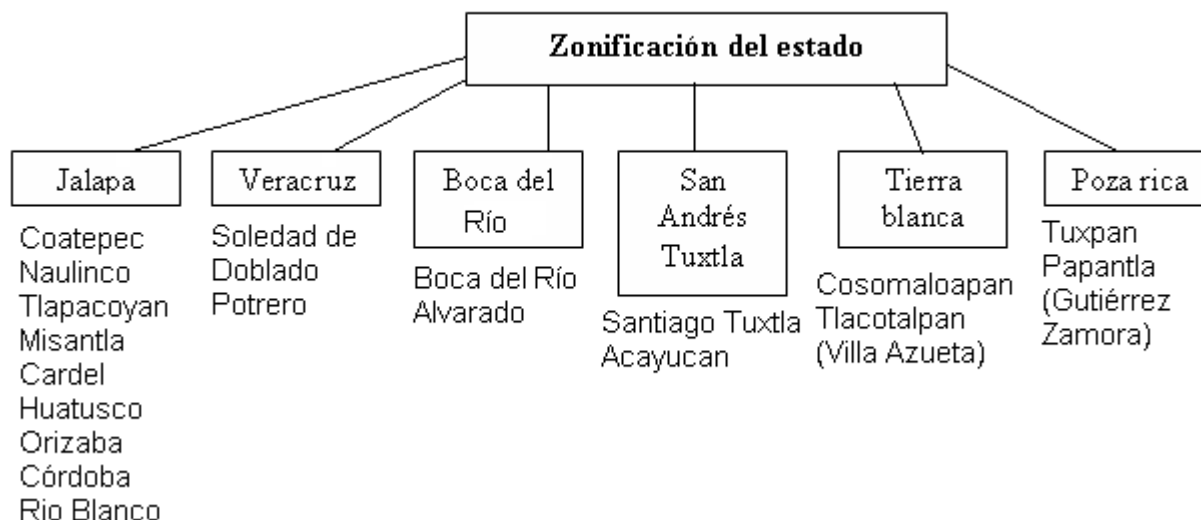
Por otra parte, el trabajo de campo realizado por el equipo médico, era fundamental para distribuir propaganda y realizar charlas sobre las medidas higiénicas adecuadas para prevenir enfermedades, además, se aprovechaban las visitas domiciliarias para convencer a la población de que dejara vacunar no sólo a los niños, sino también a los adultos. Otra de las preocupaciones del personal del Centro eran las enfermedades venéreas, en especial la sífilis, por la cantidad de personas que tuvieron este mal y que requirieron de un cuidado especial.

Otra tarea fundamental era la de combatir las parasitosis intestinales, porque eran un padecimiento grave de la localidad, relacionadas al mal manejo de los alimentos, por ello las enfermeras y el agente sanitario realizaban varias visitas a la semana para explicar como se debía hervir el agua y el cuidado de los alimentos.

Para el año de 1954, la organización sanitaria y médica en el Estado de Veracruz, se dividió en seis zonas: Jalapa, Veracruz, Boca del Río, San Andrés Tuxtla, Tierra Blanca y Poza Rica. Como responsable de cada zona se encontraba un médico sanitarista egresado de la Escuela de Salubridad e Higiene, y al frente de ellos se encontraban dos médicos titulados en la Universidad Johns Hopkins: José Bustos C. Jefe de los Servicios Coordinados del Estado y Gabriel Garzón Cossa, supervisor de los Servicios Coordinados del Estado; sin embargo, había regiones sin epidemiólogos como: Villa Cuauhtémoc, Pánuco, Tempoala, Tantoyuca, Chicontepec, Huayacocotla, Jáltipan, Minatitlán, Nanchital, Las Choapas y Agua Dulce.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Datos obtenidos en el artículo “Zonificación sanitaria en relación con el personal técnico, proyecto aprovechamiento racional del personal técnico dentro de los Servicios Coordinados, ejemplificado en Veracruz” en *Salubridad e Higiene, Boletín de los Servicios Coordinados d Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*. Tomo IX, enero y febrero de 1954, números, 95 y 96, Jalapa, Ver., p.11.



A finales de la década de los 50', el personal del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz tuvieron una estrecha relación con los trabajadores del Centro de Bienestar Social Rural de la misma localidad, y al mismo tiempo estas dos instituciones se integraban con la población de la región, para realizar diferentes actividades relacionadas con el saneamiento del medio: la cimentación de un rastro, la supervisión sanitaria del ganado vacuno y porcino, la inspección de locales de venta de alimentos, la destrucción de basureros, la construcción de letrinas, el reconocimiento sanitario en casas habitación, el otorgamiento de asistencia materno-infantil, el establecimiento de un desayunoador infantil, el control de enfermedades trasmisibles y parasitarias y la enseñanza higiénica.

En todos los trabajos de saneamiento del medio, se utilizó de la educación higiénica para despertar el interés y lograr el convencimiento de las gentes. Se impartió la educación higiénica por medio de entrevistas de persona a persona, por medio de conferencias a grupos, exhibición de películas y colocación de cárteles en sitios visibles.<sup>22</sup>

En algunas ocasiones, los trabajos llevados por el personal del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales y el Centro de Bienestar Social, no convencieron a los residentes de la localidad, un ejemplo de ello fue cuando se instalaron unas tomas de agua potable, los pobladores se quejaban de que el líquido tenía mal sabor y las obras se tuvieron que detener hasta que se enviaran muestras de esta agua para comprobar su pureza, a los laboratorios de la Unidad de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de Veracruz.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> AHSSA; F-ISET; S-D; C-2; Exp. - 14.

<sup>23</sup> *Ibid.*

Uno de los trabajos mejor logrados fue la incorporación de las parteras tradicionales a los trabajos desarrollados en atención materno infantil, prenatal y postnatal del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, y del Centro de Bienestar Social, para esta actividad se adiestró a una de ellas, en prácticas higiénicas y médicas en relación con el alumbramiento, para que la partera empírica a su vez los difundiera entre sus compañeras de oficio;<sup>24</sup> esta circunstancia tuvo un doble significado: que la institución gubernamental respetaba y estimaba la labor de las parteras, reconociendo los usos y costumbres de las comunidades, y por otra parte, no se desligaba de su obligación de capacitarlas para realizar su trabajo de una manera más eficaz, higiénica y segura.

Es importantes señalar que antropólogos como Gonzalo Aguirre Beltrán, asesoraron en la década de los 50' a los funcionarios sanitarios para llevar a cabo programas de salud e investigación en comunidades mestizas e indígenas, dichos estudios destacaron que para llevar a buen término, el trabajo, se debía tomar en cuenta la situación cultural de las comunidades, en primer término recomendaron que los médicos, enfermeras y técnicos sanitarios asignados tenían que respetar las creencias religiosas, morales y supersticiones que tuvieran los pobladores respecto a la relación salud-enfermedad para ganarse su confianza, y una segunda tarea sería la de informar a los lugareños de los beneficios de la asistencia médica-sanitaria a través de medios de comunicación que fueran atractivos al público tales como: películas, títeres, pláticas sencillas y, por último, ya convencidos los residentes quedaría la de invitarlos a asistir a las consultas médicas o a colaborar en las tareas sanitarias o médicas como la de construir una letrina o la de invitar a una partera tradicional a compartir sus experiencias teóricas y prácticas.

Años después, con cierto desdén, la antropóloga norteamericana Isabel Kelly del Instituto de Asuntos Interamericanos criticó que los antropólogos mexicanos se dedicaran a estudiar las pequeñas comunidades indígenas y mestizas, porque sus investigaciones no se aprovecharían, porque no tendrían impacto en las transformaciones del desarrollo económico de México, por esta razón su institución se interesaba en las colectividades mestizas situadas en los centros de producción rural y urbana, como las situadas en la Comarca Lagunera.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> *Ibid*,

<sup>25</sup> AHSSA; F-SSA; S- SubSyA; C- 49; Exp.-6. Informe de la Dra. Isabel Kelly en la Comarca Lagunera de marzo a septiembre de 1953.

Los médicos y enfermeras del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales, conjuntamente con los trabajadores del Centro de Bienestar se reunían de manera regular, para diseñar los programas sanitarios y asistenciales más apropiados para el pueblo de Boca del Río, pero esta relación nunca fue ajena a la participación de sus habitantes, ya que éstos elegían representantes para integrar la mesa directiva del Centro de Bienestar y tomaban parte de las iniciativas al respecto. También se tenía la colaboración de los médicos y especialistas de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo Zona III.

Para la década de los 60', en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, las actividades de la sección de investigación por diferentes circunstancias se habían reducido, por ello los presupuestos fueron canalizados para llevar a cabo las labores al centro de salud y la estación de adiestramiento, con la intención de que en un futuro sólo las labores de enseñanza perduraran, por lo tanto los objetivos de este Centro cambiaron también.

1. Promover el movimiento socio-económico de la comunidad.
2. Disminuir la mortalidad general infantil específica.
3. Lograr menos casos de enfermedad.
4. Fomentar y recuperar la salud.
5. Mejorar las condiciones del medio ambiente.
6. Promover el bienestar físico, mental y social del individuo y la comunidad.<sup>26</sup>

A pesar del abandono financiero y humano en el que se encontraba el Centro de Boca del Río, Veracruz, en 1963, los trabajadores mantuvieron las consultas externas de 10 a.m. a 12 p.m. de lunes a viernes. El responsable de las consultas recibía a los pacientes a los cuales les daba una hoja epidemiológica y exámenes de laboratorio, y de acuerdo a los resultados de éstos, les prescribía el tratamiento y medicamentos necesarios para curar su padecimiento y, dependiendo de la magnitud de éste, los canalizaba a la sección clínica de enfermedades tropicales del mismo Centro, al Hospital Civil o al Regional de Veracruz.

Los medicamentos en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río eran gratuitos, sólo en caso de que los pacientes tuvieran una situación económica favorable, se les proporcionaba una receta para que la surtieran en las farmacias del lugar.

---

<sup>26</sup> AHSSA; F-ISET ; S-D ; C-6; Exp.- 3. En este expediente se encuentran informes de labores, y el reglamento del personal referidos a la década de los 60'.



El médico enseñaba a todos los visitantes que llegaran a la consulta, acerca de las medidas higiénicas necesarias para no enfermarse de padecimientos transmisibles o gastrointestinales, además les indicaba que una enfermera o un médico epidemiológico los visitarían periódicamente a sus domicilios a supervisar que su familia llevara a cabo las instrucciones dadas en este centro, asimismo les informaba que en ocasiones el personal médico los vacunaría, para prevenir enfermedades.

A finales de 1963, las autoridades de los Servicios de Salud Pública en Estados y Territorios y de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, nuevamente se replantearon las funciones del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, porque habían elaborado un nuevo proyecto para centralizar las actividades médico-asistenciales del Estado de Veracruz, por ello tenían la intención de cancelar las tareas del Centro de Higiene y para que no hubiera ningún tipo de perjuicio en las investigaciones llevadas a cabo por el personal de esta sección, éstos serían reubicados en el Centro de Salud de la capital y en sedes de la Unidad Sanitaria del puerto de Veracruz con la intención de que continuaran sus trabajos científicos. Entre los trasladados se encontraba la química Celia Loyo, pionera del Centro de Higiene y una de las primeras mujeres que participaron en éste.

Los dirigentes sanitarios de Veracruz proyectaban que el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, fuera una estación de adiestramiento para programas de salud pública en zonas tropicales que auxiliara de una manera más amplia al Centro de Salud de la capital y a la Unidad Sanitaria de su Estado.

Este nuevo programa de centralización local también incluyó al Centro de Bienestar de Boca del Río, Veracruz, sin embargo, esta decisión al igual que otras que se habían tomado respecto al funcionamiento del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, no había sido debidamente fundamentada por René Vargas Lozano, subdirector de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, por esto esta nueva reestructuración del Centro tuvo que dar marcha atrás en menos de dos meses, la reanudación completa de actividades y la reincorporación del personal fue una circunstancia que apoyaban el director Vicente Nieto, los investigadores destituidos y los representantes del Sindicato Trabajadores del Estado de Veracruz de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que a lo largo de la historia de esta institución habían enfrentado diversas situaciones adversas parecidas.

La inestabilidad administrativa y económica del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, continuaba debido a que, durante esta década el ISET ya dejaba de ser patrocinador de la sección de investigación, y porque la Dirección General de Servicios de Salud Pública en Estados y Territorios subsidió a partir de 1964, todas las actividades de este Centro. A partir de esta equivocada decisión de ciertas autoridades burocráticas, que no tenían ningún vínculo con las actividades médico-sanitarias que llevaba a cabo el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, se limitó drásticamente los recursos financieros. Dos años después, también se repitió esta historia con el retiro de financiamiento de la Dirección de Investigación en Salud Pública, a pesar de la resistencia nuevamente del director Vicente Nieto y del personal del Centro.

### **7.1 Investigación aplicada y algunas controversias ocurridas en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz.**

Es importante destacar que los estudios sobre la malaria en Veracruz eran una constante durante la década de los cuarenta, ya que también en la Oficina de Estudios sobre el Paludismo de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia del Estado de Veracruz, uno de los encargados del laboratorio de entomología el profesor Guenther W. Lassmann de nacionalidad norteamericana, estaba haciendo un estudio de la distribución de los anopheles en esta región.

Recién inaugurado el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, en el año de 1946, el doctor Pilar Hernández Lira, director del establecimiento, realizó una encuesta sanitaria y de catastro local para conocer la situación epidemiológica y la condición social y económica de los habitantes de la región. Los resultados de la investigación evidenciaban las terribles condiciones higiénicas y de salud, en que vivían los pobladores de esta región, y que el paludismo se hallaba entre las cinco causas más frecuentes de mortalidad en Boca del Río Veracruz, por ello era necesaria la identificación de los portadores de paludismo, a través de una encuesta malárica que incluyera muestras de sangre que se estudiarían en el laboratorio del Centro de Higiene.

De acuerdo al doctor Nieto, este trabajo duró de 1947 a 1949. El personal empleado consistió básicamente en un doctor y una enfermera que laboraban de dos a tres horas diarias en el trabajo de campo que consistió en: visitas domiciliarias por orden de cédula

familiar, exploración de bazo y tomas de sangre de los individuos comprendidos en la parentela, además de dos horas más diarias de estudios de laboratorio, que consistió en la coloración de las muestras de sangre obtenidas y la anotación de los resultados.

Mientras se realizaba la encuesta malárica, se efectuaba una dedetización masiva en todo el pueblo de Boca del Río para eliminar a los mosquitos transmisores del paludismo, esta consistía en rociar de DDT las casas, los pantanos y todos los lugares que fueran asequibles a los insectos.

El doctor Nieto enfatizó que la encuesta malárica efectuada por el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, se le aplicó a 957 habitantes que representaban al 76.25% de la población registrada por la encuesta, y de los cuales 775 individuos salieron sin esplenomegalia y cuyos datos finales fueron:

1. La esplenomegalia de tipo PIP, es la más frecuente en todos los grupos de edad. 2. El *Plasmodium vivax* es el que acusa mayor porcentaje de frecuencia entre los individuos que resultan portadores. 3. El *Plasmodium vivax* resultó ser el más frecuente para todos los tipos de esplenomegalia encontrados. 4. A reserva de llevar al cabo ulteriores estudios entomológicos, se consideran como principales vectores del paludismo a los *A. albimanus*, *A. vestitipennis*, y *A. neomaculipalpus*. 5. Por las condiciones climatológicas, geológicas, pluviométricas e hidrográficas se considera al poblado de Boca del Río, Ver., como terreno favorable para la propagación del paludismo.<sup>27</sup>

Paralelamente de octubre de 1947 a mayo de 1948, se perpetró otra investigación aplicada en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, durante la dirección del doctor Vicente X. Nieto, en colaboración con el doctor Enrique Beltrán, encargado del laboratorio de protozoología del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, que tenía como propósito comprobar el valor de la paludrine aplicada a diferentes dosis en 140 sujetos.

El doctor Enrique Beltrán era uno de los investigadores más importantes a nivel nacional en lo que se refiere al estudio del paludismo y cabe decir que éste utilizaba seres humanos en sus experimentos. En estos mismos años, Beltrán realizaba terapias de paludoterapia en enfermos sifilíticos, que eran indigentes internados en el Manicomio General.

---

<sup>27</sup> Nieto, X. Vicente, "Informe de encuesta malárica de Boca del Río, Ver", en *Salubridad e Higiene. Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*. Tomo V, febrero de 1949. Núm. 48, México, p. 69.

Es importante hacer notar que teóricamente, el tratamiento no agrava los males de aquellos pacientes del Manicomio General elegidos para la aplicación de paludoterapia, sino debía proporcionarles mejoría; sin embargo, encontramos que la mayoría de los enfermos enviados eran no pensionados, indicio de que asistían a las terapias por imposición y aquellos que tenían derechos, porque pagaban su alojamiento, sus familiares se rehusaban a que los incluyeran en dicho procedimiento.<sup>28</sup>

Al parecer el doctor Enrique Beltrán también recurrió a personas que de manera obligatoria colaboraron como material humano del proyecto para la investigación de la aplicación de la paludrina en Boca del Río, Veracruz; estos eran jóvenes de 18 años que estaban realizando su servicio militar en el Campo Militar de la *Boticaria* y la mayoría tenía un origen humilde, 139 provenían de Oaxaca y uno de Puebla y estaban bajo las órdenes del Teniente Coronel Gonzalo Migoni, Jefe del Primer Batallón Naval y de los doctores Juan Velasco Jiménez y José Espinosa Murrieta .

Este campo militar se encontraba en una zona infestada de mosquitos transmisores del paludismo de acuerdo a los resultados del estudio del profesor G. W. Lassmann, por ello se llevaron a cabo labores de dedetización en las instalaciones antes de iniciar la investigación.

Los científicos de la investigación utilizaron la paludrine enviada por la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool y hecha por la Imperial Chemical Pharmaceuticals, sustancia que había sido estudiada en Inglaterra y Australia con individuos inoculados con *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* y medicados con dosis de 0.10 gm de paludrine, cuyos resultados eran negativos a parásitos en la sangre. El doctor Enrique Beltrán admitía que esta droga estaba en su fase experimental en los países europeos, pero era importante comprobar su eficacia con nuestras cepas de plasmodios.

