

La salud pública en las
relaciones internacionales:

**CAÑONES,
MERCANCÍAS
Y MOSQUITOS**



Rovere, Mario

La Salud Pública en las relaciones internacionales: cañones,
mercancías y mosquitos / Mario Rovere y Laura Sacchetti. - 1a.

ed. - Córdoba: El Ágora, 2011.

86 p.; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-26585-1-9

1. Salud Pública Internacional. I. Sacchetti, Laura. II. Título.

CDD 614

Fecha de catalogación: 21/07/2011

**La Salud Pública en las relaciones internacionales: cañones,
mercancías y mosquitos.**

Editor Responsable: Verónica González

Tapa: Ariel Marcel

Diagramación: Mariano Penacca

2º Edición Argentina de 500 ejemplares, julio 2011.

Impreso en Imprenta Tecnooffset.

Impreso en Argentina.

Esta edición se realiza bajo una licencia Creative Commons Atribución - No comercial 2.5 Argentina. Por lo tanto, la reproducción del contenido de este libro, total o parcial, por los medios que la imaginación y la técnica permitan sin fines de lucro y mencionando la fuente está alentada por los editores.

Editorial el Ágora

Elcano 3207 (C1426EJD)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel.:(+5411) 4551-8404

Mail: elagoraba@gmail.com

Web: www.elagora.org.ar

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en las VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Políticas de Salud, Instituto Gino Germani, UBA, agosto 2007.

Prólogo

Este trabajo se propone compartir con sus lectores un recorrido histórico por algunos escenarios que fueron afectados por grandes epidemias de fiebre amarilla: Buenos Aires (1871), Memphis (1878), el descubrimiento del origen vectorial de la enfermedad en La Habana (1898-1902) y la campaña de saneamiento durante la construcción del Canal de Panamá (1904-06).

El objetivo de tal recorrido es poder identificar la genealogía de los dispositivos que intervinieron en la construcción de medidas de salud pública, especialmente de puertos y fronteras, que marcaron las relaciones internacionales en el continente y que de alguna manera extienden su influencia hasta nuestros días.

Hacia 1870 una gran epidemia afectó extendiéndose por el río Paraná el sur de Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina.

Pocos años después otra epidemia llegó a Estados Unidos afectando ciudades a lo largo de la cuenca del Misisipi. Estos hechos influyeron en la convocatoria en 1881 de una Conferencia Sanitaria Internacional –la primera a realizarse en América– con el fin de instituir un sistema internacional de notificación sobre la real situación sanitaria en los puertos. A partir de la identificación del vector transmisor de la enfermedad y de la exitosa campaña en su contra conducida por médicos militares se moldean nuevas formas de hacer salud pública que mantendrán fuertes interacciones con la geopolítica del continente.

Se recurre a la investigación histórica abordando la revisión de fuentes primarias y secundarias. A fin de encarar de manera interdisciplinaria el trabajo, se incluyen diferentes voces: documentos textuales (periódicos, documentación oficial, bibliografía crítica), obras plásticas (pinturas, grabados), literatura y películas que tematizan el impacto de la fiebre amarilla en la época y forman un corpus heurístico para la comprensión polifónica del tema.

El trabajo implica un desplazamiento conceptual y metodológico de las perspectivas clásicas creando un marco que cambia el abordaje más endogámico de una “historia de la salud pública” para producir un descentramiento que permite comprender a “la salud pública en la historia” ofreciendo miradas complementarias capaces de articular diversos niveles de la totalidad social.

El seguimiento de la enfermedad permite comprender su carácter paradigmático en América en relación con las formas

concretas que adquiere la biopolítica como parte de la constitución de los estados modernos en la región: se trata de epidemias íntimamente asociadas con los fenómenos de urbanización, guerras, grandes obras de ingeniería y expansión del comercio marítimo.

Es durante el lapso de 1870-1906 –que forma parte del período histórico conocido como “imperialismo”, básicamente por la expansión de la influencia británica- que la epidemiología se consolida como ciencia y adopta un método indicial, detectivesco, para identificar los agentes patógenos y sus modos de transmisión.

Se encuentran aquí fuertes evidencias, a partir del descubrimiento del rol de los vectores, de la aplicación de una lógica militar para la puesta en marcha de las campañas sanitarias con la cobertura territorial de las áreas afectadas, medidas que se contraponen a las cuarentenas y al aislamiento prácticas más antiguas y arraigadas. Las contradictorias relaciones entre el comercio internacional y el control de las epidemias se manifiestan en diferentes registros incluyendo la creación de un organismo sanitario internacional especializado que impulsa el surgimiento –no sin controversias- del panamericanismo en salud.

La fiebre amarilla aparece en el período analizado implicada en los principales hechos geopolíticos del continente. Se configura allí un nuevo modelo de relaciones internacionales del que la salud pública forma parte, modelo que no responde al imperialismo clásico sino a una relación que lleva a la instauración de Estados que nacen con su soberanía condicionada

al cumplimiento de pautas convenientes para la seguridad y el comercio internacional.

A pesar de ello no se trata de una historia de la enfermedad en el continente que necesariamente nos hubiera llevado a recorrer casi todas las grandes ciudades puerto del siglo XIX que fueron afectadas por ésta enfermedad. Se intenta mas bien de poner juntos una serie de hechos que ayudan a entender el clima de una época fundante en que vemos entrelazarse la salud con las relaciones internacionales

Introducción
Una obra en tres actos

Desde el comienzo de la Conquista una serie de enfermedades endémicas y epidémicas terribles: cólera, viruela, difteria, fiebre amarilla, sífilis, tuberculosis, lepra, entre otras, se mostraron en el continente americano tan o más letales que las mismas guerras o que los trabajos forzados, hasta constituir en conjunto un verdadero genocidio.

Entre los siglos XVI y XIX los barcos cargados de esclavos atravesaban el océano Atlántico desde África a diversos puertos de América; un extraño polizón viajaba a bordo. Se trataba de un mosquito llamado *Aedes Aegypti*, que con su neta predilección por las aguas claras pululaba en los toneles de agua dulce afectando a los involuntarios viajeros, a los tripulantes y difundiéndose extensamente al llegar a los puertos de destino. Difícilmente podría inferirse en esos momentos que este vector transmisor de la fiebre amarilla estaba llamado a ser dos

siglos más tarde protagonista en la organización de la salud pública del continente.

Los puertos esclavistas de las regiones tropicales, especialmente los del Caribe reproducían una característica que ya era conocida en las costas africanas: al mantener endémicas las terribles enfermedades de la época, sus habitantes, -mayoritariamente afro americanos- se protegían “misteriosamente” de males que rápidamente se extendían en cambio entre exploradores, comerciantes, aventureros o soldados.

Frente a la fuerte expansión geográfica del comercio internacional experimentada desde mediados del siglo XIX las medidas sanitarias históricamente aplicadas por las ciudades puertos del Mediterráneo desde fines de la edad media se extendieron a los países de ultramar que tomaron similares medidas para hacerles frente –básicamente cierre de fronteras y cuarentenas- que fueron generando una polaridad creciente entre comercio internacional y salud pública.