Los doctores Beltrán y Nieto estudiaron dos cuestiones referentes a la paludrina aplicada a los humanos: "1)-la acción de la paludrine como medicamento frente a cepas mexicanas de plasmodios; 2) El valor relativo de diversas dosificaciones en postratamientos supresivos."<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Alfaro Guerra, Patricia Guadalupe. "El tratamiento médico a los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958", en *Cuadernos para la historia de la salud*. México, Secretaría de Salud, 2003, p.59.

<sup>29</sup> Nieto X. Vicente. "Ensayo del valor de la paludrine en el tratamiento supresivo del paludismo en Boca del Río, Veracruz." en *Salubridad e Higiene. Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*, Tomo V, num.48, febrero de 1949. México, p.74.

Los médicos dividieron a los conscriptos en cuatro grupos de 35 a los que se les suministró diferentes dosis de paludrine por treinta semanas: A lo largo de la investigación, los doctores Beltrán y Vicente Nieto, intercambiaban información acerca de las estadísticas de los resultados preliminares y de las cantidades usadas de paludrina y las que se necesitaban pedir a la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool. Durante la investigación existieron algunas dificultades como la posible destitución de la dirección del doctor Nieto, quien, en los hechos, era quien dirigía el proyecto.

Al parecer las cosas van a cambiar por aquí y por tal razón me estoy apresurando a escribir esta carta, pues no quiero que el trabajo que vengo desarrollando en el campo militar de la "Boticaria", en colaboración con usted, sufra consecuencias según el plan que tenemos trazado y ya en la 15ª semana de observación clínica y de la laboratorio.<sup>30</sup>

Para el 28 de abril de 1948, el doctor Vicente Nieto fue ratificado en su puesto y ya superada la contingencia; siguió supervisando el proyecto hasta su término en la semana 30, tiempo en el que obtuvo como resultado que ninguno de los conscriptos a los que se les suministro la paludrina se infecto de paludismo.

Parece demostrar igualmente que la dosis mínima de 0.1 gm por semana, aunque menos eficiente de modo absoluto que la de 0.2 gm por semana en dos dosis sucesivas ofrece protección suficiente con un método que resulta sumamente económico y fácil de aplicar. Desde entonces se creyó que sería muy conveniente ampliar estos trabajos, empleando solo esta dosis mínima, para ver si se confirma el valor de la droga, lo que resultaría sumamente valioso para la orientación futura de la Campaña contra el Paludismo.<sup>31</sup>

GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
Dosis: 1 tableta de 0.10 gm. Semanal, cada lunes.	Dosis: 3 tabletas de 0.30 gm. Semanal, cada lunes.	Dosis: 2 tabletas de 0.20 gm y 0.10 gm. Semanal cada lunes y los viernes.	Ningún tratamiento.
30 semanas, sin manifestaciones clínicas.	30 semanas, sin manifestaciones clínicas.	30 semanas, sin manifestaciones clínicas.	
Al final de la investigación: *2 parasitados *0 Casos clínicos	Al final de la investigación: *1 parasitados *0 Casos clínicos	Al final de la investigación: *0 parasitados *0 Casos clínicos	Al final de la investigación: *8 parasitados * 6 Casos clínicos

AHSSA; F-ISET; S-Dirección; Caja: 1, Exp-20.

Ante el éxito logrado con la aplicación de la paludrina entre los jóvenes conscriptos militares, los doctores Beltrán y Nieto decidieron impulsar un nuevo proyecto de investigación más ambicioso referente a la efectividad de la paludrina y el aralén. Para esta nueva investigación, los doctores propusieron nuevamente a los cadetes de la Boticaria,

<sup>30</sup> AHSSA; F-ISET; S- Lab.; C- 1; Exp.-11

<sup>31</sup> AHSSA; F-ISET; S-D ; C: 1, Exp.-20.

pero un sin fin de inconvenientes cancelaron la colaboración de los militares, por lo tanto, se eligió a otro sector social: la comunidad escolar de Boca del Río y de Alvarado, lo que además daría la oportunidad de utilizar los laboratorios de ambas regiones.

“400 sujetos en Boca del Río y 800 en Alvarado me parece conveniente, y creo podremos trabajar bien, haciendo en cada caso tres grupos: a) sujetos a quienes se les dé paludrina; b) sujetos a quienes se les dé cloroquina (aralén) y c) testigos. Desde luego, el hecho de que sean escolares nos impide controlarlos en las vacaciones, sin embargo, creo que podríamos tener un trabajo continuo de 30 semanas, si se comienza en la primera de mayo. Esto por lo que hace al total del grupo; y quizá sería posible, durante las vacaciones, seguir controlando algunos centenares, con los que completaremos el año, lo que daría importancia al trabajo”<sup>32</sup>

Sin embargo esta nueva investigación inició un conflicto de intereses entre los doctores Beltrán y Nieto, ya que el primero quería que el director del Centro de Higiene organizara de manera inmediata todos los asuntos relacionados con la nueva investigación, y el doctor Nieto exigía los materiales de laboratorio y los recursos económicos para llevarlo a cabo con la eficiencia requerida.

Beltrán solicitó la intermediación del director del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Gerardo Varela. Esta disputa queda expresada en una carta del doctor Enrique Beltrán a Gerardo Varela en la cual acusa al doctor Nieto de no ajustarse al plan inicial, y solicita la cancelación del proyecto y la devolución de los materiales de laboratorio enviados al doctor Nieto.

Desde luego, el C. Director de Estación de Boca del Río hace solo referencia al personal del campo militar de la Boticaria pero, como usted recuerda en la junta que celebramos en esa Dirección el mayor grupo de sujetos iban a ser escolares y adultos de la población civil, que el Doctor Nieto manifestó categóricamente ante mis preguntas, controlaría perfectamente sin ningún inconveniente. [...] los múltiples obstáculos puestos desde un principio al proyecto han dado ya sus frutos, lográndose en Boca del Río. Creo pues que será necesario abandonar este proyecto; del cual en las condiciones actuales no podría aceptar la responsabilidad del suscrito, como no la acepta, y de ello quiere dejar constancia, por la no iniciación del trabajo, que se debe a causas completamente ajenas y fuera de su control. [...] y ruego a usted de que se dirija al Director de la Estación de Boca del Río suplicándole devuelva a la brevedad posible a este laboratorio los materiales.<sup>33</sup>

En la Tercera Sesión del Consejo Técnico de Proyectos Médicos de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública del 25 de abril de 1949, con la asistencia del doctor Alonzo E Hardison, director de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, Wyman R. Stone, jefe de la Misión del Instituto de Asuntos

<sup>32</sup> AHSSA; F-ISET; S-D; C-1; Exp.-20.

<sup>33</sup> *Ibid.*

Interamericanos, Rafael P. Gamboa, Secretario de la SSA y Felipe García, representante de la SSA, resolvieron darle la responsabilidad total del proyecto al doctor Nieto.

Que estas actividades deben considerarse como realizadas por el jefe del Centro y Estación de Adiestramiento de Boca del Río, estimándose que no es necesario hacer viajes de supervisión debe dejarse al doctor Nieto para que él haga las consultas al Instituto cuando lo estime necesario, sobre el programa, es difícil opinar con el reducido número de casos observados para poderlos considerar de valor estadístico. En cuanto al material que se requiere, el Doctor Nieto formulará el pedido mínimo.<sup>34</sup>

Este conflicto llega a tal extremo que también el doctor Zozaya y el doctor Gustavo Argil, Subsecretario de Salubridad y Asistencia, apoyaban la propuesta del Consejo Técnico respecto a que el doctor Nieto fuera el responsable del proyecto de investigación, a lo que el doctor Varela contesta negativamente y refrenda su apoyo a Beltrán.

Se trata pues, como usted puede ver, de un trabajo de laboratorio de protozoología de este Instituto [ISET] planeando y dirigido por el profesor Beltrán, y que se lleva a cabo en Boca del Río, únicamente por las facilidades, con que se cuenta para controlar el material humano allí existente. No se puede hablar, como propone el Doctor Zozaya, de dejar iniciativa al Doctor Nieto en un trabajo de origen ajeno a la Estación de Boca del Río, para que sólo consulte con el Instituto cuando lo crea conveniente.<sup>35</sup>

Este proyecto se aborta a mediados de 1949, por la infinidad de malos entendidos, y por la escasez de recursos materiales y humanos persistentes en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Ver., problema semejante que también padecía el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.<sup>36</sup>

Este incidente no afectó la relación entre el ISET y el Instituto de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales en Boca del Río, Veracruz, porque existían otras investigaciones que paralelamente se llevaban a cabo. De 1948 a 1952, entre el personal del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, los investigadores del laboratorio de Helminología del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, y los funcionarios de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia de Veracruz, conjuntamente realizaron un estudio y curso acerca de la helmintiasis intestinales, especialmente sobre uncinariasis y estrongiloidiasis, y su respectiva terapéutica. Al mismo tiempo se hicieron brigadas culturales de alimentación.

<sup>34</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-32;Exp.-8.

<sup>35</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-28; Exp. -5.

<sup>36</sup> El Doctor Enrique Beltrán escribió una carta con carácter de urgente al director del ISET, para denunciar la carencia de materiales y equipo en el laboratorio de protozoología en el año de 1949. Cfr. AHSSA; F-ISET; S-D; C-1, Exp.- 20.

Dos investigaciones continuaron hasta 1960, el primer proyecto fue bajo la dirección del Doctor Arnoldo López Rico y la colaboración del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, que consistió en estudiar, prevenir y curar masivamente la uncinariasis en la población de Boca del Río, Veracruz, con la aplicación del tetracloretileno y de la piperazina, solos o combinados. La segunda investigación en colaboración del ISET, fue la de realizar una encuesta de incidencia de *Entamoeba Histolyca* y otros protozoarios en la región. Igual que en el pasado se canceló este proyecto por falta de recursos humanos, ya que la enfermera encargada de la recolección de muestras se encontraba embarazada.<sup>37</sup>

En algunos documentos encontrados en 1964, refieren que la gravedad financiera del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, llegaba a tal extremo que cuando los trabajadores enviaban ratas a los laboratorios del ISET, solicitaban a los encargados de estudiarlas que les devolvieran las jaulas porque no tenían recursos para adquirir más.

A partir del 25 de enero de 1967, las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia rescindieron de la investigación en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, al retirarle el apoyo financiero de \$61.000.00 pesos que le otorgaba la Dirección de Investigación en Salud Pública.<sup>38</sup> A pesar de que este Centro, desde la década de los cuarenta había alcanzado el reconocimiento internacional y nacional de especialistas en la materia, como el Doctor W. G. Smillie, profesor de Salubridad y Medicina Preventiva del Colegio Médico de la Universidad de Cornell, quien visitó en 1949 durante tres meses a 10 países del continente con el objetivo de conocer las instalaciones dedicadas a la salubridad pública como escuelas, hospitales y centros de higiene, al mismo tiempo que se abocó a realizar un análisis de las políticas para implementar el adiestramiento y la investigación médico-sanitaria reconociendo que en todos los lugares de su exploración se estaba llevando una excelente trabajo, sin embargo, la institución que representaba un modelo a seguir era el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Cfr. AHSSA; F-ISET; S-D; C-3; Exp.-2 y AHSSA; F-ISET; S-D; C-4; Exp.- 4.

<sup>38</sup> Cfr. AHSSA; F-ISET; S-D; C-5; Exp. - 2.

<sup>39</sup> W. G. Smillie, "La salubridad en Latinoamérica, un cuarto de siglo de progreso" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, febrero, 1950, Washington, pp.171-180.



## 7.2. La participación comunitaria y el rudimentario serpentario.

Las instituciones siempre son la respuesta a las necesidades de la poblaciones, por ello, la idea de instalar un serpentario en Boca del Río, Veracruz, surge a partir de que en las “zonas húmedas y cálidas de la República morían centenares de personas por mordedura de serpiente del género *Bothrops* (Nauyaca, Paranca, Mano de Metate)”<sup>40</sup>, y de que el personal del Instituto de Higiene, no podía elaborar la cantidad suficiente de sueros antiofídicos, por el número limitado de víboras capturadas, ya que, no habían suficientes lugares para cuidar, reproducir y recolectar los reptiles, asimismo, importar el veneno era una posibilidad lejana por la falta de recursos. El mismo Presidente de la Nación, Miguel Alemán Valdés, y el Secretario de Salubridad y Asistencia, doctor Rafael P. Gamboa ordenaron la instalación urgente de un Serpentario.

En el mes de mayo de 1947, el doctor Ernesto Cervera, director del Instituto de Higiene, solicitó al especialista Raymond Stadelman del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de Norteamérica, y cuyas labores de investigación se ubicaban en el estado Oaxaca en el Campo Experimental de Hule “El Palmar”, que lo asesorara para la instalación del Serpentario, petición que fue aceptada por el norteamericano con la advertencia que la asistencia sería de manera esporádica, ya que su trabajo lo absorbía de tiempo completo.

La primera acción recomendada por el especialista fue la de recolectar víboras y conseguir a una persona que no le tuviera miedo a ellas, para que él comenzara el entrenamiento para el cuidado, el control, y la extracción de veneno de anfibios.

El doctor Luís Molina Johnson, jefe del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales, Boca del Río, Ver. y el Doctor Ernesto Cervera, director del Instituto de Higiene, contrataron los servicios del entomólogo Matías Macías Gómez para hacerse cargo de todo lo concerniente a la instalación del serpentario, con la supervisión del especialista norteamericano. Los primeros informes de Macías no eran muy alentadores respecto a las condiciones del serpentario.

Sin tener muchos conocimientos en esta clase de construcciones pude darme cuenta que no podía usarse por el momento en vista de encontrarse azolvados los departamentos y bien mojados, también pude observar que es necesario ampliar los techos hasta quedar seguros de que no penetran el agua, así como hacer algunos resanes hasta dejarlo en condiciones de usarlo, todo esto lo hice ver al doctor Molina, manifestándome que todo se podría hacer con construcciones del Jefe de la Oficina de Cooperación Interamericana.<sup>41</sup>

<sup>40</sup> Memoria 1947-1950, *op. cit.*, p.248.

<sup>41</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-15; Exp.-15.

El entomólogo Matías Macias Gómez y el doctor Raymond Stadelman, llevaron a cabo el proyecto del serpentario, para ello, el norteamericano presentó una propuesta de la organización y la contratación de los trabajadores necesarios para el establecimiento, en la cual constataba que era suficiente con un médico, un ayudante, un mozo y un responsable de la Campaña Antiofídica, que viajara por toda República Mexicana, para que conociera todas las especies de reptiles; además, recomendaba que los meses idóneos para la captura de serpientes eran de febrero a junio.

Si la necesidad del pueblo hizo efectivo el establecimiento del Serpentario en Boca del Río, Veracruz, en 1947, también su participación fue importante en el sostenimiento del mismo, ya que los lugareños fueron los encargados de la captura de los especímenes a cambio de una módica suma, que otorgaban las autoridades del Serpentario.

Un entomólogo hizo giras por las diversas rancherías de las zonas propicias para la captura de estos ofidios, enseñando a los campesinos como pueden apoderarse de los bothropos vivos sin correr peligro. La Secretaría paga a buen precio estos reptiles, que sirven para elaborar el suero antiofídico en este Instituto.<sup>42</sup>

Pagar a los lugareños por los ejemplares de reptiles era una práctica común, por ejemplo en otro serpentario que se instaló en la Ciudad de Córdoba, el especialista Raymond Stadelman tenía hasta un sistema de pago establecido.

Aquí he puesto un precio provisional de 2 pesos por metro lineal de Nahuyaca, el doble de esto por los coralillos, que son siempre pequeños, más un precio de uno o dos pesos por culebras inofensivas pero de regular tamaño, que siempre sirven para la exhibición. No buscamos comprar culebras no venenosas, pero es que a veces las traen en la creencia de que son especies venenosas, y no hay que rehusar pagarlas, aunque sea poco.<sup>43</sup>

El doctor Matías Macias Gómez reportaba el 20 de septiembre de 1947, que estaba terminada la ampliación y remodelación del Serpentario del Instituto de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz. Un año después de inaugurado el serpentario de Veracruz, se envió la primera producción de veneno de serpiente al Instituto de Higiene, fue tal el éxito del serpentario, que en menos de una década era uno de los más importantes abastecedores de veneno de serpiente en toda la República Mexicana.

---

<sup>42</sup> Memoria 1947-1950, *op.cit.*, p. 248.

<sup>43</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-15; Exp.-15.

El prestigio del serpentario era reconocido a nivel nacional y continental, por esta razón era visitado cotidianamente por especialistas para buscar asesoría científica y conocer las instalaciones. Para el año de 1952, las tareas prioritarias del establecimiento eran:

- A) Clasificaciones zoológicas de las especies ofídicas en el país.
- B) Selección de las especies del género *Bothrops* para la obtención de venenos específicos.
- C) Selección de especies del género *Crotalus* para obtención de venenos. Específicos
- D) Selección de especies del género *Microuros* para obtención de venenos específicos.
- E) Selección de otras especies de ofidios ponzoñosos para el estudio científico de sus venenos.
- F) Estudio parasitológico de los ofídeos.
- G) Selección de ejemplares y conservación de los mismos para el museo.
- H) Serpentario (arquitectura y organización)<sup>44</sup>

#### Víboras capturadas de 1954-1959.

Año.	Cróttalus Terrífucus Basiliscus.	Cróttalus Terrífucus Terrífucus.	Botrops Atox.	Total.
1954	58	27	17	102
1955	95	29	27	151
1956	100	35	21	156
1957	98	58	27	183
1958	85	35	17	137
1959	62	50	25	137
Totales	498	234	134	866
Promedio anual.	83	39	22.3	144.3
Promedio mensual.	6.9	3.2	1.8	12.0

AHSSA. F-ISET; S-D; C-5; Exp-2.