El debate se tensaba cuando los ciclos climáticos, la modernización de los medios de transporte, el traslado de personas (migraciones, ejércitos desmovilizados, carnavales) empujaban las epidemias hacia ciudades no tropicales que se creían protegidas por su clima templado o frío. Cuando estas ciudades –como los casos de Buenos Aires o Memphis- eran atacadas, el número de susceptibles era tan alto que epidemias de fiebre amarilla producían una mortalidad que superaba holgadamente el 20 % de la población, lo que unido al pánico y a las huidas masivas desestructuraban la vida social, económica, política e institucional.

La intensa polémica desatada por los debates científicos entre las teorías del contagio y las teorías miasmáticas (una concepción que hoy llamaríamos ambiental, que atribuía las enfermedades a los aires malsanos) encontraba su explicación en el intento de demoler las bases de las cuarentenas, uno de los peores enemigos del comercio, especialmente de los productos perecederos.

Fiebre Amarilla: Ficha Técnica

Enfermedad viral aguda de breve duración y gravedad variable entre casos leves hasta casos mortales. Entre sus síntomas se incluye la ictericia o piel amarilla de donde se origina su nombre. Carece de tratamiento pero hoy se cuenta con una vacuna eficaz. Es una de las tres enfermedades –junto con Cólera y Peste- sujeta al Código Sanitario Internacional, en consecuencia de denuncia internacional inmediata y obligatoria.

Adquiere carácter epidémico en dos variedades: una urbana que ataca al hombre y se transmite por un mosquito denominado *Aedes Aegypti* y una selvática que ataca a diversos primates, esta última variedad la vuelve no erradicable. En el ciclo urbano el mosquito se infecta al picar a un enfermo y comienza a infectar a los 9-12 días los síntomas aparecen entre 3 y 6 días después de la picadura. Deja inmunidad de por vida a los sobrevivientes.

OPS Manual para el Control de las Enfermedades transmisibles
Publicación Científica 564 Washington DC 1997 páginas 188-192

Primer acto

El Carnaval y sus máscaras

Había llegado como un ladrón en la noche. Y uno por uno fueron cayendo los parrandistas, en las ensangrentadas galerías de su juerga, muriendo cada uno en la misma desesperanzada postura de su caída. Y la vida del reloj de ébano se extinguió junto con la del último alegre cortesano. Y las llamas de los braseros espiraron. Y la oscuridad y la putrefacción de la muerte roja sentaron su dominación ilimitada sobre todas las cosas.

Edgar Allan Poe “La Máscara de la Muerte Roja”

Para comprender la gran epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires hace falta remontarse a la guerra que la denominada Triple Alianza (Brasil, Argentina y Uruguay) le declaran al Paraguay en 1865. Hasta la guerra este país era una excepción en América Latina se había incubado allí a pesar de su aislamiento geográfico un desarrollo económico autónomo y sostenido que llegó a inquietar a sus vecinos y sobre todo a los intereses del Imperio Británico.

Bajo el tópico civilización o barbarie Juan Bautista Alberdi preguntaba “¿Será la civilización el interés que lleva a los aliados al Paraguay?” Respondiendo: “La guerra es hecha en nombre de la civilización y tiene por mira la redención del Paraguay... pero el artículo 3 del protocolo admite que el Paraguay puede ser saqueado y devastado, a cuyo fin da la regla en que debe ser distribuido el botín... ¡Y es un tratado que pretende organizar una

cruzada de civilización el que consagra este principio!”¹

La invasión fue financiada por el Banco de Londres, la casa Baring Brothers y la banca Rothschild por medio de empréstitos que hipotecaron a los países agresores.



La “cruzada” se llevaba a cabo contra un país que contaba con flota mercante y astilleros propios; contra un Estado que monopolizaba el comercio exterior y poseía una balanza comercial con fuerte superávit. Tenía además una moneda fuerte y estable, disponiendo de riquezas para realizar inversiones públicas sin recurrir al capital extranjero. Sus ríos interiores permanecían cerrados a las mercaderías de Manchester y Liverpool que ahogaban las producciones de los países vecinos. Sin duda el Paraguay era un ejemplo peligroso en el corazón de América del Sur.

1. ALBERDI, JB. La guerra del Paraguay. Buenos Aires: Hyspamérica, 1988, p.240.

Pero la cruzada hecha en nombre del “progreso” iba a tener altos costos. El positivismo tiene su cara oscura y resultó ser una máscara terrible, la desmovilización de las tropas trajo consigo también la diseminación de la epidemia.

A fines de 1870 se registraron numerosos casos de fiebre amarilla en Asunción del Paraguay. En Corrientes, el primer enfermo se detectó en diciembre de ese año. De 11.000 habitantes que tenía la ciudad, murieron 2.000. Con el año nuevo comenzaron a llegar a Buenos Aires los primeros veteranos de la Guerra del Paraguay. El 27 de enero se conocieron tres casos de fiebre amarilla en esta ciudad. A partir de esa fecha se registró un promedio de diez enfermos diarios. Las autoridades desoyeron a quienes advertían que se estaba en presencia de un brote epidémico. La ciudad trabajaba intensamente preparando los festejos oficiales del carnaval. Un mes después las defunciones sumaban cinco mil.

A comienzos de 1870, Buenos Aires era todavía una “Gran Aldea”. El censo de 1869 había registrado en la ciudad 187.000



habitantes. Había un incipiente sistema de aguas corrientes, pero el grueso de la población se surtía de pozos o directamente del río, por medio de los aguateros. En este último caso, las quejas por la suciedad del agua eran constantes. La construcción no acompañaba el ritmo del flujo inmigratorio. Comenzaba el hacinamiento de inmigrantes en los barrios del sur. La higiene urbana dejaba mucho que desear.

El Riachuelo “*estaba convertido en receptáculo de las aguas servidas de los desperdicios y materias de toda clase que arrojaban los saladeros y graserías instaladas en sus riberas, así como también los numerosos barcos de cabotaje y de ultramar que fondeaban en sus aguas turbias y cenagosas.*”² En el trabajo **Estadísticas Vitales de Buenos Aires** presentado por Guillermo Rawson en el Congreso Internacional de Medicina de 1876 en Filadelfia declaraba: “*Desde luego se cometió un grave error usando las basuras de la ciudad para nivelar y rellenar algunas calles, que fueron inmediatamente empedradas. La basura así empleada era una masa heterogénea, principalmente formada con desechos de las casas, es decir, con materias animales y vegetales, unidas a polvos y otros elementos.*”

Recordemos que la microbiología no había dado aun sus primeros pasos y los médicos atribuían la causa de ésta y otras epidemias a misteriosas miasmas que invisibles flotaban en el ambiente, a la ciudad no le bastaba su nombre para protegerse.

2. CHAPARRO, F. José Roque Pérez. Un héroe civil argentino. Rosario: Multicartas Editores, 1951, p.178.

Durante la epidemia el diario **La Prensa** se hace eco de las súplicas de la Comisión de Higiene de la parroquia de San Telmo en el sentido de hacer efectivo el blanqueo general de casas y desinfección de letrinas. A esto seguirá el 27 de febrero un reglamento de casas de hospedaje, donde en palabras de Rawson malvivían hombres, mujeres y niños *“hacinados sin consideración a la salubridad y a la moral y se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades que pueden ser conducidas hasta los palacios de los ricos”*. Los conventillos eran la preocupación central de Wilde, médico de la Junta de Sanidad del Puerto de Buenos Aires.

Las respuestas iniciales frente a la epidemia quedaron en éste, como en otros casos, bajo sospecha. Aquí se cuenta con testimonios contradictorios sobre la actitud del Gobierno (Ministerio de Guerra y Marina) y de la Junta de Sanidad a cargo por entonces de los doctores Mallo y el joven Wilde. Por un lado Wilde participa activamente en polémicas que se reflejan en los diarios *La Tribuna* y *la República* llamando la atención sobre la efectiva existencia de la epidemia.

Veronelli (2004) ³ señala que Mallo reacciona renunciando frente a las órdenes del Ministerio de Guerra en 1870 que desautoriza a la Junta de Sanidad pero deja entrever que Wilde acepta quedar en su lugar.

3. VERONELLI, JC; VERONELLI, M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Buenos Aires: OPS, 2004.

Por su parte Howlin menciona “Lo llamativo de este proceder es que ni siquiera a partir de ese momento y ante semejante evidencia, la junta de Sanidad impuso cuarentena alguna a los buques que llegaban de Asunción con el siguiente argumento: “...excusamos recordar a V.S. que las Juntas de Sanidad están en la obligación de creer la palabra de los capitanes de los buques, los que tienen a su vez fuertes penas por faltar a la verdad”. Por esta razón y a pesar del peligro que pesaba sobre la ciudad, la Junta de Sanidad “no habría actuado”.⁴ En esta conflictiva política los doctores Wilde y Mallo parecían atenerse a la declaración de los capitanes y se abstendían de inspeccionar los barcos.

El 13 de marzo se congregó frente a la Catedral una multitud de más de ocho mil personas convocadas por los diarios **La Tribuna** de los hermanos Varela y **La República** de Manuel Bilbao, un grupo de masones activos que plasmaron una Comisión Popular de Salubridad Pública presidida por José Roque Pérez. **La Prensa** celebra que esta “Comisión ha sido depurada de todo lo malo, lo revolucionario y anarquizante con que pretendió instituirse”.⁵ En un acuerdo entre las autoridades del Municipio y la Comisión Popular, se dispuso proceder al inmediato desalojo de todos los conventillos de la ciudad, en el término de cinco días bajo la pena de que pasado el tiempo y no cumplida la disposición, se emplearía la fuerza pública. El

4. Basado en el texto de Jankilevich D. Howlin afirma que “la Junta de Sanidad del Puerto de Buenos Aires cometió negligencia.... de la lectura de documentos y cartas de la época surgen indicios de irresponsabilidad criminal del Cónsul Argentino en Paraguay y por lo menos, una sospecha de negligencia grave, de un proceder burocrático e impropio de las circunstancias y sus deberes de los doctores Wilde y Mallo”.

5. La Prensa, 23 de marzo de 1871.

conventillo era encalado, desinfectado y luego cerrado. Como la mayoría de los inmigrantes eran italianos, hubo verdadera saña contra ellos. La comisión masónica construiría galpones en el pueblo de San Martín para quienes se veían obligados a desalojar las casas de inquilinato.

Este es el escenario en que vemos representarse escenas trágicas, como la que dio origen al cuadro de Juan Manuel Blanes –*Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires, 1871*–



W. H. Hudson recuerda que a la manera de un ritual fúnebre colectivo, la multitud se congregó en el foyer del Teatro Colón para admirar la obra expuesta, donde Blanes tributa su homenaje a Roque Pérez y Manuel Argerich, víctimas heroicas de la fiebre. Allí el pintor transformó la crudeza del episodio en un recuerdo estetizado de la peste, transita el camino que va del pathos al ethos. El crítico de arte Andrés Lamas así lo reseña: *“Ese cuarto da una idea de la ciudad entera en aquellos días de desolación... Las primeras clases sociales descendían a los míseros albergues de la pobreza para llevarle los auxilios de la ciencia, el alimento y el abrigo, y descendían con valor, con abnegación, con heroísmo.”*⁶

Tomando como eje esa pintura, Hudson publica en Londres el cuento **Ralph Herne** cuyo protagonista es un inglés que llegó a Buenos Aires a principios de 1870; allí vio *“... calles llenas de gente apresurada, con ropas parecidas a las de Londres y las caras iluminadas por la misma expresión arrobada propia de la devoción a los negocios... Otra cosa que lo asombró en esta tierra de habla hispana, a tantos miles de millas de la suya, fue el gran número de ingleses que había en ella. Había iglesias, colegios, diarios, un club, un hospital y otras cosas, todas inglesas; le pareció por eso como una de las colonias...”*⁷

La prensa menciona la justa indignación del pueblo contra los políticos y algunos de los 120 médicos matriculados que

6. MALOSETTI, L. Los primeros modernos. Arte y sociedad en Buenos Aires a fines del siglo XIX. Buenos Aires: FCE, 2001, p.74.

7. HUDSON, WH. Ralph Herne. Buenos Aires: Letemendia Casa Editora, 2006, p. 19.



huyen de la ciudad. En contraste la epidemia deja muchos héroes como el caso del anciano Dr. Javier Muñiz veterano de la Guerra del Paraguay, y los ya mencionados Roque Perez y Manuel Argerich, retratados por Blanes.

La epidemia de 1871 marcó un quiebre histórico en la ciudad que se vio forzada a pasar de Gran Aldea a capital moderna en un breve lapso de tiempo. Este cambio se produjo de manera cruenta, con un alto costo en vidas y pérdidas materiales. A partir de entonces, el sanitarismo sería una bandera que se levantaría para adoptar conductas de vigilancia y control de todos los elementos considerados peligrosos.

Armus refiere que *“La epidemia marcó la memoria colectiva de la Ciudad, 1871 se recorta entonces como un parte aguas simbólico: la gran aldea y sus recurrentes azotes epidémicos debía quedar atrás si se quería construir una ciudad y una nación modernas”*.