#### Veneno recolectado de 1954-1959.

Año.	Cróttalus Terrífucus Basiliscus.	Cróttalus Terrífucus Terrífucus.	Botrops Atox.	Total.
1954	31,240	7,185	2,100	40,525
1955	148,340	4,225	3,555	156,120
1956	192,830	11,250	9,230	213,580
1957	140,635	23,600	12,845	177,080
1958	33,045	26,840	12,305	72,190
1959	11,299	37,260	13,375	61,934
Totales	557,389	110,630	53,410	721,429
Promedio anual.	92,898	18,438	9,068	120,238
Promedio mensual.	7,741	1,536	0,755	10,019

AHSSA. F-ISET; S-D; C-5; Exp-2.

Esta situación favorable cambió de manera drástica en el siguiente decenio por el abandono material y económico al serpentario de parte de las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pues aun cuando continuaban las actividades, la cantidad de veneno recolectado nunca fue igual a las cantidades logradas anteriormente.

El serpentario en el siguiente sexenio dejó de ser supervisado y asesorado técnicamente por el ISET porque paso a depender tanto administrativa como técnicamente de los Servicios Coordinados de Veracruz. A pesar del cambio de autoridades, los investigadores del Instituto de Higiene se quejaban de que continuaba la falta de entrega de remesas de veneno y de su mala calidad, por el descuido de su manejo al extraerlo y al transportarlo.

<sup>44</sup> AHSSA; F-SSA;S-SubA;C-25;Exp.-2.

Por esta razón en el mes de julio de 1970, se realizó una inspección del serpentario de Boca del Río, Veracruz, a cargo de los doctores Jorge Fernández de Castro y Adolfo Pérez Miravete, funcionarios del citado Instituto. El reporte final fue desolador:

La visita se efectuó el sábado 11 del mes en curso. Se encontró que el llamado serpentario consiste en un foso situado en el solar trasero del Centro de Salud B de la población de referencia; ha perdido la tela de alambre que lo circundaba y los árboles que se han desarrollado en su interior extienden sus ramajes hacia fuera, por lo que los ofidios podrían escapar con facilidad. Las paredes están en regulares condiciones, pero en general la construcción se encuentra en el más absoluto abandono y más bien sirve como una gran letrina pública. Tanto en su interior como a su alrededor se encontró abundante materia fecal humana.<sup>45</sup>

No estaba ya un responsable del cuidado de las serpientes, sino que el propio administrador realizaba de manera rudimentaria, todas las faenas relacionadas con la extracción y secado del veneno. Algunos de los especímenes se encontraban en jaulas adaptadas para ratas, para evitar que fueran dañadas en la fosa por los niños y adultos del lugar. Ante esta situación el director de la Dirección General de Investigación en Salud Pública, doctor Rolando Neri, recomienda el cierre del establecimiento y la construcción de un serpentario en el Instituto Nacional de Higiene.

### **7.3 Formación médico-sanitaria y vicisitudes de la vida cotidiana en la Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz.**

De acuerdo con la organización de adiestramiento de personal en el año de 1949, los centros de higiene y estaciones de adiestramiento dependientes de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública que colaboraban con la Escuela de Salubridad e Higiene, en la formación de médicos, enfermeras e ingenieros especializados en la rama sanitaria, eran las ubicadas en Tacuba, México D. F., Xochimilco, D. F. y la de Boca del Río, Veracruz, aunque estaban otros centros que también auxiliaban las tareas de enseñanza; éstos estaban integrados a la Sección de Adiestramiento de la Dirección General de Servicios Coordinados de Higiene y Asistencia en Estados y Territorios y abarcaban una buena parte de los estados de la República Mexicana: Morelos, Hidalgo, Guerrero, Guanajuato (que tenía dos centros de adiestramiento), Querétaro, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, San Luís Potosí (que poseía dos centros de adiestramiento), Jalisco (también tenía dos centros de adiestramiento), Michoacán, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Colima, Veracruz (también contaba dos centros de adiestramiento), Tlaxcala, Oaxaca,

<sup>45</sup> AHSSA; F-SSA; S-SPR. ; C-23; Exp.-1.

Chiapas, Tabasco, Puebla, Nuevo León (igualmente tenía dos centros de adiestramiento), Chihuahua, Coahuila y Tamaulipas.<sup>46</sup>

Todo el adiestramiento sanitario-médico realizado en Boca del Río, Veracruz, estaba esencialmente coordinado por cuatro instituciones: La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública, El Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, La Escuela de Salubridad e Higiene<sup>47</sup> y la Universidad Nacional Autónoma de México.

La Escuela de Salubridad e Higiene impartió cursos para médicos, enfermeras e inspectores sanitarios, las clases se estructuraban de acuerdo al tipo del alumnado, ya fueran especialistas o técnicos en las ramas de salubridad o médica. Un ejemplo del standard de cursos fue el llevado a cabo en el año de 1947 en la Escuela de Salubridad e Higiene.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> Información extraída del Esquema de la organización de Adiestramiento de personal 1949. *Memoria de la S. S. A. 1947-1950, op .cit.* p. 39.

<sup>47</sup> De acuerdo a un informe del Doctor Argil C. en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, la Escuela de Salubridad había matriculado de 1947 a 1950, a 77 estudiantes en ciencia sanitaria, 25 en enfermería sanitaria y a 18 en administración y organización de hospitales. En los anuarios de las actividades de la Escuela de Salubridad e Higiene de 1945, 1946, 1947, 1949, 1952, 1957, 1959,1960 de esta institución revisados se establece que en el último semestre los alumnos se tenían que trasladar a las estaciones de estaciones de adiestramiento entre las que se encontraba la de Boca del Río Veracruz. El Doctor E. Harold Hinman, director de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública y sus compatriotas George Payne Wyman R. Stone, Frank T. Hogeland, Wilbur S. Downs, Alonzo E. Hardison, entre otros norteamericanos fueron profesores asociados y titulares en diferentes cursos, Hinman asimismo era vocal de la Escuela de Salubridad e Higiene.

<sup>48</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Anuario de las actividades que desarrollara la Escuela de Salubridad e Higiene durante el año académico de 1947 XXV Aniversario 1922-1947.* México. 1947. AHSSA: F-SSA; S- SubSyA; C-28; Exp.-5.

## Cursos de la Escuela de Salubridad e Higiene 1947.

<b>Médicos Sanitarios (4 trimestres)</b>	<b>Enfermeras Sanitarias.</b>	<b>Inspectores sanitarios.</b>
Bioestadística ( 2 trimestres)	Elementos sobre higiene y medicina preventiva. (30 hrs.)	Elementos de medicina preventiva e higiene. (50 hrs.)
Enfermedades profesionales e higiene industrial. (2 trimestres)	Nociones sobre nutriología y elementos de dietología. (30 hrs.)	Nociones sobre técnicas de trabajo social y relaciones con el público. (50 hrs.)
Nutriología. ( 3 trimestres)	Nociones sobre bacteriología y parasitología. (30 hrs.)	Nociones sobre educación higiénica. (20 hrs.)
Bacteriología.(3 trimestres)	Técnicas de trabajo social. (20 hrs.)	Elementos sobre administración sanitaria y legislación. (50 hrs.)
Parasitología (1 trimestre)	Nociones sobre higiene materno e infantil y puericultura. (30 hrs.)	Nociones sobre ingeniería e inspecciones sanitarias. (30 hrs.)
Sociología y técnica de trabajo social. (1 trimestre)	Principios y métodos de enfermería y administración sanitaria. (80 hrs.)	Higiene e inspecciones sanitarias de los alimentos. (50 hrs.)
Clínica de enfermedades infecciosas y parasitarias. (1 trimestre)	Principios y métodos de educación higiénica, incluyendo higiene escolar. (30 hrs.)	Nociones sobre bacteriología y parasitología. (20 hrs.)
Administración Médica y Sanitaria (3 trimestres)	Nociones sobre higiene bucal. (30 hrs.)	Laboratorio de bacteriología y parasitología. (40 hrs.)
Educación higiénica (1 trimestre y otro trimestre conjuntamente con higiene mental)	Laboratorio de dietología. (60 hrs.)	Prácticas de trabajo social. (40 hrs.)
Epidemiología ( 1 trimestres y otro trimestre conjuntamente con bioestadística)	Laboratorio de bacterología y parasitología. (60 hrs.)	Prácticas de inspecciones y visitas sanitarias. (60 hrs.)
Inmunología (1 trimestre)	Clínicas de trabajo social. (40 hrs.)	Instrucción práctica en alguna de las estaciones de adiestramiento. (2 semanas, 96 hrs.)
Ingeniería sanitaria (1 trimestre y otro trimestre de ingeniería sanitaria en saneamiento rural))	Adiestramiento en el campo en la estación de adiestramiento. (2 semanas, 72 hrs.)	
Higiene Materna e infantil (1 trimestre)		
Clínicas de malariología, tisiología, venereología, parasitosis.(1 trimestre)		
Medicina preventiva y fisiología aplicada a la higiene ( 1 trimestre)		
Higiene bucal (1 trimestre)		
Bacteriología e inmunología (1 trimestre)		
El cuarto trimestre le corresponde al adiestramiento en el campo. 360 horas total.		

También en la Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, se impartieron cursos especializados para médicos nacionales y extranjeros de universidades e instituciones públicas y privadas, además de que se impartieron cursos rápidos para médicos, enfermeras y oficiales sanitarios que trabajaban en la misma Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta situación nos refiere que era un lugar en que se desarrollaba la teoría y la praxis de los alumnos y pos-graduados de la Escuela de Salubridad e Higiene.

<b>Cursos impartidos de 1946 a 1947.</b>
a) Médicos.
Curso de malariología. [14 participantes]
Curso de parasitosis intestinales [21 participantes]
Curso de enfermedades tropicales [24]
Curso de ciencias sanitarias. [23]
Cursos cortos de salubridad pública [3]
b) Enfermeras sanitarias [ 11]
c) Oficiales sanitarios [20]

Un ejemplo de estos cursos, fue el realizado en el verano de 1949, para estudiantes norteamericanos del Collage of Medical Evangelist, cuyo presidente George T. Harding y el Secretario de Salubridad y Asistencia, Ignacio Morones Prieto realizaron los primeros arreglos para concertar dicho curso. Uno de los mayores obstáculos para que se llevara a cabo era la precariedad económica de los alumnos norteamericanos y la escasez de recursos económicos y materiales de la Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, que apenas alcanzaban para los estudiantes nacionales.

Las diversas negociaciones entre las autoridades norteamericanas y mexicanas culminaron con el acuerdo de que los estudiantes norteamericanos sufragaran cien dólares para cubrir los gastos de laboratorio y de la colegiatura, a cambio sólo se les cobró un dólar con cincuenta centavos por el uso de dormitorios. También se implementó que, para evitar enfermedades gastrointestinales, los visitantes llevaran su propio cocinero vegetariano. Los maestros fueron del Colegio de Posgraduados de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Escuela de Salubridad e Higiene.

Otra de las clases impartidas durante 1949 fue la de parasitosis intestinales, del 5 de septiembre al 1 de octubre de 1949. El curso estaba dividido en dos áreas: generalidades sobre parasitosis intestinales (principales) y protozoarios intestinales: amibas, ciliados, flagelados, que a su vez estaban divididos en seis módulos: parasitología, clínica, laboratorio, epidemiología y estadística, terapéutica y administración sanitaria.<sup>49</sup>

<sup>49</sup> Datos obtenidos en AHSSA; F- ISET; S- Dirección; C-3; Exp.-2.

Los profesores del curso fueron los doctores: Pilar Hernández Lira, Ramón Ojeda Falcón, Ignacio Sánchez Bravo, Rafael Díaz de León, Carlos M. Blanco, Raúl Sempe, Gabriel Garzón Cossa, J. Álvarez de la Cadena, Luís Molina Johnson, Vicente X. Nieto, Armando Bustos, Francisco Bernal, Horacio Díaz, Jaime Vives Ruiz, Luis Mazzotti G, Adrián Torres Muñon, Carlos Calero, Ramón Pintado y un extranjero, el distinguido epidemiólogo Prof. G. W. Lassmann, el biólogo Enrique Beltrán, además de los ingenieros sanitarios Procoro Millán y Roberto Rodríguez. También colaboró una mujer que no se menciona si era trabajadora social o enfermera, Petra Flores, que junto al doctor Ignacio Sánchez impartieron la materia de “Encuestas epidemiológicas”.<sup>50</sup>

En el año de 1951 nuevamente se impartió un curso exclusivo a estudiantes norteamericanos de la Escuela de Medicina Tropical de Loma Linda, California, en este tuvieron prácticas de campo en diferentes municipios de Veracruz: Alvarado, de la Piedra, Salinas y Tlacotalpan. Los alumnos y maestros fueron recibidos por los presidentes municipales, autoridades sanitarias de los Servicios Coordinados del Estado de Veracruz, y los funcionarios de la Comisión del Papaloapan.

El itinerario abarcaba visitas a un Centro de Higiene, a una planta de bombeo de aguas negras y otra de bombeo de aguas potables, todos estos lugares ubicados en Alvarado, además de trasladarse a otros sitios para conocer una fábrica de letrinas sanitarias, el Centro Médico de la Comisión del Papaloapan y el Antiguo Hospital Civil del Papaloapan. Este curso tuvo tanto éxito que se repitió por dos años.

En el segundo curso hubo algunos inconvenientes, ya que el Director de la Dirección de Cooperación Interamericana propuso la modificación de los planes de estudio, y que los trabajos de campo sólo se llevaran a cabo en las regiones que profesaran la religión evangelista. El doctor Ángel de la Garza Brito, director de la Escuela de Salubridad e Higiene, rechazó esta propuesta por poco seria y antipedagógica.

...aún cuando esta Escuela atiende y siempre toma en cuenta toda clase de sugerencias que se representan y las acepta cuando son pertinentes por razones obvias de orden, de unidad y de disciplina, asume sólo la responsabilidad y la orientación de los distintos cursos de enseñanza, ya que la intervención de otras oficinas establece confusiones y destruye la unidad de acción.<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Cfr. “Programas del Curso de Adiestramiento sobre Parasitosis Intestinales organizado en la Estación de Adiestramiento en Enfermedades tropicales de Boca del Río, Ver.” en el AHSSA; Fondo-ISET; S- D; C-1; Exp.-18.

<sup>51</sup> AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-34; Exp.-3.



Los profesores de la Escuela de Salubridad e Higiene se limitaron a impartir algunas conferencias y dejaron a la Dirección de Cooperación Interamericana la responsabilidad de este segundo curso.

El año de 1952 fue prolífico en clases de adiestramiento para médicos , enfermeras y oficiales sanitarios puesto que hubo tres cursos a lo largo del año que duraron aproximadamente dos meses cada uno : del 3 de marzo al 26 de abril, del 6 de mayo al 28 de junio y del 7 de julio al 30 de agosto, es importante destacar que estos cursos casi siempre se programaban en verano o en las vacaciones de primavera, para no interrumpir las labores regulares de los médicos y estudiantes.

La mitad de participantes de estos cursos eran enfermeras, la otra la constituyeron los médicos, oficiales y agentes sanitarios, desafortunadamente no se encontraron las materias que se impartieron, pero cabe suponer, que los maestros tuvieron cierta dificultad para unificar criterios para adaptar los contenidos de los planes de estudio a las aptitudes académicas de cada uno de los participantes en el proceso de aprendizaje.

La mayoría de los participantes vinieron de Veracruz, Guerrero, Tabasco, Chiapas, Oaxaca, y en menor medida de los estados del centro del país: Guanajuato, Hidalgo, Estado de México y Querétaro. Este dato destaca que los estados con más interés en los cursos de adiestramiento en enfermedades tropicales son aquellos que las padecían.

### Cursos de adiestramiento de 1952.

Fecha.	Especialidad.	Lugar de origen.	Mujeres/Hombres.
3 de marzo al 26 de abril de 1952.	8 enfermeras. 2 médicos. 3 oficiales sanitarios. 2 agentes sanitarios.	6 –Veracruz. 3-Guerrero. 2-Oaxaca. 1- Tlaxcala. 1-Guanajuato. 2-Tabasco. Total: 6 regiones.	8. Mujeres. 7. Hombres. Total: 15 asistentes.
6 de mayo al 28 de junio de 1952.	6 enfermeras. 4 médicos. 4 oficiales sanitarios. 1 agente sanitario.	3- Veracruz. 3-Chiapas. 2 –Hidalgo. 3-Guerrero 1-Tlaxcala 2-Tabasco 1-Estado de México. Total: 7 regiones.	6. Mujeres. 9. Hombres. Total: 15 asistentes.
7 de julio al 30 de agosto de 1952	8 enfermeras. 3 médicos. 2 agentes sanitarios. 4 oficiales sanitarios.	3 –Guerrero. 2-Chiapas 3-Veracruz. 1-Tlaxcala. 2-Oaxaca. 1-Veracruz. 1-Guanajuato. 1-Tabasco. 1-Valle de Santiago. 1-Querétaro. Total:10 regiones.	8. Mujeres. 9.Hombres. Total 17 asistentes.

Datos obtenidos de : AHSSA; F-SSA; S-SubA; C-25; Exp-2.

Otro de los cursos impartidos por el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales fue sobre Administración de Distritos Sanitarios, del 2 de septiembre al 18 de octubre de 1958; los asistentes fueron 18 médicos que tenían cargos directivos en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

De ese número de asistentes, sólo seis rebasaban los cuarenta años y seis los treinta años, los seis restantes eran menores de treinta años, esta circunstancia nos revela que eran un grupo de médicos jóvenes que a pesar de su edad y su corta experiencia profesional, ya tenían la responsabilidad de un cargo importante dentro de los Distritos Sanitarios del ámbito rural de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En cuanto a la procedencia académica de los asistentes, sabemos que once de ellos eran médicos egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México, dos del Instituto Politécnico Nacional, cuatro de Universidades estatales y uno más de la Escuela Médico Militar. Seis médicos cirujanos ostentaban una especialización, y de ellos seis en orientación sanitaria, y sólo uno en atención materno-infantil. David Trejo González, quien aparte de su especialización sanitaria tenía otra en Reumatología hecha en París.