El pensamiento sanitario toma centralidad en los planes de gobierno y la ciudad es vista como *“un cuerpo coherente y demandante de reglamentaciones que garantizaran su buen funcionamiento... los higienistas reconocieron e la exclusión y la vigilancia los dos pilares en torno a los cuales se afirmarían la gran mayoría de las propuestas ordenadoras de la ciudad del 900,... así fue como el Estado desplegó un abanico de intervenciones entre compulsivas y persuasivas...la higiene fue progresivamente tejendo una trama de valores que excedió lo referido específicamente al combate de la enfermedad”*.⁸

Esta política no era independiente de la necesidad de una “bio-política” para reforzar el modelo agro-exportador estimulando la migración europea. Apenas cinco años después Avellaneda promulga la Ley 817 de Inmigración y colonización.

El credo higienista según Armus sumó a distintas vertientes políticas desde conservadores hasta anarquistas. El Censo de la Capital Federal de 1904 registraba con satisfacción que las grandes epidemias constituían un recuerdo del pasado: *“puede decirse que la ciudad de Buenos Aires se ha hecho higiénicamente invulnerable.”*⁹

8 ARMUS D. El descubrimiento de la enfermedad como problema Social. Buenos Aires: Sudamericana, 2000, p. 509 y siguientes.

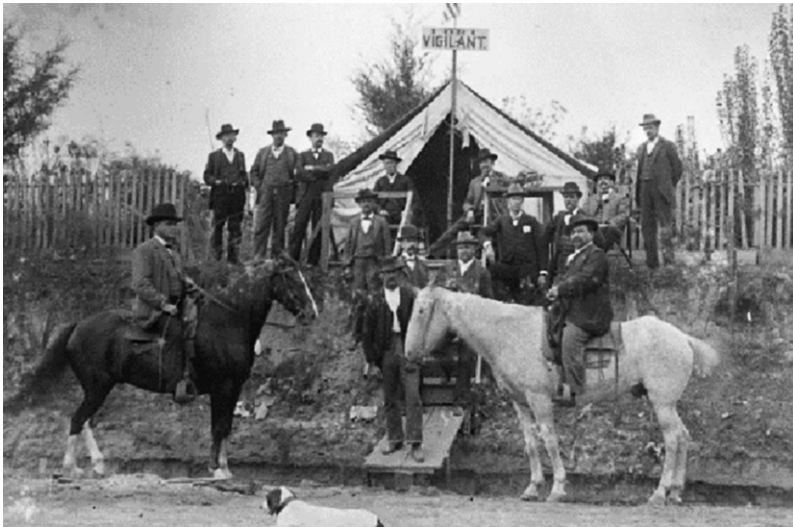
9. RECALDE, H. La salud de los trabajadores en Bs. As. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario, 1997, p. 292.

Memphis. 1878.



Durante meses los oficiales de cuarentena habían tenido casos de fiebre amarilla proveniente del Caribe además de dos barcos a vapor infectados desde Río de Janeiro. Dos años antes, de manera similar a como había ocurrido en Buenos Aires, por presiones de la Cámara de Comercio de New Orleans y de médicos prominentes, se logró persuadir a la Legislatura de Luisiana para ablandar las leyes que aplicaban cuarentenas. Si antes se requerían diez días de detención para asegurarse que no había casos, ahora los barcos dependían de la discreción personal del Consejo. Para empeorar las cosas, los oficiales de New Orleans fueron amenazados con ser multados si detenían barcos con mercancías perecederas. Muchos de esos barcos venían de Cuba, donde la Guerra de los Diez Años estaba llegando al final y la fiebre amarilla era una presencia real: cientos de refugiados llegaban a New Orleans.

La cuarentena había sido una medida preventiva ampliamente usada en Europa desde la peste bubónica del siglo XIV. Las embarcaciones y sus cargamentos tenían que pasar treinta días inicialmente –*trentina*– pero más tarde se adoptaron los cuarenta días –*quarantina*– Durante el siglo XIX las cuarentenas se intensificaron por el tráfico negrero. Sin embargo esta medida no se limitaba al comercio marítimo. Trenes y botes también eran detenidos para prevenir viruela, plaga y otras fiebres. Incluso los soldados desmovilizados entraban en cuarentena. Cuando se sabía de una ciudad con alguna enfermedad infecciosa, toda ella era aislada del resto de la nación. Si sus ciudadanos buscaban refugio, se les negaba la entrada.



Hacia mediados de siglo los comerciantes y hombres de negocios estaban muy descontentos con esta práctica, que resultaba más eficaz para evitar la circulación de mercancías que

la enfermedad. Las ciudades puerto en particular se habían convertido en muy permisivas. New Orleans y Memphis estaban conectadas por ferrocarril y barcos a vapor desde hacía veinte años. La fiebre amarilla utilizaba estos medios. Como escribiera un profesor de medicina tropical: “*Los ferrocarriles eran considerados no solo un canal para el comercio sino también para el contagio*”¹⁰. Memphis se vio afectada por una epidemia en 1867 y otra más terrible en 1873. En un principio sus ciudadanos negaban que la enfermedad afectara esta promisoria ciudad; su emplazamiento era considerado muy alto con respecto al nivel del mar y demasiado alejado de los puertos. Hasta cierto punto, tenían razón. Pero una vez que el ferrocarril y los barcos conectaron Memphis con el Golfo, el mosquito encontró la oportunidad de mudarse al Norte.

Para el verano de 1878 el Río Mississippi, la gran arteria de Norte América, llevaba muerte en su corriente, diseminando la peor epidemia de fiebre amarilla de la historia de esa nación.



10 CALDWELL, C. The American plague. New York: Berkley Book, 2006, p.35.

El Consejo de Salud destinó 8.000 dólares del presupuesto de la ciudad para la limpieza de cisternas y reservorios de agua. Los periódicos seguían negando la enfermedad: *“Memphis es la ciudad más sana del continente, no tenemos nada que temer. Nunca estuvimos en mejores condiciones de sanidad... Nada en nuestra atmósfera puede atraer la enfermedad”*.¹¹ Con tal negligencia política y la apatía de sus habitantes, la ciudad estaba por vivir una tragedia, aunque nadie quisiera reconocerlo.

El Consejo de Salud se dividió en torno a dos posturas: a favor y en contra de la cuarentena. Hubo movilización de policías armados a lo largo de las vías del ferrocarril de Mississippi y Tennessee hasta ocho millas en las afueras de la ciudad. El ferrocarril a Charleston que pasaba a doce millas, también fue declarado en cuarentena. Se retuvieron cargamentos de algodón, azúcar y café y todos los puertos ribereños se cerraron con custodia de ciudadanos armados que confiaban en que las armas y la pólvora serían suficientes para ponerle un freno al mal. En los días previos al estallido de la epidemia numerosas cuentas bancarias fueron cerradas, muchos escribían cartas a familiares que vivían en otros estados anunciando sus visitas, el comercio acortó las horas de atención.

Los primeros casos afectaron, igual que en Buenos Aires, a clientes de los bares del barrio ribereño, habitado por irlandeses e italianos. Esos casos no fueron informados oficialmente.