Por lo que respecta a los cargos de estos médicos, sabemos que diez de ellos eran Jefes de Centros de Salubridad en los estados de: Zacatecas, Veracruz, Estado de México, Guerrero, Michoacán, Nuevo León y Nayarit; dos estaban adscritos a la Sección de Educación Higiénica de Culiacán, Sinaloa. Tres más, trabajaban en los Distritos Sanitarios de Chiapas, Baja California y Campeche. Hubo un doctor Jefe de la Unidad de Salubridad de Tepic, Nayarit, además de un Director del Hospital Civil de Tlapa, y por último un asesor auxiliar de la Dirección de Estudios Experimentales en Salud Pública.

### Cuadro informativo del perfil profesional de los alumnos.

Nombre y edad.	Preparación, y calificación final del curso.	Adscripción en la SSA.
1. David Trejo González, 32 años.	-Egresado de la Universidad de Guadalajara. -Especialidad en la Escuela de Salubridad. SSA. -Especialidad en Reumatología en la Universidad de París. * 8 de calificación.	-Médico D. Coordinador Tepic, Nay. -Jefe de la Unidad de Salubridad de Tepic, Nay.
2. Raymundo Moreno Navia. 27 años.	-Egresado de la Universidad de San Luis Potosí. *9 de calificación.	-Jefe del Centro de Juchipila, Zacatecas.
3. Juan Victoria Noriega. 49 años.	-Egresado de la UNAM. -Curso de adiestramiento de dos meses en el año de 1952, en la Estación de Boca del Río, Ver. *10 de calificación.	-Jefe de los Centros de Salubridad de Huamuxtitlán y Tlapa Gro. -Director del Hospital Civil de Tlapa.
4. Ricardo López Pavón. 54 años.	-Egresado de la UNAM. *7 de calificación.	--Jefe del Centro de Salubridad de Nanchitlán, Ver.
5. Armando Jiménez Vilaseca. 28 años.	- Egresado de la UNAM. *8 de calificación.	-Jefe del Centro del Vaso de Texcoco.
6. Luis Olvera Juárez. 29 años.	- Egresado de la UNAM. *9 de calificación	-Médico encargado de la Sección de Educación Higiénica de Culiacán, Sin.
7. Nicolás Vidales Tamayo. 40 años.	- Egresado de la UNAM. *10 de calificación.	-Médico encargado de la Sección de Educación Higiénica. Centro de Salud. Culiacán, Sin.
8. José Antonio Montoya. 38 años.	-Egresado de la UNAM. *9 de calificación	-Médico Auxiliar del Distrito de Cintalapa, Chis.
9. Rogelio Fermín Martínez. 32 años.	- Egresado del IPN. *9 de calificación.	-Médico en el Distrito Sanitario de Baja California.
10. José del C. Medina. 30 años.	-Egresado de la Escuela Médico Militar en México. * 8 de calificación.	-Médico Auxiliar del Programa del Distrito Sanitario de Campeche, Cam.
11. Francisco Pérez Turley. 37 años.	- Egresado de la UNAM. -Un curso de dos meses en el Centro Materno Infantil. *9 de calificación.	-Asesor Auxiliar de la Dirección de Estudios Experimentales en Salud Pública.
12. Luis Rodríguez Jáuregui. 29 años.	-Egresado de la UNAM. *8 de calificación.	-Jefe del Centro de Noschistlán , Zac.
13. José Miguel Carrión Herrera. 33 años.	-Egresado de la UNAM. *8 de calificación.	-Jefe del Centro de Zirándaro. Guerrero.
14. Roberto Cortés Marín. 42 años.	- Egresado de la UNAM. -Curso de Orientación Sanitaria en 1945. Guadalajara, Jal. *9 de calificación.	-Jefe del Centro de Tacámbaro Mich.
15. Lorenzo Velásquez Maya 39 años	- Egresado de IPN -Curso de Orientación Sanitaria. *9 de calificación	-Jefe del Centro de Sultepec, Mex.
16. Erasmo Viera Ortega 43 años	-Egresado de la Universidad de Nuevo León *10 de calificación	-Jefe del centro de salubridad de Grl. Zaragoza N.L.
17. Roberto Ledesma Zepeda 45 años	-Egresado de la Universidad de Guadalajara *7 de Calificación.	-Jefe del Centro de Santiago Ixcuintla Nay
18. Miguel Ángel Larre. - Edad	- Egresado de la UNAM. -Curso de Orientación Sanitaria. *8 de calificación.	-Jefe del Centro de Yautepec

Durante las capacitaciones, no todos los médicos iban a recibir las mismas materias debido a que el adiestramiento se dividió en dos cursos: el de Administración de Distritos Sanitarios y el de Orientación Sanitaria, al primero le correspondieron once alumnos y al segundo sólo siete.

Una de las dificultades para llevarse a cabo ambos cursos fueron las condiciones meteorológicas del lugar; sin embargo este inconveniente se pudo soslayar gracias al gran apoyo en recursos humanos, económicos y materiales otorgados por varias dependencias de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Se contó con la eficaz ayuda de la Unidad de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de Veracruz, de la Jefatura de Zona III de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo (CNEP), de la Dirección de Educación Higiénica, de la Dirección de Ingeniería Sanitaria, de la Dirección de Estudios Experimentales en Salubridad Pública, del Distrito Sanitario de Salubridad Integral "Los Tuxtlas", de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia de los Estados de Tlaxcala, Puebla, y México del Distrito Sanitario de Salubridad Integral de Celaya, Gto., de la Dirección General de Servicios Coordinados y del personal del Centro de Adiestramiento de Boca del Río, Ver.<sup>52</sup>

Estos cursos contaron con la exhibición de películas que tenían los siguientes títulos: "La cooperación internacional, Explorador en el espacio, La medicina atómica en Brasil, Casas de recreo infantil, Ciencia Popular, Arthur Rubinstein y Nuestros tiempos".<sup>53</sup>

A los alumnos en una evaluación final se les preguntó ¿Cuáles habían sido los factores que les habían impedido aprovechar mejor el curso? Y sus respuestas fueron interesantes, ya que la mayoría respondió que se deberían mejorar las condiciones del mobiliario del Centro, y en segundo lugar se quejaban del retraso de la entrega de becas y que el dinero no era suficiente, las demás objeciones se debieron a la deficiente alimentación, a los horarios rígidos, las enfermedades gastrointestinales que padecieron y a las condiciones del clima.

Otro tipo de cursos era impartido para las enfermeras y auxiliares de enfermería que, aunque tenían la mayoría una preparación mínima, fueron realmente el eje principal de todas las campañas sanitarias y de los trabajos de investigación puesto que eran ellas las que se enfrentaban a la resistencia de los pobladores, también eran las responsables de los trabajos de campo tales como: la vacunación o la recolección de muestras biológicas para los grandes

---

<sup>52</sup> AHSSA; F- ISET; S- D; C-3, Exp.-2.

<sup>53</sup> *Ibid.*

proyectos de investigación del ISET y del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Ver.

Por estas razones, era una prioridad para el personal del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, impartir cursos para las enfermeras, ejemplo de ello fue el Tercer Curso de Adiestramiento sobre Orientación Sanitaria impartido para auxiliares en enfermería del 2 de octubre al 30 de noviembre de 1959.

En este curso asistieron once enfermeras, la mayoría poseían una educación escolar básica y, sólo dos estaban iniciando sus estudios profesionales. Los cursos trataban temas como: clínica prenatal, asistencia médica-postnatal, clínica-postnatal, asistencia médica para adultos, tratamientos antihelmínticos y saneamiento ambiental. Al término del curso la evaluación de las enfermeras fue desfavorable porque la mayoría promedio menos de ocho y dos de ellas reprobaron con 5, además se calificó al curso en general con un 65% de aprovechamiento, de acuerdo a la información proporcionada pareciera que hubiera un cierto desprecio y discriminación de parte de los profesores a las enfermeras, porque tal vez se les exigió demasiado y no se consideraba su falta de preparación escolar.<sup>54</sup> Otro dato interesante es que las dos enfermeras que sí tenían estudios profesionales, también obtuvieron un promedio deficiente. Para corroborar esta apreciación, presentamos el cuadro de resultados en los exámenes.

<b>Alumnas.</b>	<b>Calificaciones.</b>
1.Lorenza Piña Juárez	6
2. María del Carmen Morales Ortega.	7
3.María de la Luz Aguilar Hernández	6
4. Petra Martínez Ramírez	6
5 Maria Luisa Leetch Reyes	6
6 Maria Navarro Escobar	7
7 Dolores González Escobar	6
8 Dolores González Méndez	7
9 Adelina García Carillo	5
10 Juana Palma Solórzano	7
11 Aída Torres Olvera	5

AHSSA: F-ISET, S-D, C-4, Exp. 4.

<sup>54</sup> Si consideramos que la enfermería en México inició formalmente en el Hospital General y en la Universidad Nacional Autónoma de México a inicios del Siglo XX, y continuó como programa nacional en 1934 en la Escuela de Salubridad, las estudiantes que se presentaban a estos cursos eran las primeras generaciones de enfermeras que cursaban una especialización en el área sanitaria y por la escasez de recursos humanos, los requisitos para ingresar a estos cursos eran mínimos, esta situación continuó hasta finales de la década de los 50'.

Algunas de las enfermeras protestaban de la excesiva teoría y poca práctica del curso, “que los maestros sean puntuales en sus clases para aprovechar el tiempo estipulado en el programa y que no excedan en las mismas hasta provocar el cansancio de las alumnas. Que las clases vayan a fin con la educación que cada alumna posee para un mejor entendimiento y mayor adaptación de las mismas.”<sup>55</sup> Sumado a esta problemática, las enfermeras se quejaban al igual que los alumnos de otros cursos de la falta de pago de sus subvenciones: era necesario “Designar una casa en la cual sean asistidas todas las alumnas para evitar que sean objeto de vejaciones por parte de los dueños de restaurantes donde van a alimentarse cuando no pagan oportunamente por la falta de sus becas.”<sup>56</sup>

Una constante en la Estación de Adiestramiento al igual que los demás departamentos del Centro de Higiene de Boca del Río, Veracruz, fue la carencia de recursos, sin embargo, siempre existió el entusiasmo y compromiso de los involucrados y la participación comunitaria de los pobladores. Cabe indicar que entre 1947 y 1949, Veracruz ocupó el primer lugar a nivel nacional en otorgar adiestramiento médico-sanitario para médicos, enfermeras y técnicos de la salud.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> AHSSA; F-ISET; S-D; C-4; Exp.-4.

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> Cfr., cifras en AHSSA; F-SSA; S-SubSyA; C-35; Exp.-1.

## **Conclusiones.**

Desde el Siglo XIX, los Estados Unidos de Norteamérica utilizaba diferentes tácticas para imponerse militar, económica y políticamente a las naciones americanas, paralelamente, impulsaba la doctrina panamericana para conseguir el sometimiento total latinoamericano, sin embargo, aunque en la primera circunstancia era poco lo que podían hacer estos países para defenderse, en el segundo plano, justo en el centro del panamericanismo, los estados latinoamericanos siempre expresaron su inconformidad a través de la Unión Panamericana y en los foros de las Conferencias Panamericanas.

Las intervenciones de resistencia de los representantes latinoamericanos quedaron registradas en las actas de sesión de cada conferencia panamericana, a pesar de esta evidencia documental, el panamericanismo es un concepto que a lo largo de la historia se ha interpretado (de manera recurrente) desde la perspectiva de que fue una política meramente imperialista que sometió a los pueblos latinoamericanos en beneficio del imperialismo, aunque en la praxis, esta política continental unilateral construida por los norteamericanos se convirtió en una negociación multilateral.

La resistencia latinoamericana restringió en gran medida al imperialismo y, en varias ocasiones, se impuso a su supremacía, ejemplo de esto fue que desde la primera conferencia panamericana se incluyeron para su discusión temas políticos que eran incómodos para los estadounidenses, porque estos asuntos estaban en contra de sus intereses geoestratégicos: la no intervención, la proscripción de la violencia, el rechazo al derecho a la conquista, la aceptación del arbitraje obligatorio, y el establecimiento de la igualdad entre naciones, estos tópicos siguieron persistiendo como exigencias auténticamente bolivarianas en todas las demás conferencias y, que con el tiempo, los mismos norteamericanos se adhirieron a ellos, no sólo reconociendo su origen latinoamericano, sino enarbolando al prócer venezolano.

Sí durante la época panamericana, en las conferencias de perfil político-económico la permanencia de las propuestas bolivarianas fue un quehacer cotidiano, en las reuniones de carácter sanitario, la cooperación continental todavía se dio de una manera más concreta y rápida. En un principio sólo se contemplaban los beneficios económicos del establecimiento de la vigilancia médico-sanitaria tanto en el mar como en la tierra para agilizar el comercio continental, sin embargo, en breve tiempo, los especialistas urgieron a los líderes del sistema

panamericano a aportar los recursos necesarios para enfrentar las necesidades epidemiológicas continentales que no podían esperar y, a iniciar la construcción de una infraestructura sanitaria acorde al nuevo modelo capitalista industrial del Siglo XX.

La primera tarea encomendada a las autoridades sanitarias de cada nación americana, fue que enviaran reportes de sus condiciones médico-sanitarias a la Oficina Sanitaria Internacional, con el fin de elaborar un proyecto médico-sanitario de alcance continental que enfrentara las situaciones más urgentes de la higiene pública. Por lo tanto, los estadistas panamericanos desde la Primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, a pesar de no tener el financiamiento suficiente, impusieron una serie de resoluciones prácticas que no requerían los grandes capitales para llevarlos a cabo, sino sólo la colaboración estratégica de todos los países del continente, eliminando acciones sanitarias innecesarias e imponiendo otras con base al nuevo conocimiento científico higienista para alcanzar el bienestar continental, aunque esta circunstancia afectara algunos intereses nacionales.

Algunas de estas acciones fueron las relacionadas con la reducción de las cuarentenas, la higienización de los puertos y fronteras, el ataque frontal a los vectores de contagio de la fiebre amarilla, de la peste bubónica, la fiebre tifoidea y el cólera asiático. Tales indicaciones provocaron cierto disgusto en algunos representantes latinoamericanos y norteamericanos que se rehusaban a acortar las cuarentenas arguyendo tesis poco serias; sin embargo, ante las sólidas argumentaciones de personajes tan importantes como el cubano Carlos Finlay, estas disposiciones fueron admitidas en poco tiempo.

La preparación académica de los médicos latinoamericanos fue un factor decisivo para orientar las negociaciones con los estadounidenses, ya que las resoluciones finales fueron producto de una discusión de alto nivel, más que por la influencia política o económica del expositor, algunos de los pioneros del sanitarismo panamericano más reconocidos fueron: Gregorio Aráoz Alfaro y Joaquín Llambías (Argentina), Bento Oswaldo Cruz (Brasil), Eduardo Moore, Carlos Graf y Atilio Macchiavello (Chile), Juan J. Ulloa y Solón Núñez F. (Costa Rica), Carlos Finlay, Juan Guiteras y Domingo F. Ramos (Cuba), Walter Wyman, Hugh S. Cumming, John D. Long, Bolívar J. Lloyd y Thomas Parran (Estados Unidos de Norteamérica), Arístides Agramonte (Honduras), Eduardo Liceaga, Alfonso Pruneda, Manuel Martínez Báez y Miguel Bustamante (México), Luís Manuel Debayle (Nicaragua) Carlos E. Paz Soldán y Sebastián Lorente (Perú).



Las prescripciones que llevaron a cabo los países signatarios del panamericanismo sanitario, no concedía excepciones, porque si alguna nación no las acataba el proyecto no funcionaría, ya que el cerco sanitario continental quedaría incompleto y cualquier Estado sería susceptible de una epidemia; por esta razón el eje de las negociaciones se centraba en convencer a los países renuentes de participar porque éstos intuían una posible amenaza a su soberanía al trasladar ciertos arbitrajes a la Policía Sanitaria Internacional, que finalmente desde su percepción, era una institución creada por el imperio, asimismo, había estados norteamericanos que de acuerdo a su ideología aislacionista no querían alianzas de ningún tipo con los latinoamericanos.

En 1907, La Tercera Conferencia Sanitaria Internacional significó un paradigma respecto a la idea original del sanitarismo panamericano, cuya preocupación principal era la de eliminar las restricciones sanitarias en los puertos y fronteras para fomentar el comercio continental; en esta conferencia se tomaron varias resoluciones tanto latinoamericanas como norteamericanas, que juntas alcanzaron un legítimo ideal médico-sanitario panamericano ajeno a los intereses exclusivamente económicos de sus respectivos países. A partir de esta reunión, la Organización Sanitaria Panamericana estableció en la teoría y la praxis una relación más estrecha entre las actividades sanitarias y las tareas correspondientes a la atención médica.

A partir de la Tercera Conferencia, hubieron varias propuestas con fines estrictamente científicos y en contra de algunos intereses políticos y económicos, ya que los delegados panamericanos acordaron estrechar sus vínculos con la Oficina Sanitaria Internacional de París, esta disposición transgredió en los hechos el aislamiento panamericano, asimismo, convinieron en sugerir la obligatoriedad de la vacuna contra la viruela como una medida preventiva a nivel continental, sin intentar violentar la soberanía de cada país; además, plantearon la excepción de impuestos en las sales de quinina y todos los utensilios necesarios para protegerse de los mosquitos y, aunque esta encomienda perjudicara algunas naciones, también promovieron la educación higiénica en escuelas y centros comunitarios populares, para evitar el contagio del paludismo y otras enfermedades. Asimismo, retomaron una idea de raíz latinoamericana que había surgido en reuniones médico-sanitarias continentales sin la presencia de los Estados Unidos de Norteamérica: la de nacionalizar y centralizar las autoridades sanitarias por medio de una legislación general.

A principios del Siglo XX, las tareas relacionadas con la higiene pública eran responsabilidad principalmente de las autoridades locales o estatales en la mayoría de los países americanos, por lo tanto la idea de centralizar las tareas sanitarias en una institución federal era una idea innovadora, que años después se estableció en Cuba, con excelentes resultados.

Ya para la primera década del Siglo XX, el sanitarismo panamericano poseía los primeros resultados de las medidas adoptadas anteriormente, por ejemplo: se tenía el control sobre algunas enfermedades como la fiebre amarilla y la peste bubónica en bastas regiones del continente, consecuentemente las autoridades sanitarias iniciaron una nueva etapa de investigación médico-sanitaria para comprender el comportamiento de los males tropicales y para elaborar medicamentos en su contra, por lo tanto, invirtieron más recursos económicos para el establecimiento de laboratorios y la preparación de expertos en parasitología y otras especialidades, cabe señalar que algunos países latinoamericanos desde finales del Siglo XIX, ya contaban con laboratorios o institutos de higiene, que competían con los mejores de los Estados Unidos de Norteamérica.

Otra característica positiva del panamericanismo sanitario era su altruismo, ya que existían resoluciones que abogaban por la asistencia médica y la dotación de medicamentos gratuita a los obreros; asimismo, se exhortaba a la construcción de alcantarillas, instalaciones para el agua potable y letrinas en las poblaciones marginadas sin afanes de lucro y como responsabilidad exclusiva del Estado o de sus ayuntamientos. Otro ejemplo de la colaboración continental para 1920, y a causa de que vivían en todos los países una gran cantidad de contagiados por los males venéreos, fue que las autoridades panamericanas exigieron a los gobiernos del continente exentar de impuestos los medicamentos de importación, específicos para combatir principalmente la sífilis, esta misma estrategia que se realizó a principios del Siglo con la medicina que servía para combatir el paludismo.

Una de las aportaciones más importantes del panamericanismo sanitario, fue la elaboración del Código Sanitario Panamericano, realizado en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana en la ciudad de la Habana en Cuba en 1924, bajo la supervisión de un norteamericano y un argentino el Dr. J. D. Long y el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, esta reglamentación fue el resultado de la negociación no sólo de los representantes de las Conferencias Panamericanas, sino de los estadistas que se reunieron en las convenciones sudamericanas y latinoamericanas de finales del Siglo XIX y principios del XX. Este Código

constaba de trece capítulos concernientes a evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas por medio de la notificación inmediata de brotes epidémicos y de informes de las condiciones sanitarias de cada país, además de la expedición de patentes de sanidad para los barcos, con las que demostraban que los lugares de donde zarpaban estaban libres de males infectocontagiosos, la vigilancia y clasificación de los puertos y buques de acuerdo a su situación epidemiológica, y el establecimiento de fumigaciones en los transportes marítimos y aéreos catalogados como infectados o sospechosos, y como medida preventiva la incorporación obligatoria de médicos en los buques.

Como ya hemos revisado, no todo era cordialidad en los foros panamericanos, pues existían temas en los que no estaban de acuerdo los delegados, un ejemplo de ello fue el concerniente al ejercicio de la prostitución, porque había naciones como México que argumentaban a favor de una reglamentación y por la legalización de este oficio, mientras otros países como los Estados Unidos de Norteamérica apoyaban la persecución de las trabajadoras sexuales y la abolición de cualquier tipo de norma que acogiera la prostitución, finalmente después de intensos debates en diferentes foros panamericanos, la posición norteamericana fue la que prevaleció a finales de la década de los 30'. Sin embargo, en otros temas como la discusión acerca de cuales eran los agentes de contagio de la fiebre amarilla, el punto de vista latinoamericano de defender la teoría de Carlos Finlay, de que sólo un tipo de mosquitos era el vector de transmisión, se impuso a la de algunos norteamericanos y latinoamericanos que argumentaban que había diferentes medios de infección, cabe señalar que también hubo un número importante de científicos estadounidenses que apoyaban la teoría del científico cubano. Basta señalar estos dos ejemplos para concluir que existía un compromiso profesional de los participantes, muchas veces ajeno a las actitudes económicas, políticas e ideológicas de sus respectivos Estados, y en consecuencia, había cierta objetividad en las decisiones finales.

En los años 30' se incluyeron asuntos nuevos en las Conferencias Sanitarias Panamericanas como: el estudio de los problemas relativos a la higiene industrial, la atención materno-infantil como obligación del Estado, la institución de una especialidad en medicina sanitaria, el establecimiento de campañas nacionales para combatir diversas enfermedades, la fundación de escuelas de salubridad pública, la educación sexual y la adopción de las nomenclaturas de causas de muerte y de la farmacopea estadounidense.

Los panamericanistas sanitarios al igual que sus colegas políticos, para finales de los 30's., también se habían extralimitado en sus objetivos originales, porque estaban interesados en cuestionar la estructura organizativa de sus propios países y la organización supranacional

que había surgido en el año de 1902, los delegados panamericanos señalaban a sus propias autoridades que al frente de las instituciones encargadas de las funciones sanitarias sólo debían colocar gente con preparación y con un salario justo, porque en muchas naciones latinoamericanas esta circunstancia no era la indicada, sino que se empleaba a individuos que por sus relaciones sociales ascendían a esos puestos sin tener la mínima idea de que trataba su labor médico-sanitaria; esta demanda fue incluida en las resoluciones de algunas conferencias en las que también exigían más equidad en la adjudicación de puestos en la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los estadistas panamericanos reconocieron que el bienestar de la clase trabajadora estaba íntimamente ligada a la salud pública y al engrandecimiento económico de las naciones, razón por la que pugnaban por instituir el seguro social en cada país americano, comedores públicos, viviendas higiénicas, además de promover la conveniencia de reunir los servicios de salubridad y asistencia social bajo el régimen de una sola autoridad, también señalaban que el campesinado latinoamericano era una clase productiva que estaba desprotegida, por lo tanto se debían crear servicios médico-sanitarios rurales, no sólo de responsabilidad local sino de interés nacional.

Las resoluciones panamericanas no se pueden definir como inspiradas exclusivamente en el modelo de salud pública estadounidense, porque algunas de ellas objetaban la organización sanitaria norteamericana, tal como el ideal panamericano de unificar las labores de salubridad y asistencia social en un organismo central, muy al contrario del modelo de los Estados Unidos de Norteamérica en donde no existía una estructura nacional que se impusiera a los ordenamientos locales y estatales, porque el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica tenía facultades restringidas internamente y sólo colaboraba en cuestiones referentes a la Sanidad Internacional, porque la organización política y económica de los Estados Unidos de Norteamérica históricamente era la de ser una comunidad totalmente federalizada y por lo tanto la centralización de las actividades de salubridad y asistencia era difícil de establecerse y conservarse por mucho tiempo.

Es importante insistir que el origen de la organización federal de los Estados Unidos de Norteamérica se remontaba a la época colonial, cuando llegaron a este territorio diferentes grupos de inmigrantes europeos que tuvieron la libertad de organizarse de manera independiente, por eso en cada región había un tipo de autoridad distinta, que era considerada como el poder supremo y que ninguna asociación con otras poblaciones menoscabaría su autoridad, esta autonomía se conservaría hasta el Siglo XX.

Esta soberanía estatal y la idea de la libertad individual, son parte de los principios básicos de la democracia estadounidense, los cuales fueron utilizados por los pobladores de este país para que ninguna autoridad ni local, ni estatal, ni mucho menos nacional les impusieran ordenamientos acerca de la higiene pública, porque no la consideraban un problema colectivo, sino de índole personal, por lo tanto era parte de su propio albedrío, y ninguna institución la podría violentar. Sin embargo, ante los graves problemas que ocasionaban ciertas epidemias, este paradigma ideológico se modificó en el Siglo XVII, al instaurar las autoridades locales las primeras medidas higiénicas obligatorias con la anuencia de los pobladores. Fue hasta el Siglo XIX que se instauraron las primeras Juntas Sanitarias locales, esta circunstancia nos da la certeza de que el desarrollo institucional de los servicios sanitarios norteamericanos fue paralelo al de otros países latinoamericanos.

Los primeros intentos para instaurar un órgano nacional encargado de la salubridad pública, ocurrieron a finales del Siglo decimonónico con el Servicio de Hospitales Navales de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica llamado con su nombre definitivo en 1912 como Oficina del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, esta institución en los hechos nunca fue la responsable directa de las acciones de salubridad, ya que la preeminencia siempre estuvo en los gobiernos estatales y locales, y ésta fue sólo garante de la higiene internacional e internamente de ordenamientos menores de salubridad que no afectaran las legislaciones de cada estado. Otra característica de la salubridad y asistencia social institucional en Estados Unidos de Norteamérica, fue que ambas actividades desde que surgieron nunca tuvieron un carácter benefactor sino de cofinanciamiento entre las autoridades y los pobladores, a mayor aportación monetaria de éstos últimos, mejores servicios tanto de infraestructura sanitaria como de prestaciones médicas.

La organización descentralizada médico-sanitaria norteamericana en la década de los 40's. en el Siglo XX, todavía tenía grandes rezagos como la de tener una cantidad limitada de médicos y enfermeras, además de una infraestructura hospitalaria deficiente y, por lo tanto, los servicios médicos-sanitarios proporcionados eran insuficientes no sólo en las poblaciones pobres sino en aquéllas que si contribuían con los gobiernos locales, ¿cómo se podría implementarse este inacabado modelo médico-sanitario norteamericano en América Latina? Por ello las propuestas y acciones llevadas a cabo en los foros panamericanos, eran una situación aparte de las políticas implementadas en cada país, incluyendo a los Estados Unidos de Norteamérica, porque en estas reuniones se discutía y se intercambiaban experiencias y conocimientos respecto a como mejorar la infraestructura sanitaria y la atención social, para

forjar con la participación de todos los médicos e ingenieros sanitarios tanto latinoamericanos como norteamericanos, una serie de medidas médicas y sanitarias que sirvieran de modelo en sus respectivos países y que serían sugeridas a sus gobiernos respectivos, las cuales podrían ser rechazadas o aceptadas por cuestiones económicas, políticas o sociales.

Un acontecimiento que obligó a cambiar la perspectiva de los gobiernos latinoamericanos y el estadounidense respecto a aceptar las aportaciones del panamericanismo médico-sanitario fue la Segunda Guerra Mundial. Este acontecimiento estimuló la tan ansiada unidad latinoamericana en diferentes aspectos políticos, económicos, sanitarios, médicos y sociales, ya que a través de la cooperación panamericana los Estados Unidos de Norteamérica tendrían la oportunidad de fortalecer su hegemonía en el continente, pero también los estados latinoamericanos presionarían a esta nación a financiar proyectos médico-sanitarios de acuerdo a sus necesidades y no sólo a la conveniencia del imperialismo norteamericano.

En la III Reunión de Cancilleres Americanos en Río de Janeiro realizada en 1942, se estableció que la salubridad y asistencia social serían dos temas primordiales en la estrategia de la defensa continental, unos meses después en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, los panamericanistas sanitarios elaboraron un plan de acción para integrarse al nuevo contexto histórico, en esta reunión el total de los integrantes coincidieron que el trabajo principal sería el de llevar a cabo todas las directrices del panamericanismo médico-sanitario a escala continental.

La experiencia de más de cincuenta años del panamericanismo médico-sanitario, fue fundamental para elaborar un proyecto continental de acuerdo a las necesidades y a los recursos tanto materiales como humanos con los que se disponía, éste estaría basado en el conocimiento previo de especialistas en la materia y no en trabajos improvisados elaborados por gente comisionada para paliar los desordenes ocasionados por las secuelas de la guerra. Por ello, ante la conflagración mundial de 1939, por primera vez en la historia del panamericanismo la mayoría de los países americanos adoptaron la política de unificar los servicios de salubridad con los de asistencia social en un organismo de carácter nacional como una disposición estratégica de defensa continental, éste tendría que sujetarse a la mayoría de las resoluciones teóricas y prácticas del panamericanismo sanitario elaboradas a lo largo de su historia, esta situación demostró que finalmente los gobernantes de los países americanos

admitirían que el proyecto panamericano era lo más adecuado para impulsar de una manera más vertiginosa la infraestructura médica-sanitaria y más en tiempos de guerra.

También los Estados Unidos de Norteamérica retomaron la propuesta latinoamericana de fusionar las tareas de salubridad y asistencia social en una sola institución: la Agencia Federal de Seguridad en 1939, porque era una manera inteligente de ahorrar recursos tanto humanos como materiales en un período de gran inestabilidad económica y política mundial, pero con la salvedad que el Estado norteamericano siempre respetó las decisiones de las jurisdicciones locales y estatales; asimismo, la instauración de este nuevo sistema de organización tuvo muchas dificultades para imponer cualquier tipo de legislación de carácter nacional, ya que existían estados de la Unión Americana que se opondrían porque este tipo de imposiciones era considerada como un intervencionismo a su propias leyes.

Mientras los estadistas sanitarios norteamericanos lidiaban con sus gobernantes locales y estatales para imponer ciertas normas elementales para combatir enfermedades y establecer servicios sanitarios, a nivel internacional el Estado Norteamericano asignó una estrategia de subvención para enfrentar la amenaza de que algunos países latinoamericanos realizaran vínculos económicos y políticos con los países del Eje, la cual consistía en enviar grandes sumas de capitales a sus vecinos del sur, y una de las vías más accesibles, fue la de apoyar las propuestas del sanitarismo panamericano porque eran asequibles y necesarias en un plan de emergencia continental, por lo cual, promovió junto a la Oficina Sanitaria Panamericana, las fundaciones americanas y las instituciones latinoamericanas, tres tareas principales: la instrucción de médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios, la construcción de centros de higiene y estaciones de adiestramiento especializadas en males tropicales, atención materno-infantil y enfermedades venéreas entre otras; además, apoyó la construcción de una infraestructura sanitaria en territorios vitales para la defensa militar continental o que tuvieran recursos naturales necesarios para la guerra, pero estas tareas no fueron suficientes de acuerdo a su política del "Buen Vecino" y su astucia imperialista, por lo tanto, este país tuvo su propio plan de colaboración con las naciones latinoamericanas que se basó en una relación bilateral con cada país, pero retomando el mismo proyecto médico-sanitario panamericano.

La diferencia entre la cooperación panamericana y los convenios bilaterales impulsados por los Estados Unidos de Norteamérica, fue que en la primera relación nunca se intervino directamente en la organización sanitaria interna de los Estados Latinoamericanos, porque la Organización Sanitaria Panamericana sólo prestaba asistencia económica o técnica; en cambio, en la segunda colaboración, la nación estadounidense se involucró en este aspecto y

también en la dirección y ejecución de los proyectos médico-sanitarios, por ello prescribió ciertos criterios como requisito para el otorgamiento de recursos económicos, en primera instancia exigió a cada país la instauración de un servicio cooperativo en salubridad pública dentro del ministerio federal encargado de las asuntos de salubridad, otra instrucción fue que esta unidad administrativa estuviera dirigida por un representante norteamericano del Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y otro del gobierno Mexicano y, la última ordenanza, fue que los Estados Unidos de Norteamérica y el país involucrado suministraran equitativamente los recursos necesarios para iniciar todos los proyectos en salubridad y asistencia social, de la misma forma los fondos se depositarían en una cuenta bancaria a nombre de estas dos autoridades, y el último precepto fue que los proyectos médico-sanitarios fueran poco onerosos y que se realizaran en corto tiempo, de acuerdo a estas condiciones este tipo de colaboración estaba diseñada para mantenerse temporalmente, de hecho persistió hasta finales de los 50'.

El Estado norteamericano tuvo mucho interés en convencer a las naciones latinoamericanas de que su mejor aliado económico y político durante la guerra eran los Estados Unidos de Norteamérica, por esta razón enviaban el apoyo financiero por un lado, y por el otro llevaban a cabo una campaña de difusión de los logros obtenidos por el panamericanismo médico-sanitario destacando la participación de los estadounidenses; asimismo informaban de las acciones médico-militares llevadas a cabo en este periodo especial, no sólo en América sino en Europa, y uno de los medios de comunicación más importantes utilizado para la propaganda pro-estadounidense sería el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La relación intrínseca entre las tareas médico-sanitarias y la estrategia militar norteamericana implementada de 1942 a 1945, fue descrita en cada número del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, y tuvo tanta importancia que se incorporó la sección: "Sanidad y Guerra", el interés de parte de la inteligencia militar en los asuntos relacionados con la salubridad y la medicina, no sólo era para cuidar y preservar la salud de sus tropas, porque los estrategias militares en sus relatos describieron minuciosamente la manera en que sus soldados enfrentaban no sólo las enfermedades y las condiciones adversas de sanidad sino como los militares se relacionaban con el entorno natural Europeo y el escenario bélico de la contienda, asimismo, es importante resaltar el énfasis que en el Boletín y otras publicaciones latinoamericanas se le daba a las acciones llevadas a cabo en los centros de higiene y estaciones de adiestramiento americanos dedicados a la investigación en enfermedades tropicales, por lo cual se concluye que los especialistas norteamericanos vislumbraban futuras



intervenciones en regiones inhóspitas y de climas tropicales, y por lo tanto, con el conocimiento de las experiencias vividas en Europa y en América, se lograría construir un proyecto militar médico-sanitario que colaboraría con la nueva estrategia imperialista de intervenir militarmente territorios posiblemente ubicados en Asia y que en un futuro estuvieran contagiados por uno de los males más temidos por los Estados Unidos de Norteamérica: el comunismo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los Estados Unidos de Norteamérica surgen como la primera potencia mundial, sus intereses económicos y comerciales se van ampliando y su relación con América Latina deja de ser su prioridad, por esta circunstancia sus aportaciones monetarias disminuyeron hacia la Organización Sanitaria Panamericana y se incrementaron para sus convenios bilaterales médico-sanitarios, porque al Estado norteamericano ya no le interesaba seguir fortaleciendo un sistema continental que estaba resultando crítico a su política imperialista, aunque esta nación lo hubiera creado y sostenido aproximadamente medio siglo; por otra parte, los estados latinoamericanos también le restarían importancia a la cooperación médico-sanitario, en consecuencia, inició el resquebrajamiento del panamericanismo sanitario.

Fred Soper, denunció la actitud de sus connacionales respecto al desinterés mostrado en continuar con el proyecto panamericano médico-sanitario, ya que no se cumplirían las grandes metas trazadas por éste porque las nuevas perspectivas sólo contemplaban medidas preventivas de manera regional y no la resolución de problemas a nivel continental, además de que la incorporación de la Organización Sanitaria Panamericana a la Organización Mundial de la Salud le daba un papel secundario a los especialistas en las decisiones trascendentales, porque los personajes que finalmente decidirían que tipo de proyectos y que presupuesto les correspondería serían las burocracias de la Organización de la Naciones Unidas y los dirigentes políticos de cada nación involucrada.