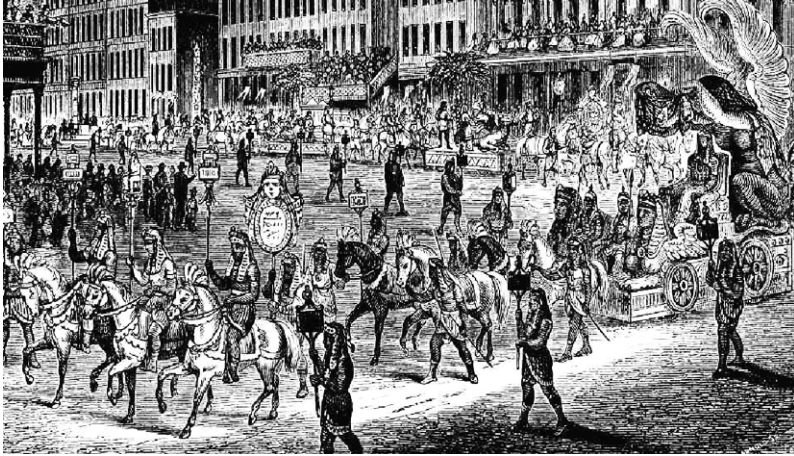
La ciudad que en el verano tenía 47.000 habitantes, para

11. CALDWELL, M. Op.cit. p.40.

principios del otoño sólo contaba con 19.000 de los cuales 17.000 tenían fiebre amarilla. Los ricos se habían ido en tren y otros medios. Atrás quedaban pobres, enfermos y muertos. En ese momento surgió un Comité de Ayuda Ciudadana que se reunió en el teatro de ópera. Ante la huida de los magistrados, ciudadanos comunes acudieron al llamado. Su prioridad fue sacar los pobres de la ciudad y organizar campos de refugiados, tal como se había hecho en Buenos Aires. Oficialmente la epidemia fue reconocida el 23 de agosto, dos meses después que el Consejo de Salud se fracturara en torno al tema de la cuarentena, un mes después de la primera víctima. Miles de personas habían sido desplazadas y reubicadas en campos a la espera de alimento y provisiones. El mercado de algodón se vio duramente afectado.

Aparecen en bandos opuestos la Asociación Americana de Salud Pública y el Servicio del Hospital de la Marina, que se iba a transformar en Servicio de Salud Pública. Ambas instituciones luchaban por controlar la salud de la nación. Era una variante del conflicto entre derechos federales versus derechos estatales. Esta vez los políticos sureños argumentaron vehementemente a favor del control federal de las cuarentenas, mientras que los del Norte, propietarios de ferrocarriles y líneas de navegación, clamaban por el control por parte de los Estados. Un informe de la revista *Harper's* de diciembre de 1878 decía: “*Ninguna otra cuestión en medicina, más aún, ni en teología, ha sido debatida más ardiente y furiosamente, como ésta.*”¹²

12. CALDWELL, M. Op.cit. p. 76.



Se constituyó un comité legislativo conjunto, con miembros del Senado y de Diputados para investigar la epidemia. El comité debía llevar un registro exacto de los casos aparecidos durante 1878, dividiéndolos en blancos, negros y mulatos. Se reunirían en Washington en enero para presentar su informe. La fiebre amarilla dieztaba a la raza blanca, mientras que entre los negros el número de fallecidos era muy inferior. Durante la epidemia de 1878 la mortalidad entre blancos fue del 70% y entre negros, 8%. Los inmigrantes irlandeses en particular eran los más afectados. Más allá de las causas, esta inmunidad provocó odios raciales durante décadas.

Encontramos características similares en la aparición de fiebre amarilla en Buenos Aires y Memphis. En ambas ciudades están siendo desmovilizadas las tropas que habían participado en conflictos bélicos (Guerra de la Triple Alianza, Guerra de los Diez Años) Por ser ciudades mercantiles hay una fuerte resistencia a adoptar la cuarentena, con el argumento que es

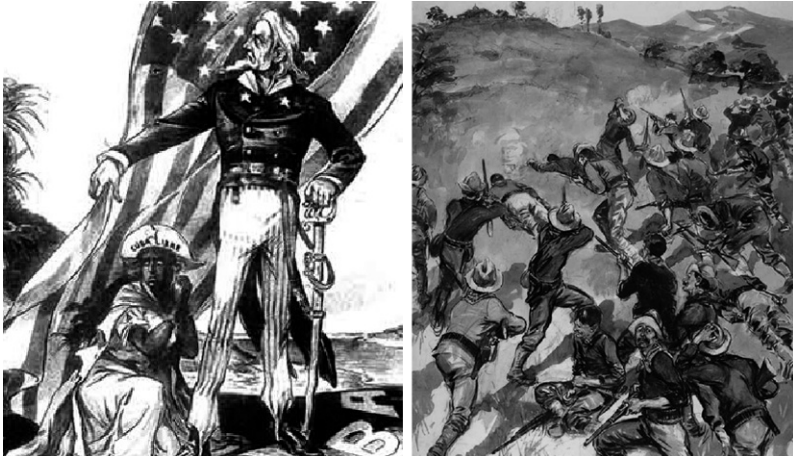
una medida más eficaz contra el comercio que contra la propagación de la enfermedad. El marco en que se produce el pico de afectados es el Carnaval, momento propicio para pasar por sobre las barreras sociales, sobre todo después de la penosa experiencia de haber sobrevivido a una guerra. En ambos casos hubo relocalización de pobres e inmigrantes y ante la falta de explicaciones científicas, los prejuicios apuntaron a señalar culpables entre los grupos más débiles de la sociedad.

Segundo acto

Guerra e independencia condicionada

Durante los siglos XVIII y XIX el comercio naval se expandió. Por llevar grandes provisiones de agua dulce los barcos ofrecían excelentes condiciones para la cría de mosquitos. Parecía que la enfermedad estaba confinada principalmente a las comunidades urbanas a lo largo de las costas y de los grandes ríos navegables. Durante la última mitad del siglo XIX una cuarentena comercial operó en todos los puertos del golfo de Méjico afectando a las islas del Caribe: a pesar de las precauciones, la fiebre amarilla se introducía en los Estados Unidos.

Este país había completado la expansión de costa a costa y anexando Texas y la Louisiana se extendía hasta el golfo de México; Cuba se presentaba como la nueva frontera. Antes de la Guerra de Secesión, el Sur deseaba la anexión de la isla como un estado esclavista; concluida la guerra, el Norte victorioso vio allí un puerto estratégico y una fuente apetecible de materias primas.