Cabe destacar que los Estados Unidos de Norteamérica, a pesar de su influencia económica, también tuvieron que negociar con los países latinoamericanos para concretar sus convenios bilaterales, porque por una parte se encontraron con la resistencia de algunos Estados latinoamericanos por mantener intacta su soberanía y por otra parte con la perseverancia de los representantes de la Organización Sanitaria Panamericana para que aceptara las actividades médico-sanitarias programadas por esta institución, por lo tanto, si este imperio no quería naciones enemigas en su propio continente, y si quería conservar el apoyo técnico de los especialistas americanos, tendría que convenir la manera de involucrarse

en cada país latinoamericano sin fragmentar la unidad panamericana, que era tan necesaria en tiempos de guerra. El Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, procuró que la instalación de la dirección de cooperación en salubridad pública en las dependencias latinoamericanas se llevara a cabo de acuerdo a sus requisitos, pero respetando también las disposiciones de los Estados latinoamericanos, además asumió el pago de salarios de sus jefes de misión y sus subalternos, para no mermar el financiamiento asignado al convenio bilateral, asimismo se consideraron las carencias de infraestructura sanitaria y médica de cada país, las resoluciones de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y el programa sanitario de defensa continental descrito en la III Tercera Reunión de Ministros en 1942.

Los representantes del Instituto de Asuntos interamericanos, tuvieron ciertas atribuciones ejecutorias para decidir junto a las autoridades nacionales, que tipo y cuantos recursos económicos y humanos se le adjudicaba a cada proyecto médico-sanitario, sin embargo es importante aclarar que los subsidios que otorgaba el Instituto de Asuntos Interamericanos eran sólo complementarios de los proyectos panamericanos establecidos por las autoridades del país, por lo tanto, la opinión de los estadounidenses era importante pero no definitoria, es esta la razón por lo que algunos personajes latinoamericanos y estadounidenses involucrados en dichos convenios consideraban que esta intervención extranjera no comprometió la soberanía de los países, aunque había opiniones contrarias a este análisis porque se argumentó que el sólo hecho de permitir la inserción de extranjeros en las dependencias nacionales contrariaba la soberanía de cada país, aún más si éstos intervenían en la elaboración de políticas en salud pública que sólo correspondía a los nacionales; por ejemplo, en México, el Senado de la República en la década de los años cuarenta, consideró que la cláusulas de este convenio bilateral no tendría ningún inconveniente respecto al tema de la soberanía, pero una década después, los representantes de la Secretaría de Relaciones Exteriores, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y de la de Secretaría de Recursos Hidráulicos argumentaron que esta relación bilateral si afectó en menor o mayor medida la soberanía del país a diferencia de la cooperación panamericana que respetó la autoridad política de cada país.

México canceló la colaboración bilateral en 1957 por dos razones, la primera era que el subsidio norteamericano era insignificante para llevar a cabo las tareas médico-sanitarias, y la segunda fue la que habíamos mencionado anteriormente, que de acuerdo a las nuevas autoridades mexicanas la intervención directa de los norteamericanos en la Secretaría de Salubridad y Asistencia resultaba bastante comprometedora para la soberanía del Estado

Mexicano, es importante subrayar que los funcionarios del Instituto de Asuntos Interamericanos desde un principio del convenio bilateral indicaron que su colaboración económica nunca sería mayor al 50% del financiamiento de los proyectos en cada país y que su colaboración se iría reduciendo proporcionalmente para dejar la responsabilidad total a los Estados Latinoamericanos, por ello la actitud de defensa de la soberanía nacional de algunos políticos mexicanos en la década de los 50 resultaba un poco tardía.

¿Pero cómo se inserta México en las políticas de salud pública panamericanas? El Estado mexicano desde finales del Siglo XIX armonizó las iniciativas panamericanas con las nacionales en materia de salud pública, porque es importante precisar que ambas no se contrariaban sino que se complementaban, cabe señalar que uno de los pioneros del panamericanismo sanitario fue el doctor Eduardo Liceaga, quien tenía los conocimientos necesarios porque había estudiado en la Escuela Nacional de Medicina de México y posteriormente, continuó su especialización en otras instituciones extranjeras, además de haber participado en diversas reuniones científicas en Latinoamérica, Europa y Norteamérica.

Liceaga como especialista tuvo grandes contribuciones respecto a la legislación sanitaria no sólo a nivel nacional y panamericano sino también en las iniciativas internacionales, porque desde finales del Siglo XIX, el Consejo Superior de Salubridad liderado por Liceaga había elaborado un Código Sanitario (1891), y a nivel práctico hizo una serie de quehaceres de estadística sanitaria, investigación acerca de diversas enfermedades en puertos y fronteras, construcción de drenajes en la capital, y obras de saneamiento, es decir este personaje no sólo tenía los discernimientos teóricos sino la praxis en las labores de la salud pública.

Por otra parte, Liceaga vislumbró que para México el sistema sanitario centralista era el más adecuado, porque nuestro país tenía una herencia colonial de este tipo, por lo tanto, este estadista junto con el Consejo Superior de Salubridad, ordenó la construcción de dos modernos hospitales generales en la capital : El Hospital General de México (1905) y el Manicomio General de México (1910), las dos instituciones tenían como objetivo recibir a la población pobre de manera gratuita, esta característica de altruismo estatal también fue una idea mexicana introducida al sistema panamericano. Cabe enfatizar que Liceaga y el Consejo Superior de Salubridad tenían como propósito convertir a México en el gran laboratorio de la teoría y praxis de la salud pública panamericana, pero adecuándola a las peculiaridades nacionales.

Años después, se concretó el ideal del doctor Liceaga en la legislación mexicana, la cual quedó plasmada en la Constitución del 5 de febrero de 1917, en la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado del 14 de abril de 1917 y en la Ley de Secretarías de Estado del 31 de diciembre de 1917. Se consideraron dos situaciones, por un lado la influencia de la doctrina panamericana, ya que se estableció un organismo central para las actividades de higiene pública y se especificaron sus funciones no sólo sanitarias sino de carácter médico, que se designó: Departamento de Salubridad Pública, y la otra fue que el Estado mexicano le dio la debida importancia a los asuntos de salud pública, porque se ordenó que el Consejo de Salubridad General, dependiera directamente del presidente, además que sus instrucciones serían forzosas en todo el país y, en caso de una epidemia grave, el Departamento de Salubridad Pública tendría la obligación y los derechos de dictar las medidas necesarias e inmediatas para evitar su propagación aunque después las ratificara el presidente.

El Estado mexicano cumplió con los dictámenes panamericanos, pero también contribuyó con iniciativas de carácter institucional y científico a esta organización, prueba de ello fue que construyó un proyecto de salud pública nacional basado en la experiencia panamericana, que se diferenciaba en algunos aspectos al llevado a cabo en los Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo la organización sanitaria mexicana pretendió llegar a ser totalmente centralizada, en cambio los Estados Unidos de Norteamérica mantenían sus servicios básicos de higiene pública en manos de sus instituciones locales, por consiguiente estas dos disyuntivas se encontraban en el escenario de las discusiones en los foros panamericanos.

Los médicos mexicanos y norteamericanos coincidieron que ante la carencia de recursos humanos, era necesaria la instauración de escuelas para galenos especialistas en salud pública. Con los auspicios de la Fundación Rockefeller, a principios del Siglo XX en sus respectivos países, se fundaron tres de las primeras academias del mundo: Escuela de Higiene y Salud Pública de Johns Hopkins (1918), Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (1922) y la Escuela de Salubridad en México (1922), esta política médico-sanitaria fue imitada por otros países latinoamericanos e incluida en las resoluciones finales de las conferencias panamericanas como una directriz a seguir.

Otro aspecto en que concordaban estas dos naciones era en la construcción de una infraestructura sanitaria elemental que impidiera condiciones ambientales adversas que contribuyeran a la propagación de males epidémicos, paralelamente a este trabajo se requirió de la fundación de instituciones científicas para estudiar la etiología, el tratamiento de las enfermedades y la puesta en marcha de campañas sanitarias en contra del paludismo, la fiebre

amarilla y otras enfermedades, por lo tanto, en los dos países se promovió la instalación de centros de higiene y estaciones de adiestramiento en enfermedades tropicales, es importante indicar que en ambos países ya tenían antecedentes de este tipo de establecimientos, pero de lo que se trataba en este nuevo ciclo fue que estuvieran ubicados en todo el país y no sólo en algunas regiones.

A finales de la década de los años veinte en México, en el Departamento de Salubridad Pública, se instauraron tres nuevas unidades administrativas que tenían que ver con el proceso de industrialización y las nuevas condiciones laborales de los obreros, la otra tenía relación con la política eugenésica y la última intentaba instruir al pueblo mexicano en las mínimas medidas de higiene para conservar su salud: el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social, el Servicio de Higiene Infantil, y el Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas e Intercambio, estas instancias se apegaron a los dictados de la Organización Sanitaria Panamericana.

Otra singularidad de la organización sanitaria mexicana fue que en la década de los 30's el mayor financiamiento a los Servicios Sanitarios Coordinados de los Estados siempre correspondió al Departamento de Salubridad Pública a través de su Oficina Central de Higiene Rural y Servicios Sanitarios en los Estados y otras direcciones, asimismo es importante destacar que había pobladores integrados a un sistema cooperativo rural parecido al norteamericano, en el que aportaban cierta cantidad de dinero y de acuerdo a su contribución sería la calidad de servicios, básicamente este régimen estaba situado en regiones agrícolas prósperas. En cambio en los Estados Unidos de Norteamérica, los estados, los gobiernos locales, y los residentes eran los que contribuían con más recursos monetarios y no la Oficina del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica.

En el período de Lázaro Cárdenas, se asumió la máxima de la Constitución de 1917 y del Primer Plan Sexenal, las que se referían a que el Estado era el responsable de la salud pública de los mexicanos, por ello durante su gobierno procuró instalar los servicios de salubridad y médico-asistenciales, a los pueblos más marginados de manera gratuita, y en aquellas regiones en las que sus pobladores pudieran contribuir lo continuarían haciendo.

A pesar de las aportaciones del panamericanismo, de la cooperación norteamericana y de los ideales de la Revolución Mexicana que buscaban alcanzar la salud para todos los mexicanos, a finales de la tercera década del Siglo XX este objetivo estaba lejos de cumplirse. Por esta razón el estado mexicano retomó el proyecto panamericano de unificar las actividades de salubridad y de asistencia en una secretaría de estado, este acontecimiento se llevó a cabo

durante la Segunda Guerra Mundial cuando el presidente Manuel Ávila Camacho decretó el 15 de octubre de 1943 la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que era una institución de carácter nacional que perduró hasta el año de 1985.

Es necesario enfatizar que en esta época el Gobierno mexicano fue pionero de diversas iniciativas teóricas y prácticas a nivel panamericano como la de iniciar un “Plan de Hospitales” en 1942, que tenía como objetivo la construcción de hospitales generales, hospitales regionales y locales en todo el territorio de la República Mexicana, que junto a la instauración del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad Asistencia, iniciaron una nueva etapa de protección estatal a la clase trabajadora mexicana, que benefició al creciente proceso industrializador y comercial iniciado a finales del Siglo XIX.

Otra justificación para la unificación de las actividades de asistencia social y salubridad en esa época, fue que las autoridades panamericanas consideraron que era una medida eficaz para movilizar recursos materiales y humanos de una manera más rápida y controlada, como medida de seguridad ante un posible ataque de las potencias del Eje, por lo cual se intensificaron las labores de adiestramiento e investigación en cuestiones indispensables para un estado en guerra como: el reconocimiento del territorio y sus recursos naturales, nutrición, enfermedades tropicales, higiene industrial, ingeniería sanitaria, higiene infantil, enfermería, medicina sanitaria y educación higiénica.

Estas acciones favorecieron a un acercamiento más horizontal en las relaciones políticas y económicas entre los países latinoamericanos y la nación norteamericana, porque la prioridad ante esta circunstancia era la organización de la defensa continental, por lo tanto, incentivar los trabajos en salud pública y en la infraestructura médica, se transformó en una necesidad estratégica militar y económica de todos los países del continente.

Por otra parte, en el convenio bilateral con los Estados Unidos de Norteamérica, las autoridades mexicanas y del Instituto de Asuntos Interamericanos de acuerdo al ideario de la defensa continental, impusieron las prioridades en la elaboración de trabajos referentes a la salud pública en México, sin embargo, cabe destacar que mientras el Estado Mexicano no tenía los recursos materiales y humanos suficientes, su intención era la de constituir una verdadera infraestructura hospitalaria y sanitaria en el país, mientras el Instituto de Asuntos Interamericanos a pesar de contar con el respaldo del Estado norteamericano, tendría finalidades más limitadas a trabajos médicos-sanitarios no onerosos y de corta duración, sólo

para afrontar las necesidades del momento histórico y las relacionadas con la seguridad nacional de los Estados Unidos de Norteamérica.

El Instituto de Asuntos Interamericanos estaba interesado en iniciar su proyecto de salud pública en comunidades mestizas que estuvieran en regiones con condiciones favorables para desarrollar la agricultura, la ganadería y la explotación de recursos naturales como el petróleo, porque a corto plazo sería una inversión redituable, porque México estaría comprometido y obligado con los Estados Unidos de Norteamérica a comerciar a bajos costos los recursos naturales ubicados en estas regiones, por lo tanto las pequeñas comunidades indígenas y mestizas alejadas de los centros urbanos y rurales fueron consideradas en un segundo plano, sin embargo, ante la intervención del Estado mexicano también se incluyeron algunas poblaciones no tan favorecidas en lo económico y en su biosfera, esta situación significó en los hechos que el Estado mexicano si negoció con el Instituto de Asuntos Interamericanos el tipo de proyectos y en que territorios se ubicarían.

De hecho uno de los planes más importantes del convenio bilateral entre los Estados Unidos de Norteamérica y México se realizó en un sencillo pueblo de pescadores como Boca del Río, Veracruz, este lugar fue seleccionado básicamente por su ecosistema, que era idóneo para la investigación e instrucción en enfermedades tropicales, cabe destacar que no sólo tuvo estas funciones sino que también sirvió como un centro de salud para esta localidad y las aledañas, esta institución imitó el modelo de la Secretaría de la Salubridad y Asistencia, ya que otorgó tanto servicios médico-sanitarios como asistenciales, en una etapa posterior para cumplir de una mejor manera estas tareas se construyó en las cercanías un Centro de Bienestar Social Rural.

El personal del Centro de Bienestar Social, tuvo como tarea principal la de contactar a los líderes de las comunidades para involucrarlos en las labores de educación higiénica popular, en las actividades médicas y en las tareas de construcción de infraestructura sanitaria; para lograr estos objetivos, se integraron a la organización interna de las poblaciones respetando sus usos y costumbres y acatando los ordenamientos de sus autoridades, asimismo los trabajadores del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, visitaban casa por casa a los lugareños, para invitarlos a que fueran periódicamente a revisiones médicas y a que participaran en la recolección de víboras para la elaboración de sueros, este tipo de reciprocidad comunitaria eliminó algunas actitudes prepotentes y discriminatorias de ciertas autoridades médico-sanitarias, que nunca habían tenido contacto directo con la gente humilde, pues tenían una

concepción errónea de ésta ya que la consideraban como ignorante, floja e incapaz de participar en ningún quehacer organizativo para lograr el bienestar general.

Por otra parte los campesinos y pescadores de esta región dejaron de lado los recelos que les ocasionaban los recién llegados al ser tratados como iguales y no sólo como receptores de la asistencia gubernamental, por lo tanto este intercambio de experiencias dejó varias enseñanzas, una de las más significativas fue que cualquier labor gubernamental en comunidades rurales debe realizarse de manera multidisciplinaria y con un proyecto en salud pública que respete la cultura de las comunidades.

La Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública integró al Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, en un proyecto nacional de enseñanza médica y sanitaria, que lo vinculó a varias instituciones educativas, de investigación y hospitalarias a nivel nacional, local y regional, con la intención de que auxiliara la preparación de los futuros médicos, enfermeras e inspectores sanitarios que se integraron posteriormente a los nuevos hospitales generales, estatales y regionales hechos por el "Plan de Hospitales" elaborado por Gustavo Baz, lo cual colocó a México como pionero en la construcción de una infraestructura hospitalaria moderna, cuya pauta siguieron los otros países americanos incluido los Estados Unidos de Norteamérica. Cabe subrayar que ante la escasez de recursos financieros en las universidades e instituciones latinoamericanas y algunas norteamericanas la cantidad de alumnos extranjeros que asistieron al Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, fue mucho menor, ya que este Centro no podía subvencionarlos por lo exiguo de su presupuesto.

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Ver., fueron realizadas con pocos recursos económicos, materiales y humanos, sin embargo, eran esenciales para las investigaciones llevadas a cabo por el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el Instituto de Higiene Nacional y las campañas nacionales en contra de las enfermedades tropicales. Los médicos, enfermeras y oficiales sanitarios aparte de sus labores cotidianas de atención médico-sanitaria en este establecimiento, para contribuir con los trabajos de carácter científico, salían al campo para invitar a los pobladores a vacunarse o a participar en una encuesta necesaria para algún estudio llevado a cabo en el mismo Centro o en colaboración con otras instituciones, también realizaban labores de convencimiento para que los campesinos y pescadores se dejaran tomar muestras de sangre para detectar ciertas enfermedades,



asimismo lograron persuadirlos a participar en los trabajos prácticos como la recolección de serpientes o la construcción de infraestructura sanitaria, como drenajes o letrinas.

Las investigaciones sobre enfermedades endémicas, a pesar de sus excelentes resultados, fueron las primeras actividades que se cancelaron en el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz, en la década de los sesenta, esta política fue impuesta a todos los centros de higiene instalados en la República Mexicana, y con esta nefasta decisión las autoridades mexicanas obstruyeron una de las posibilidades para realizar ciencia nacional.

El personal de base del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades tropicales de Boca del Río, Veracruz nunca rebasó las 20 personas, la mayoría tenía un salario limitado y poca preparación académica, pero esta situación no significó una limitante, ya que su compromiso social fue inmejorable, esto se demuestra porque este Centro fue reconocido a nivel mundial por sus contribuciones a las investigaciones epidemiológicas realizadas en cooperación con el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el Instituto de Higiene y la Universidad Nacional Autónoma de México entre otras. El impacto social que alcanzó en la región a finales de la década de los cincuenta, evidencia que no sólo tenemos que rememorar la vida de los personajes de gran prestigio académico y el devenir de las grandes instituciones, porque atrás de ellos existieron personas sencillas o instituciones pequeñas que contribuyeron a las grandes tareas médico-sanitarias concretadas en este período, individuos que les correspondió el trabajo más difícil que era la de entablar el primer contacto con las comunidades y la de seguir sosteniéndolo a través de diversas tareas no sólo médico-sanitarias sino sociales. Por ello en este trabajo es substancial mencionar algunos de los nombres de los trabajadores del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río , Veracruz que participaron: María Engracia Robles, Roberto López Chávez, Cecilia Loyo Díaz, Alberto R. Ortiz, María Teresa Retolaza, Julián Rivera Salas, Juvenal González, Catalina Bautista, Luís Suárez Espinoza, José Rubén Navarrete, Narciso Castorena, Silverio Pérez Hernández, Bertha Márquez Vázquez, Aurea Zavaleta y Juan Rodríguez Borjas

El abandono institucional del Centro de Higiene y Estación en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz inició cuando la cooperación técnica y financiera de las instituciones federales y el Instituto de Asuntos Interamericanos termina y se traslada al gobierno estatal y local, esta circunstancia evidencia que cuando se quiere implementar el modelo norteamericano de atención médica social federalizada, los nuevos responsables no asumen o

no pueden sostener económicamente esta institución y en consecuencia varias de las actividades médico-sanitarias fueron rescindidas y, lamentablemente este establecimiento diseñado como parte de un proyecto panamericano y nacional, se convirtió a través de los años en un centro de salud de carácter regional sin mayor trascendencia.

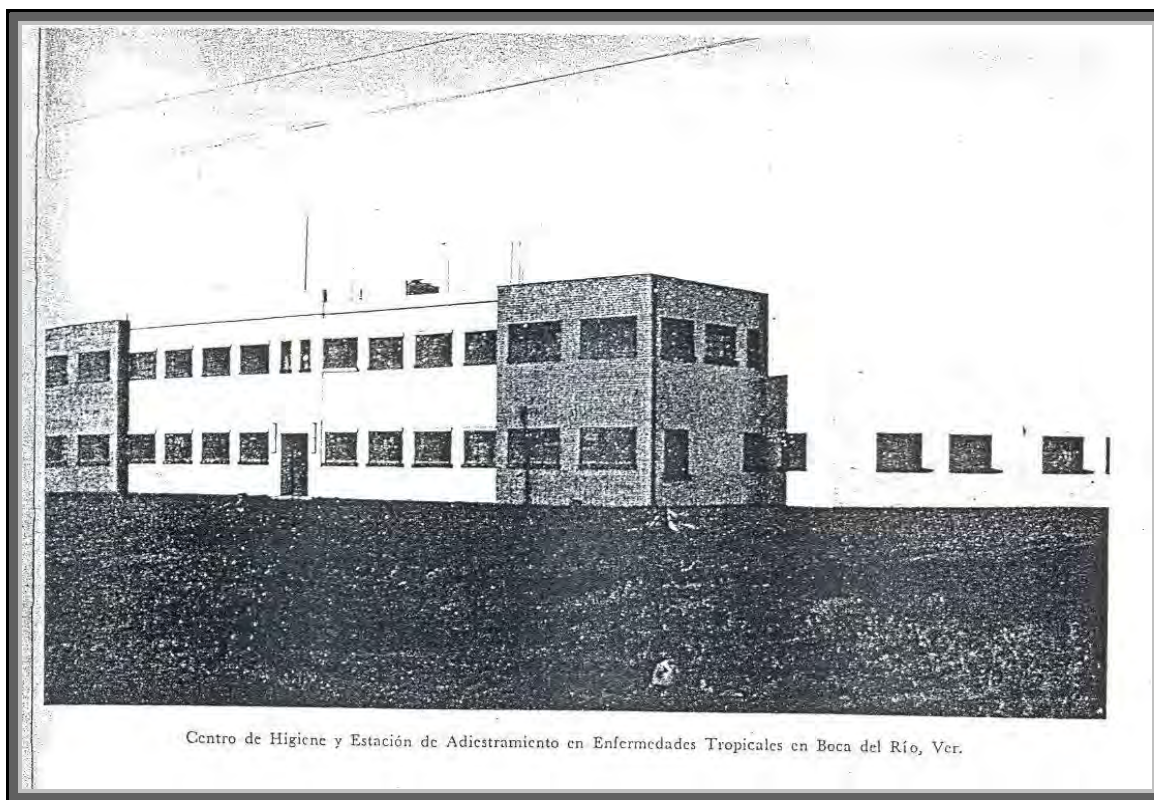
Esta situación evidencia de manera categórica que el modelo médico-sanitario panamericano era diferente al norteamericano, ya que el primero era una creación no sólo de los vecinos del norte, sino que a lo largo de más de medio siglo los latinoamericanos contribuyeron con propuestas desde su peculiaridad histórica y su posición de resistencia política.

En México, nunca se logró imponer el modelo médico-sanitario norteamericano, porque desde inicios del siglo XX en las conferencias latinoamericanas y panamericanas, esta nación siempre sustentó la iniciativa de instituir un órgano central responsable de las actividades de salubridad y asistencia social, además en este país históricamente la centralización de funciones estaba muy arraigada, pero como las cuestiones sanitarias no eran consideradas como primordiales, los garantes de la salubridad eran los ayuntamientos, pero al instituirse el Departamento de Salubridad Pública en 1917 esta situación cambió paulatinamente, hasta que lo local no determinó más las políticas en esta materia, sino que sería la institución central la que finalmente concretó las políticas a seguir con la colaboración de los gobiernos estatales y locales. Aunque este modelo tiene ciertos aspectos del modelo norteamericano, como la del establecimiento de los servicios médicos cooperativos en los cuales los pobladores radicados en zonas de cierto desarrollo económico contribuían financieramente con el gobierno para la dotación de servicios, esta situación no era la predominante, por ello concluimos que México se apropió de la doctrina panamericana médico-sanitaria y la materializó a principios de la Segunda Guerra Mundial y la continuó hasta el año de 1985, en que el Estado mexicano, obedeciendo a organismos internacionales financieros, intenta imponer el modelo estadounidense de descentralización y de asistencia médica privada.

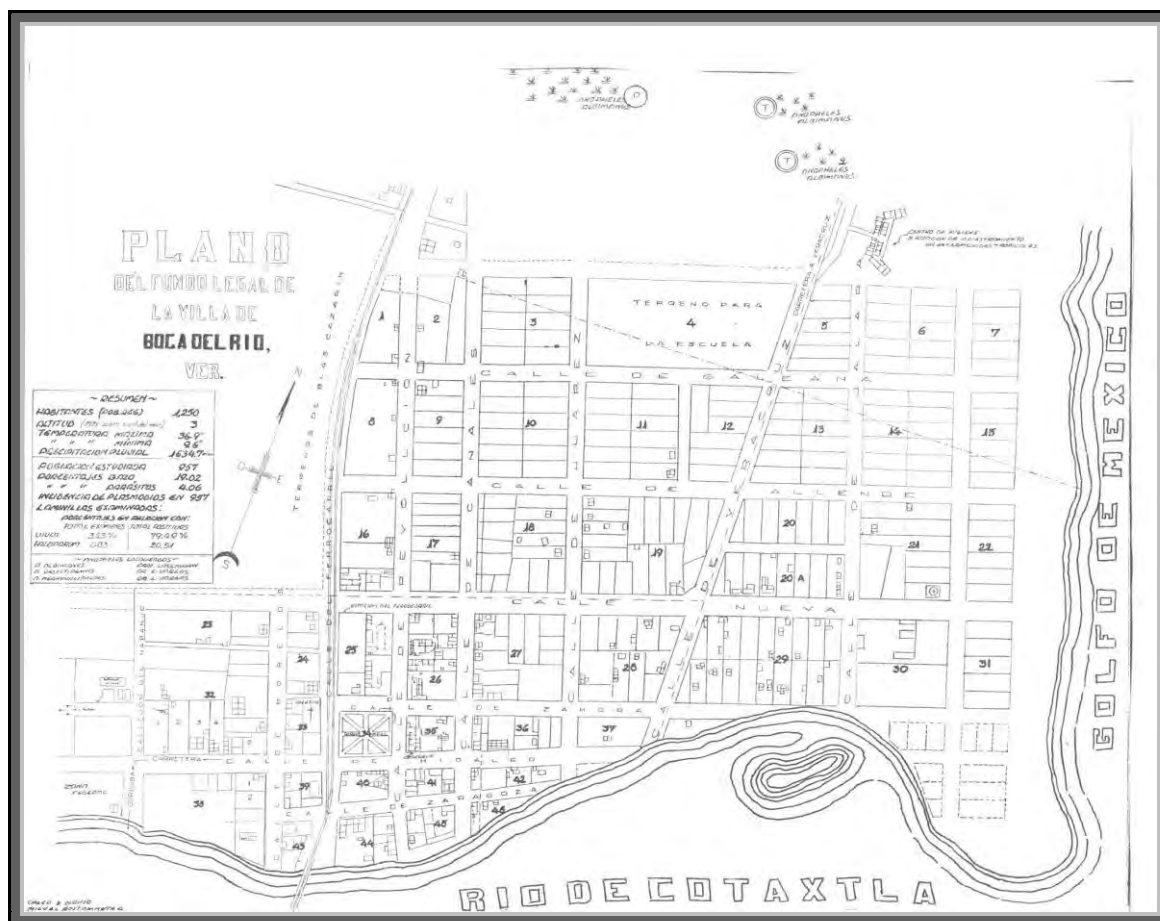
Conocer la evolución histórica de la salud pública desde una perspectiva panamericana, nos ayuda a comprender que existieron iniciativas propias respecto a estos temas y que no solamente los latinoamericanos y estadounidenses nos apropiamos o imitamos las iniciativas europeas, sino que en muchas ocasiones también los americanos aportaron ideas y recursos innovadores para la resolución de problemas higiénicos y médicos a nivel mundial.

Durante la época del panamericanismo, se estableció al principio una política sanitaria continental que respondía a las necesidades del mercado, sin embargo, no pasaron muchos años para que en la Oficina Sanitaria Panamericana, en las Conferencias Sanitarias Panamericanas y en los Estados nacionales, se ubicara a la salubridad y el derecho a la salud como un fin, y no sólo como un medio. Esta nueva concepción fue adoptada tanto por el centro dominante, como por la periferia.

El desprecio hacia la doctrina panamericana, nos impide valorar el gran trabajo llevado a cabo desde finales del Siglo XIX y mitad del Siglo XX, por los higienistas, médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios latinoamericanos y norteamericanos, cuyas acciones tanto teóricas como prácticas fueron construyendo las bases de uno de los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud.

**Anexos.****Fachada del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales en Boca del Río, Veracruz.**

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1947-1950*. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1951. pág.109.



**Plano de la Villa de Boca de Río, Veracruz. Calca y dibujo del Doctor Miguel Bustamante, en el cual se aprecia en la esquina superior derecha, el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de este lugar.**

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Salubridad e Higiene, Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*. Tomo V, febrero de 1949. Núm. 48, pág. 71.



**Instructores y alumnos de los cursos de Administración de Distritos Sanitarios y Orientación Sanitaria, colocados en frente de la fachada principal del Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales en Boca del Río, Veracruz.**

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo; Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales; Sección-Dirección; Caja-3; Expediente -2. Foto 5.



**Los doctores (al frente, con batas blancas) Gerardo Varela, Manuel Martínez Báez y Ángel de la Garza Brito acompañados de otros personajes afuera del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.**  
Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo-Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales; Sección-Dirección; Caja- 1; Expediente-1. Foto 1.

## Bibliografía.

- Aguilar Monteverde, Alonso. *El panamericanismo de la Doctrina Monroe a la Doctrina Johnson*. México, Cuadernos Americanos, 1965.
- Alba, Pedro de. *De Bolívar a Roosevelt democracia y unidad de América*, México, Ediciones Cuadernos Americanos 15, 1949.
- Álvarez, Herminia. *Informe General sobre la Exploración Sanitaria del Municipio de Boca del Río, Ver.*, Tesis de médica cirujana y partera. Facultad de Medicina. México, UNAM, 1945.
- Bemis Flagg, Samuel. *La diplomacia de Estados Unidos en la América Latina*. México, (Sección de Política de Relaciones Internacionales), México, Fondo de Cultura Económica, 1944.
- Blanco Bombona, Rufino (Introd.) *Simón Bolívar, escritos políticos*, México, Editorial Porrúa (Sepan Cuantos, 495), 1999.
- Bolívar, Simón. “Cartas del libertador en el período comprendido entre el 3 de agosto de 1825 al 16 de febrero de 1828, al señor J. Hipólito Unanúe el 25 de noviembre de 1825 en Lecuna, Vicente (comp.). *Simón Bolívar. Obras Completas*, Tomo III. Colombia. Ecoe Ediciones. 1979.
- Bolívar, Simón. “Reflexiones sobre el estado actual de la Europa con Relación a la América. Gaceta de Caracas, no. 74 , jueves 9 de junio de 1814” en Lecuna, Vicente (comp.) *Simón Bolívar. Obras Completas*, Vol. VI, México, Editorial Cumbre.
- Bosch, García, Carlos. *La base de la política exterior estadounidense*, México, UNAM-Filosofía y Letras. 1975.
- Cerutti, Horacio y Mario Magallón. *Diccionario de filosofía latinoamericana*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, 2000.
- Cervantes González, Domingo G. *Breve reseña histórica de la lucha antipalúdica en México*, México. Imprenta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979.
- Connel-Smith. Gordon. *El sistema Interamericano*, México, Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Consejo Superior de Salubridad. *La salubridad e higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos*, México, Casa Metodista de Publicaciones, 1910.
- “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917)” en *Enciclopedia de México*, Tomo III, México, Enciclopedia de México, 2000.
- Cruz Mundet, José Ramón. *Manual de archivística*. España, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 1999.
- Cuevas Cancino, Francisco. *Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas 1826-1954. El Genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas*, Tomo I, Caracas, Talleres de la Editorial “Ragon” C. A. 1955.
- Cueto, Marcos. *El valor de la salud, Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2004.



Departamento de Salubridad Pública. *Memoria que reseña las actividades del Departamento durante el ejercicio fiscal de 1941 bajo la gestión del Dr. Víctor Fernández Manero*, México, Departamento de Salubridad Pública, 1942.

Dirección General de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos. *Organización y funcionamiento de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1951.

Donovan, Frank. *Historia de la Doctrina Monroe*, México, Editorial Diana S.A. 1966.

Ducheim, Michel. "Características, estructuras y funciones de los archivos históricos" en *Pensamiento Universitario* núm.33. México, Universidad Nacional Autónoma de México, s.f.

Fernández Shaw G. Felix. *La Organización de los Estados Americanos*. Madrid. Ediciones Cultura Hispánica. 1959.

García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez. *En Busca de la raza perfecta eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*, España, CSIC, 1999.

Halperin Dongui, Tulio. *Historia contemporánea de América Latina*, México, Alianza Editorial, 1988.

Heredia Herrera, Antonia. *Archivística general, teoría y práctica*. España, Diputación Provincial de Sevilla, 1987.

Hernández Solís, Luis. *El panamericanismo una moderna interpretación*, Tesis de derecho Facultad de derecho, México, UNAM, 1944.

Hughes H. Lloyd. *Las misiones culturales mexicanas y su programa*. Paris, UNESCO, 1951.

Koroliov. N. "El panamericanismo entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial" en *El panamericanismo su evolución histórica y esencia* (América Latina: estudios de científicos soviéticos), Moscú. Academia de Ciencias de la URSS. 1982.

Leland M. Goodrich, y Marie J. Carroll. *Documents on American Foreign Relations*, vol.VI, July 1943-june 1944, Boston, World Peace Foundation, 1945.

Mac-Lean, Estenós, Roberto. *La Eugenesia en América*. México. Biblioteca de Ensayos Sociológicos Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Cuadernos de Sociología, 1952.

Marichal, Carlos. *México y las Conferencias Panamericanas 1889-1938, antecedentes de la globalización*. México. Secretaría de Relaciones Exteriores, 2002.

Martínez Cortés, Fernando. *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas, los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, México, Bristol-Myers Squibb de México S.A de C.V, 1993.

Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa. *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*, México, SmithKline Beecham, Casa de Vacunas, 2000.

Martínez Cortés, Fernando y Xóchitl Martínez Barbosa. *El Consejo Superior de Salubridad rector de la Salud Pública en México*, México, Smithkline Beecham México, Casa de Vacunas, 1997.

Morales E., Salvador. L. *Primera Conferencia Panamericana, raíces del modelo hegemónico de integración*. México, Centro de Investigación Científica A.C., Jorge L. Tamayo, A. C, 1994.

Morales Pérez, Salvador. *José Martí. Textos de combate*, México, UNAM, 1980.

Palavicini, F. Félix. *Historia de la Constitución de 1917*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, Talleres de Prisma Mexicana S. A, 1987.

Peredo Castro, Francisco. *Cine y Propaganda para Latinoamérica, México y Estados Unidos en la encrucijada de los años cuarenta*, México, UNAM, CCyDEL, CISAN, 2004.

Rosen, George. *De la policía médica a la medicina social*. México. Siglo XXI, 2005.

Secretaría de la Asistencia Pública. *Informe de labores 1942-1943 presentado al H. Ejecutivo de la Unión, por el Dr. Gustavo Baz, Secretario del Ramo*. México, Talleres Gráficos de la Nación, s.f.

Secretaría de Recursos Hidráulicos. *Informe de labores de la Secretaría de Recursos Hidráulicos, del 1 de diciembre de 1946 al 31 de agosto de 1947*. Volumen I. México. Talleres Gráficos de la Nación. 1947.