Bajo la presidencia de Cleveland Estados Unidos proclamó la neutralidad en el conflicto Cuba-España, eufemismo que encubría el apoyo a España. Su sucesor en la presidencia, McKinley cambió la postura oficial al respaldar a los insurgentes. Un activo grupo de cubanos tuvo entrevistas con políticos de primera línea del Partido Republicano, entre ellos el por entonces jefe de policía de New York, Theodore Roosevelt, partidario de la independencia de Cuba aún a riesgo de una guerra contra España. También tuvieron negociaciones con una financiera neoyorquina que ofrecía comprar la deuda de España a cambio del retiro de sus tropas y del reconocimiento de la independencia de la isla. Al frente de esta empresa se desempeñaba un amigo personal del presidente McKinley que poseía una línea de barcos a vapor que navegaban hacia el Caribe. Poco después McKinley enviaba el Maine a La Habana. Estaba claro para el gobierno que si Estados Unidos no actuaba rápidamente las fuerzas revolucionarias cubanas saldrían victoriosas sobre el desgastado poder español: 30.000 cubanos se habían defendi-

do contra 225.000 españoles, de los cuales la mitad estaban en hospitales o muertos

A la luz del expansionismo, la salud pública adquirió un nuevo significado: si desde los trópicos se expandían determinadas enfermedades, era responsabilidad del país más poderoso intervenir y sanearlos por el bien de la salud de los norteamericanos.

Con titulares sensacionalistas la prensa favoreció el apoyo de la opinión pública a la intervención en Cuba. Dos reconocidos periodistas, Joseph Pulitzer del New York World y William Randolph Hearst del New York Journal publicaron informes bastante cargados sobre las atrocidades españolas en la isla. La explosión del Maine, acorazado enviado a La Habana “*para proteger los intereses norteamericanos*”, proveyó a la prensa amarilla del titular más efectista: 260 norteamericanos fueron muertos en ese hecho. Aunque las causas de la explosión no son claras y hasta se sospecha de un auto atentado, el 25 de abril de 1898 el Congreso declaró la guerra a España.



La derrota de España significó el fin de su dominio sobre Cuba, y para Estados Unidos la anexión de Puerto Rico, Guam y las Filipinas. Con respecto a Cuba, el Senado de Estados Unidos había aprobado el 16 de abril de 1898 la Enmienda Teller, firme declaración de que ese país renunciaba a todo poder sobre Cuba una vez que la isla fuese pacificada. Podemos inferir que de no haberse actuado políticamente sobre los centros de poder la suerte de Cuba pudo haber sido la de Filipinas o Puerto Rico. A pesar de ello la guerra se cobró más vidas que lo esperado. Más de 2.500 soldados murieron. La cifra de caídos en batallas fue apenas 385. El resto, fue afectado por enfermedades que resultaron mortales, especialmente fiebre amarilla, tifoidea, disentería y malaria. Theodore Roosevelt, que pocos años después sería un protagonista clave del entramado geopolítico del Panamericanismo estuvo presente como parte de las tropas norteamericanas en Santiago de Cuba.



Carlos J. Finlay (1833 – 1915) médico cubano realizó su trabajo investigativo en una época de gran controversia entre los que consideraban que la fiebre amarilla era contagiosa y se transmitía de enfermo a sano y otros que negaban este hecho. Finlay superó esta controversia al establecer

que el contagio necesitaba la presencia de un tercer elemento vivo, el mosquito del género *Stegomyia*, llamado por él *Culex* mosquito y conocido hoy como *Aedes Aegypti*. Durante vein-

te años (1881-1900) luchó tenazmente y casi solo para que su descubrimiento fuera aceptado y se aplicaran sus recomendaciones para la prevención. En 1900 recibió el primer apoyo de parte de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool que publicó en el *British Medical Journal*: “*La sugerencia propuesta por el Dr. Finlay hace unos 20 años de que la enfermedad era transmitida por medio del mosquito, parece aceptable a la luz de los experimentos actuales*”. Y agrega: “*...Es un hecho incontrovertible que el Dr. Carlos Finlay de La Habana fue el primero en establecer la experimentación directa para probar sus ideas sobre la participación del mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla*”¹³

Por una coincidencia histórica, el mismo día 25 de julio de 1900, cuando Finlay en su casa de la Habana Vieja informaba detalladamente de sus experimentos a los médicos británicos, en otro lugar de la misma ciudad, en las Barracas de Columbia, se reunía la Comisión del Ejército Americano enviada desde Washington cuyo jefe era el Mayor Walter Reed. Comenzaba para Finlay una etapa paradójica: la oportunidad de validación externa y aplicación de su descubrimiento y, a la vez, el intento de despojarlo de la autoría de ese aporte científico y social.

En tres ocasiones anteriores (1879, 1888 y 1897) se habían realizado visitas de Comisiones Médicas norteamericanas que habían estudiado la fiebre amarilla. En 1900 fue enviada una cuarta Comisión con el encargo de investigar la etiología de la

13. CALDWELL, M. Op.cit. p. 144.

enfermedad, al frente de la cual venía el mayor Walter Reed, designado por sus estudios previos sobre el bacillus icterode, agente bacteriano que por esa época era considerado por algunos como la causa de la fiebre amarilla. Reed nunca antes había trabajado en el tema; los otros miembros de la Comisión eran el norteamericano Jesse W. Lazear, el inglés James Carroll y el cubano Aristides Agramonte.

Los trabajos se iniciaron en las Barracas de Columbia, teniendo a la hipótesis del bacillus icterode como punto de partida para ese estudio. Lazear había tenido informaciones acerca de la teoría de Finlay sobre el mosquito trasmisor, pero esta idea fue desestimada por la Comisión. Esta vez, el Dr. Finlay no fue invitado a colaborar como había ocurrido en ocasiones precedentes. Años más tarde, Agramonte escribió: *“En aquel momento, ni el Dr. Reed, el Dr. Carroll o yo mismo creíamos en dicha teoría, y el único de nosotros inclinado a considerarla en forma favorable era mi amigo y compañero de clase el Dr. Jesse Lazear”*.



Poco tiempo después quedó comprobado que el bacillus icteroide no era más que un contaminante frecuente de los cadáveres. Entonces, volvió a hablarse de la “teoría del mosquito” y la Comisión realizó una visita inesperada a Finlay en su casa de la Habana Vieja. En esa memorable ocasión (1° de agosto de 1900), Finlay generosamente entregó a Reed copia de sus trabajos así como huevos del mosquito trasmisor de la fiebre amarilla. Al día siguiente de su visita a Finlay, Reed partió para Washington.

En La Habana permanecieron los restantes miembros de la Comisión: Carroll haciendo investigaciones en la flora intestinal de enfermos con fiebre amarilla, Agramonte ocupándose de los trabajos de Anatomía Patológica y Bacteriología y Lazear a cargo de conservar y alimentar los mosquitos que habían eclosionado de los huevecillos que Finlay había entregado. Estos mosquitos picaron enfermos con fiebre amarilla y a continuación picaron a nueve individuos no inmunes sin presentar después signos de la enfermedad, lo cual generó incredulidad en Lazear, quien al parecer no estaba autorizado a iniciar experimentos en humanos.