Secretaría de Relaciones Exteriores. *Conferencias Internacionales Americanas. 1889-1936. recopilación de tratados y otros documentos, recopilación de los tratados, convenciones, recomendaciones, resoluciones y mociones adoptadas por las siete primeras Conferencias Internacionales Americanas, La Conferencia Internacional Americana de Conciliación y Arbitraje y la Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz; con varios documentos relativos a la organización de las referidas conferencias*. México, Secretaría de Relaciones Exteriores, 1990.

Secretaría de Relaciones Exteriores. *La participación de México en la Sexta Conferencia Internacional Americana, Informe General de la Delegación de México*. México, Imprenta de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1928.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Compendio histórico, estadísticas vitales, 1893-1993*. México. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dirección General de Estadística Informática y evaluación. 1993.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene. *Anuario de las actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e higiene durante el año de 1945*. México, Escuela de Salubridad e Higiene, 1945.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene. *Anuario de las actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e higiene durante el año de 1946*. México, Escuela de Salubridad e Higiene, 1946.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene. *Anuario de las actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e higiene durante el año de 1947. XXV Aniversario 1922-1947*. México, Escuela de Salubridad e Higiene, 1947.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Escuela de Salubridad e Higiene. Año académico de 1949, curso de profilaxis de la tuberculosis. Dispensario antituberculoso central*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1949.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales *Anuario de las actividades que desarrollará la Escuela de Salubridad e higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales durante el año de 1949*. México, Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, 1949.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salubridad e Higiene e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales *Anuario de las actividades docentes que desarrollará la Escuela de Salubridad e higiene con la colaboración del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales durante el año de 1952*. México, Escuela de Salubridad e Higiene, 1952.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales *Anuario de las actividades docentes que desarrollará la Escuela de Salubridad e higiene con la colaboración del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales durante el año de 1957*. México, Escuela de Salubridad e Higiene, 1957.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Escuela de Salud Pública. *Anuario 1959 y 1960*. México, Escuela de Salud Pública, Talleres Gráficos de la Nación, 1960.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Escuela de Salud Pública. Anuario 1961*. México. Talleres Gráficos de la Nación. 1961.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Secretaría de Salubridad y Asistencia, esquema para el estudio de su evolución jurídico-administrativa*. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1983.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria del Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia*, Tomo I, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1947.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1943-1944, basada en el Informe de Labores presentado por el H. Ejecutivo de la Unión por el Dr. Gustavo Baz, Secretario del Ramo*. México. Talleres Gráficos de la Nación- SSA, 1944.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1944-1945*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1945.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1945-1946*, basada en el informe de labores presentado al H. Ejecutivo de la Unión, por el Dr. Gustavo Baz, Secretario del Ramo. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1946.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1947-1950*. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1951.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Memoria de labores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1952-1958*. México. Acmex. S. A.

Shepard, Jones y Denys P. Myers. *Documents on American Foreign Relations*, Washington, Vol. III. July 1940-June 1941, Boston. World Peace Foundation.

Sierra, Augusto Santiago. *Las Misiones culturales (1923-1973)*. México Biblioteca S.E.P. SEP-SETENTAS, 1973.

Sosa, Ignacio. (comp. e introd.) *Simón Bolívar, textos una antología general*. México, Secretaría de Educación Pública, UNAM. 1982, 291 p.

Starr, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México, Biblioteca de la Salud, FCE/SSA, 1991.

Suárez y López Guazo, Laura Luz. *Eugenesia y racismo en México*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

Vargas Olvera, Rogelio, et al. *Guía General de Fondos de la Secretaría de Salud*, México, Secretaría de Salud. 1993.

Yepes, J. M. *Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas 1826-1954. El genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas*, Tomo II. Caracas, Talleres de CROMOTIP, 1955.

Winslow Amory, Edward Charles. *Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud*. Washington, OMS, s.f.

Zea Leopoldo (coord. e introd.), *América Latina en sus ideas*. México, UNESCO-SIGLO XXI, 1993.

Zúbok, Lev. “Primeras Conferencias Panamericanas” en *El Panamericanismo su evolución histórica y esencia*, (América Latina: estudios de científicos soviéticos). Moscú. Academia de Ciencias de la URSS, 1982.

### **Hemerografía.**

Alfaro Guerra, Patricia Guadalupe. “El tratamiento médico a los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, en *Cuadernos para la historia de la salud*. México, Secretaría de Salud, 2003, pp. 59-86.

Aréchiga Córdoba, Ernesto. “Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934” en *DYNAMIS, Acta Hispánica. Medicinariae. Scintiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 25, 2005, pp. 117-144.

Aráoz Alfaro, Gregorio. “La causa de la infancia en la América” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.7, julio de 1942, pp. 637-639.

Baz, Gustavo. “Discurso pronunciado por el Dr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia en el acto inaugural del Congreso” en *Salubridad y Asistencia*. No.17 Tomo IV, septiembre –octubre de 1946, México, pp.23-28.

Baz, Gustavo. “Mensaje a las clases trabajadoras de la República” en *Asistencia*, órgano oficial de la Secretaría de la Asistencia Pública. No.8, Tomo II, abril de 1942, México, pp.3-4.

Bejarano, Jorge. “La salud y la educación, fundamentos de la democracia americana” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 25, núm.7, julio de 1946, pp. 588-597.

Birn, Anne-Emanuelle. “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)” en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist.* España, 2005, pp.279-311.

\_\_\_\_\_ “Las unidades sanitarias: La Fundación Rockefeller versus el Modelo Cárdenas en México” en *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, 1996, OPS/IEP, pp. 203-234.

Bustamante, Miguel. “Unidad Sanitaria Cooperativa de Veracruz. Informe anual de labores, desde su fundación, el 16 de mayo de 1929, al 31 de diciembre del mismo año” en *Salubridad, órgano del Departamento de Salubridad Pública*, Vol. 1, Núm.1, enero-marzo 1930. pp.145-146.

Campuzano, Francisco. “Defensa del reglamento de la Prostitución” en *Salubridad, órgano del Departamento de Salubridad Pública*, México. Vol. II, núms., 1, 2, 3, 4, enero a diciembre de 1931, pp.151-153.

Carrillo, Ana María. "Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940" en *DYNAMIS, Acta Hispánica. Medicinariae. Scintiarumque Historiam Illustrandam*, España, Vol. 25, 2005, p.145-178.

"Consultas, asistencia hospitalaria y médico social en Estados Unidos." en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 17, núm.9, septiembre de 1938, pp. 835-841.

"Consultas, asistencia médica rural en Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 12, diciembre de 1942, pp.1268-1274.

"Consultas, presupuestos de sanidad y asistencia en Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 10, octubre de 1945, pp.934-937.

D. Collins , Selwyn. "La organización de los servicios de estadística vital y sanitaria en el gobierno federal de los Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 5, mayo de 1945, pp.423-427.

De la Garza Brito, Ángel. "La enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene factor en la asistencia médico social" en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, julio de 1944, Washington, pp.607-618.

"Decreto que modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de la Asistencia Pública" en el *Diario Oficial* del 31 de diciembre de 1937, CV. Núm.15, Sección segunda, Artículo 3.

"Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública" en *Salubridad Pública, Salubridad y Asistencia*, Órgano de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Núm.3, mayo-junio de 1947, Tomo VII, México, pp.259-260.

Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos. *Boletín informativo, órgano de la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, Vol.1, enero de 1961, núm.1, pp.1-8.

Dunham, C. George. "The Cooperative Health Program of the American Republics" en *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, Washington, volume 34, august 1944 , number 8, pp. 817-827.

"Editorial, la erradicación del Aedes Aegypti y el control de la fiebre amarilla: cuatro años de un programa continental" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año.31, núm.4, octubre 1951, pp. 386-392.

"Editorial, paz y salubridad en las Américas" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año.26, núm. 9, septiembre de 1947, pp.807-811.

Fernández Manero, Víctor y Alberto P. León. "Algunos datos importantes sobre la salubridad en la República Mexicana" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, México, diciembre de 1941. pp. 1247-1250.

Hay. M, Charles. "Discursos pronunciados el 2 de diciembre de 1944" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, enero de 1945, Washington, año 24, núm. 1, enero de 1945, 27-28.

J. Lloyd, Bolívar. "Actividades Sanitarias en los Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 6, núm.6, junio de 1927, pp.441-474.

J.J. Bloomfield, " Progresos de la Higiene Industrial en la América Latina" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 36, núm.2, febrero 1954, pp.159-166.

J. Lloyd, Bolívar. “La administración Sanitaria por parte de las autoridades de los Estados tal como se práctica en los Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 6, no.11, noviembre de 1927, pp. 757-776.

Liceaga, Eduardo. “Discurso leído por el presidente del Consejo Superior de Salubridad de México al inaugurarse la Estación Sanitaria del Puerto de Veracruz el 11 de febrero de 1906” en el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª Época, Tomo XI, Núm.8, México, febrero 28 de 1906, pp.267-275.

“Primer Congreso Médico Latino-Americano” en el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª Época, Tomo VII, enero 31 de 1902, núm.7, México, Consejo Superior de Salubridad, pp.343-349.

Kober, Martín. “Progresos obtenidos en la conservación de la salubridad durante los últimos cincuenta años, breve historia de la higiene y de la sanidad” en el *Boletín Panamericano de Sanidad de la Oficina Sanitaria Internacional*, Washington, año. 2, núm.6, junio de 1923, pp.169-185.

“La Asistencia Médica en un Plan Nacional de Salud Pública” en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, México, mayo de 1945, pp.

“La Oficina Sanitaria Panamericana en la Conferencia de Chapultepec” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 4, mayo de 1945, pp. 397-398.

“México en estado de guerra” en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*. Vol. V, no.2, junio 1942, México, pp.162-165.

“La sanidad y la guerra, asistencia a la población civil” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 22, núm. 4, abril de 1943, p.340.

“La sanidad y la guerra, asistencia en el Estado de Nueva York” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 22, núm. 6, junio de 1943, p.521

“La sanidad y la guerra, bacteriófago terapia de la disentería en los campamentos militares”, en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 9, septiembre de 1942, p.885.

“La sanidad y la guerra, brote de ictericia entre los vacunados contra la fiebre amarilla” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 10, octubre de 1942, p.1004.

“La sanidad y la guerra, centros de tratamiento rápido” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 22, núm. 4, abril de 1943, p.341.

“La sanidad y la guerra, control de las venéreas durante la movilización en Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 4, abril de 1942, p.362.

“La sanidad y la guerra, cuerpo de defensa civil en Hermosillo, México” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.4, abril de 1942, pp. 365-366.

“La sanidad y la guerra, la cirugía en Pearl Harbor” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 4, abril de 1942, p.361.

“La sanidad y la guerra, la medicina en la guerra” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 22, núm.10, octubre de 1943, p.890.

“La sanidad y la guerra, la defensa pasiva en Estados Unidos” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm. 4, abril de 1944, p.338.

- “La sanidad y la guerra, la salud en el imperio de Hitler” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 9, septiembre de 1942, p.884.
- “La sanidad y la guerra, los servicios sociales en tiempos de guerra” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 4, abril de 1942, p.366.
- “La sanidad y la guerra, el servicio selectivo y la salud de la población estadounidense” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 4, abril de 1942, p.361.
- “La sanidad y la guerra, enfermedades tropicales” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm.1, enero de 1944, p.15.
- “La sanidad y la guerra, enseñanza de la medicina militar en las facultades de medicina” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm. 2, febrero de 1944, p.141.
- “La sanidad y la guerra, fuerzas armadas de Estados Unidos” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 22, núm. 12, diciembre de 1943, p.1139.
- “La sanidad y la guerra, inmunización en los asaltos aéreos” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.6, junio de 1942, p.588.
- “La sanidad y la guerra, movilización de la salubridad pública en México” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.8, agosto de 1942, p.794.
- “La sanidad y la guerra, orientación y preparación psicológica de los soldados” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm. 2, febrero de 1945, p. 146.
- “La sanidad y la guerra, procedimientos de urgencia en ingeniería sanitaria” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.10, octubre de 1942, p.1001.
- “La sanidad y la guerra, problemas médicos en la lucha en la selva” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 22, núm.3, marzo de 1943, p.236.
- “La sanidad y la guerra, problemas sanitarios en tiempos de guerra” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm. 5, mayo de 1942, p.469.
- “La sanidad y la guerra, ¿Qué es cirugía de guerra?” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm.3, marzo de 1944, p.241.
- “La sanidad y la guerra. Servicio médico-sanitario en Estados Unidos para la defensa de la población en caso de emergencia” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.3, Marzo de 1942, p.258.
- Martínez Báez, Manuel. “Cooperación internacional en salubridad” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 31 vol. XXXIII, núm.6, diciembre de 1952, Washington, pp.532-537.
- Moll A. Arístides. “Discursos pronunciados el 2 de diciembre Washington 1944” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 24, núm.1, enero de 1945, , pp.25-26.
- Moll A., Arístides. “Salud a las Américas” en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 23, núm. 9, septiembre 1944, pp.786-788.

Nieto X. Vicente. "Ensayo del valor de la paludrine en el tratamiento supresivo del paludismo en Boca del Río, Veracruz." en *Salubridad e Higiene. Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*, Tomo V, num.48, febrero de 1949. México, pp.73-85.

Nieto, X. Vicente, "Informe de encuesta malárica de Boca del Río, Ver", en *Salubridad e Higiene. Boletín de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*. Tomo V, febrero de 1949. Núm.48, México, pp. 43-71.

Parran, Thomas. "La sanidad pública en los Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 20, núm.12, diciembre de 1941, pp.1236-1241.

Parran, Thomas. "La sanidad en los Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 21, núm.8, agosto de 1942, pp.748-752.

Parran, Thomas. "La sanidad en los Estados Unidos" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm. 7, julio de 1944, pp.577-579.

Parran, Thomas. "Las escuelas de higiene y la salud nacional" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 23, núm. 4, abril de 1944, pp.324-331.

Parran, Thomas. "Problemas del Servicio de Salubridad Pública en Tiempos de Guerra" en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, México, Vol. V, No.2, junio de 1942, pp.150-152.

Primera Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 6, marzo de 1927, núm.3, Washington, Unión Panamericana, pp. 155-296.

Pruneda, Alfonso. "Documentos Oficiales" en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, México, año IV, núm.4, agosto de 1943, pp. 353-357.

R.O, Brien, Henry, "Oportunidades de becas para trabajadores de salubridad en los Estados Unidos" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 28, no.7, julio 1949, pp.669-680.

S.Cumming, Hugh. "El servicio de sanidad pública de los Estados Unidos, su organización y funciones" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 7, núm.12, diciembre de 1928, pp. 1443-1465.

"Segundo Plan Sexenal 1941-1946" en el *Boletín de Salubridad e Higiene*. Cuarto Trimestre. Volumen II, Núm.7 de 1939, México, pp.645-652.

Soper L.Fred, "Actividades de Salubridad Internacional en las Américas" en *el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 27, núm. 9, septiembre de 1948, pp.798-805.

Vieria de Campos, André Luiz. *The Institute of Inter-American Affaire and Its Health Policies in Brazil during World War II*. Presidential Studios Center for the Study of the presidency, Quarterly 28, no.3 (Summer), 1998.

W. G. Smillie. "Evaluación de un plan nacional de asistencia médica" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 25, núm. 3, marzo de 1946, pp.197-202.

W. G. Smillie, "La salubridad en Latinoamérica, un cuarto de siglo de progreso" en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington. Vol.29, núm.2, febrero, 1950, pp.171-180.



Williams Jr. Charles. “Evolución de los programas sanitarios bilaterales” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, vol. 37, núm.1, año 36, núm. 6, julio de 1954.

Valdés, Ulises. “Historia de la salubridad en México” en *Salubridad* órgano del Departamento de Salubridad Pública, México. Vol. I, Núm.1 enero-marzo 1930, pp.1387-1407.

Viniegra Osorio, Gustavo. “Condiciones generales sobre la salubridad en México” en *Salubridad y Asistencia*, México, tomo IV, núm.17, septiembre y octubre, 1946, pp.89-101.

“Zonificación sanitaria en relación con el personal técnico, proyecto aprovechamiento racional del personal técnico dentro de los Servicios Coordinados, ejemplificado en Veracruz” en *Salubridad e Higiene, Boletín de los Servicios Coordinados d Salubridad y Asistencia en el Estado de Veracruz*. Tomo IX, enero y febrero de 1954, números, 95 y 96, Jalapa, Ver.

Zozaya, José, “La atención médica en el medio rural mexicano” en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, año 26, núm.1, julio 1957, pp.49-60.

## **Archivos.**

### **Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores (AHSRE).**

Sección: Archivo General.

Catálogo de la Serie: Legajos Encuadernados (L.E.)

### **Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA).**

Fondo: Salubridad Pública.

Sección: Congresos y Convenciones.

Sección: Acuerdos presidenciales.

Fondo: Consejo de Salubridad General.

Sección: Medallas Eduardo Liceaga.

Fondo: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Sección: Subsecretaría de Salubridad y Asistencia.

Sección: Subsecretaría de Asistencia.

Sección: Secretaría Particular.

Fondo: Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

Sección: Dirección.

Sección: Laboratorios.

### **Archivo Histórico del Agua. (AHA)**

Acervo General.

### **Archivo Histórico de la Cámara de Senadores del Congreso.**

Ramo: Secreto.

Sección: Secretaría.

## Documentos Digitalizados.

Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 1, año 1902.

Segunda Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Segunda Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 2, año 1905.

Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 3, año 1907

Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 4, año 1909.

Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Quinta Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 5, año 1911.

Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 6, año 1920.

Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 7, año 1924.

Octava Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Octava Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 8, año 1927.

Novena Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Novena Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 9, año 1934.

Décima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. *Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas de la Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP*, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, Vol. 10, año 1938.

XI Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 11, año 1942.

XII Conferencia Sanitaria Panamericana” en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 12, año 1947

*Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol. 13, año 1950

Catorceava Conferencia Sanitaria Panamericana en *Biblioteca Sede OPS, Colección Digital CSP, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, Washington, Vol.14, 1954.