A finales de agosto, Lazear y Carroll encontraron que uno de los mosquitos estaba muy débil. Carroll pensó que el insecto estaba necesitado de sangre humana para alimentarse y se expuso a ser picado. Seis días después enfermó con fiebre, ictericia y albuminuria. Esta observación le permitió a Lazear razonar que las primeras inoculaciones habían sido hechas con mosquitos que habían picado pacientes con fiebre amarilla en un estado en que la enfermedad no era transmisible. Repitió

entonces algo que Finlay había hecho con anterioridad: que un mismo mosquito picara a diferentes pacientes. Un voluntario sano que fue picado por ese mosquito enfermó seis días después. Este voluntario y Carroll sobrevivieron a la enfermedad.

Posteriormente, en el Hospital Las Animas, donde Lazear trabajaba, él mismo se sometió a nuevas picadas del insecto, así como tres voluntarios más, incluida la enfermera Clara Mass.



Al cabo de cinco días, Lazear enfermó con fiebre amarilla y murió una semana después. Tres de las cuatro personas que participaron en el experimento fallecieron, incluida la referida enfermera. Hasta cuando pudo, Lazear había recogido minuciosamente las observaciones obtenidas durante el experimento en una libreta de notas. Reed fue avisado de lo ocurrido en su ausencia, por lo cual respondió: *“me avergüenzo de estar aquí, mientras*

*mis asociados han estado atareados con la fiebre amarilla.”*¹⁴

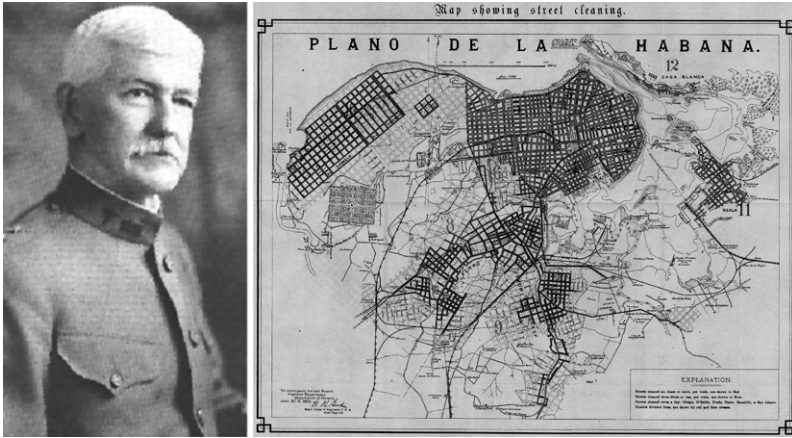
A su llegada a La Habana encontró el libro de notas de Lazear. En la habitación de aquél estaban, además, los trabajos de Finlay. Reed encontró también una opinión pública fuertemente impactada por los fallecimientos y por la forma en que habían adquirido la enfermedad y percibió que Finlay había dejado de ser objeto de incredulidad y burlas por su descubrimiento. Los experimentos de Lazear habían servido de evaluación externa de los postulados y resultados del cubano. Para Reed, la teoría no era más de Finlay, sino suya.

Los testimonios indican que dedicó los nueve días que permaneció en La Habana a preparar un artículo, evadiendo todo contacto con Finlay. Presentó su informe ante la Asociación Americana de Salud Pública, en Indianápolis apenas cuatro semanas después de la muerte de Lazear y el mismo fue publicado rápidamente en el *Philadelphia Medical Journal*. Con un agradecimiento a Finlay se refiere a la entrevista concedida a la Comisión, la entrega de diversas publicaciones sobre la fiebre amarilla y de los huevos del mosquito.

El informe no produjo conmoción alguna entre los asistentes a la reunión ni entre los médicos de Estados Unidos, que tenían arraigadas las viejas concepciones respecto al contagio. Por esa época, La Habana estaba invadida por la fiebre amarilla: solamente en ese mes de octubre de registraron 338 casos con 70 muertes.

14. CALDWELL, M. Op.cit. p. 164.

El mayor William C. Gorgas fue el encargado de supervisar las condiciones sanitarias durante la guerra. Era amigo personal de Walter Reed, pero procedían de distintos campos: Reed era médico y terminó incorporándose a la vida militar; Gorgas era militar y se convirtió en médico.



La Habana fue dividida en distritos y Gorgas envió a sus hombres a la cacería de mosquitos en cada casa y depósito. Toneles, jarras y contenedores eran tapados con una capa de petróleo para sofocar huevos y larvas. Los pacientes hospitalizados cumplieron una estricta cuarentena con mosquiteros, burletes en las ventanas de las salas donde se prendían sahumerios de piretro. Gorgas hizo de la guerra al mosquito una lucha personal y su persistencia probó ser exitosa.

Con el mejoramiento sanitario de La Habana, se esperaba que poco a poco los casos disminuyeran y con el tiempo desaparecieran. Pocos meses después de iniciado el programa, en

1899, la ciudad de La Habana era “tan limpia” como se esperaba de una metrópolis moderna. Durante 1899, el primer año de ocupación militar, se registraron pocos casos. La guerra había detenido las inmigraciones y la población susceptible fue reducida a muy bajas proporciones. Sólo siete muertes fueron informadas en los primeros siete meses del año.

En febrero de 1901, Gorgas reconoció en un informe oficial los méritos de Finlay *“su conocimiento para seleccionar la stegomya como el portador de la fiebre amarilla es la mejor pieza de razonamiento lógico que yo haya encontrado en ninguna parte”*. Pero después trata de contemporizar con Reed y suaviza el tono: *“su teoría pudo haber continuado siendo un sueño loco excepto por tu trabajo, y tu nombre será recordado en Medicina mucho después que el del viejo doctor haya sido olvidado”*.

Aquí deja entrever la estrategia que se usaría contra Finlay: condenarlo al olvido. Finlay, que ya había enfrentado la hostilidad del medio debería enfrentar la campaña de desconocimiento y olvido que le fraguaba el poder hegemónico. En 1901 se inauguró en Nueva York el Instituto Rockefeller para las investigaciones médicas y dio comienzo a sus actividades adjudicándoles a Reed y Carroll el descubrimiento del mosquito como transmisor. A esta campaña se unieron los integrantes del grupo de la Universidad John Hopkins, centro donde se habían graduado Reed y Carroll. En tres ocasiones Finlay fue propuesto para el Premio Nobel y siempre le fue negado. En mensaje enviado por el Presidente Theodore Roosevelt al Senado afirmaba: *“... Reed determinó investigar que el mosquito era el medio de transmisión de la fiebre amarilla, cuya teoría Fin-*

lay había fracasado en demostrar: no era aceptada por los hombres de ciencia de su tiempo. Esta determinación era original de Reed, no habiéndole sido sugerida a él por nadie...”

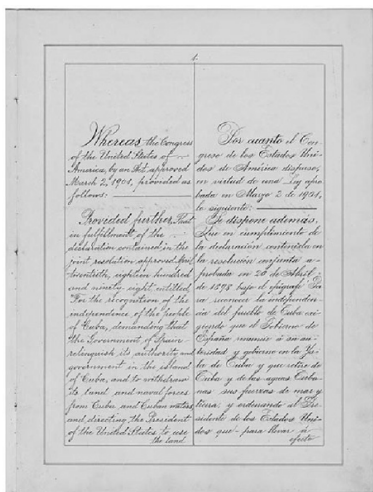


Un testimonio proveniente del cine: la película **Yellow Jack** de 1938, basada en el libro de Sydney Howard adjudica el mérito del descubrimiento al mayor Reed. En la película el Mayor Gorgas es quien presenta el objetivo al Mayor Walter Reed: *La fiebre amarilla tiene que ser conquistada*. Reed tenía que lograrlo o la ciencia médica necesitaría décadas de investigación para hacerlo (de esta manera se retrasaba la construcción del Canal de Panamá).

Decide entonces elegir voluntarios entre sus soldados para

un experimento que implicaba ser picados por los mosquitos. El film examina cinco voluntarios. Tres de ellos son tratados según la antigua doctrina del contagio: aislados en una casa que tiene ropa de cama y enseres usados por víctimas de fiebre amarilla. Otros dos son trasladados a una casa donde uno de ellos es picado y el otro no (todavía era posible que hubiera contagio). El que fue picado enferma y el otro puede llegar a ser inmune: esto se probará haciéndolo picar solo para demostrar que era susceptible a enfermarse pero no a través del contagio.

Cuba fue escenario de una nueva modalidad del expansionismo norteamericano en Latinoamérica. La Enmienda Platt creó prerrogativas de coerción que podían ser ejercidas a perpetuidad.



Se cita el artículo 5º de la enmienda que resulta por demás elocuente: “Que el Gobierno de Cuba ejecutará y en cuanto fuese necesario cumplirá los planes ya hechos y otros que mutuamente se convengan para el saneamiento de las poblaciones de la Isla, con el fin de evitar el desarrollo de enfermedades epidémicas e infecciosas, protegiendo así al pueblo y al comercio de Cuba, lo mismo que al comercio y al pueblo del Sur de los Estados Unidos.”



El país aunque nominalmente libre, se transformó (según las palabras de Theodore Roosevelt) “*en parte de nuestro sistema político internacional*”. Desde 1902 el presidente declaraba públicamente el creciente interés por las regiones del Caribe situadas en la proximidad del futuro canal interoceánico. En su mensaje anual declaró que ninguna nación independiente de América debía abrigar el mínimo temor de una agresión norteamericana, pero debajo de esta garantía se escondía una amenaza al decir que dichos países debían “*mantener el orden en su propio territorio y cumplir sus justas obligaciones con los extranjeros*”.

Dos años después enunció su doctrina del poder de policía internacional: “*No es verdad que Estados Unidos experimente apetitos territoriales o que con respecto a otras naciones del hemisferio occidental haya concebido proyectos distintos de los*

que concurren al bienestar de esos países. El único deseo de esta nación es que los países vecinos gocen de estabilidad, de orden y de prosperidad. El país cuyo pueblo se conduzca bien puede contar con nuestra calurosa amistad. Si una nación demuestra que sabe conducirse con eficacia y decencia razonable en los problemas políticos y sociales, si mantiene el orden y cumple sus obligaciones, no tiene por qué temer la interferencia de Estados Unidos. Las infracciones crónicas o la impotencia que acaba en el aflojamiento general de los vínculos de la sociedad civilizada, puede provocar en definitiva, tanto en América como en otros lugares del mundo, la intervención de una nación civilizada y en el hemisferio occidental la adhesión de Estados Unidos a la Doctrina Monroe puede obligar a este país, por mucho que ello le desagrade, en los casos flagrantes de infracción o de impotencia, a ejercitar el poder de policía internacional.”¹⁵

15. WEINBERG, AK. Destino Manifiesto. Buenos Aires: Paidós, 1968, p. 398.

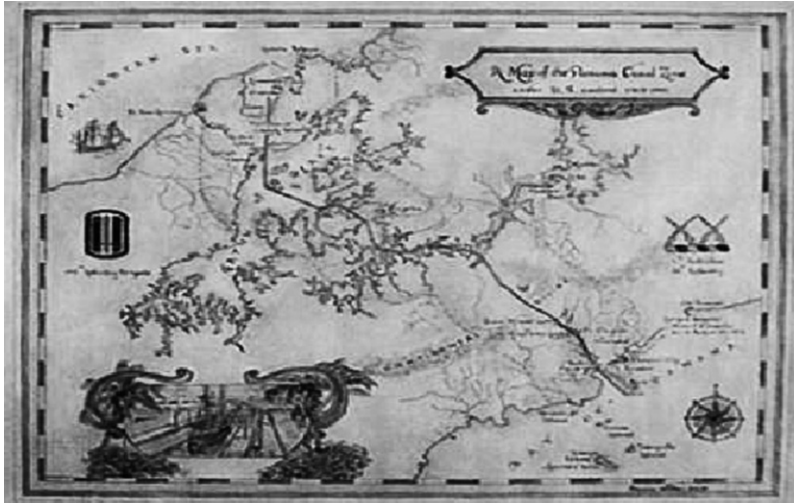
Tercer acto

Sacando provecho de las lecciones aprendidas

Para mediados del siglo XVIII al Istmo de Panamá se le conocía como “la tumba del hombre blanco”. Todavía a principios de siglo XIX era común encontrar banderas amarillas ondeando en las azoteas de las casas como señal que se desplegaba para avisar a la gente que no se acercara a los lugares devastados por la fiebre. Durante muchos años, los extranjeros que venían a esta “Costa de la fiebre”, especialmente los marinos que llegaban de paso, morían de enfermedades causadas supuestamente por vapores miasmáticos que emanaban pantanos y ciénagas.

Esta compleja situación persistía en enero de 1880, cuando Francia inició la apertura de la “gran zanja interoceánica”. La obra fue asumida por la recién creada Compañía Universal del Canal de Panamá, bajo la dirección del conde Fernando de Lesseps, el mismo que en 1869 había unido el Mediterráneo

con el Mar Rojo y el Océano Índico mediante el Canal de Suez. A medida que aumentaba la fuerza laboral se incrementaban las enfermedades.



Sucesivos e incontrolables brotes de malaria y Fiebre amarilla sembraban la muerte entre obreros y técnicos.

Se calcula que de los 186.000 hombres que en total empleó la compañía en las obras, 52.000 fueron atacados de fiebre amarilla. De acuerdo con datos de la época, la incidencia de la enfermedad fue tanta, que por momentos llegaron a estar infectados a la vez el 60% de los trabajadores, muchos morían sin que nadie pudiera explicarse las causas. A principios de 1882 la compañía se vio forzada a organizar una red de servicios médicos a todo lo largo de la obra, atendidos por la congregación religiosa Hermanas de San Vicente de Paúl. El primer hospital con 200 ca-

mas se estableció en la ciudad atlántica de Colón a la vez que en el Pacífico se inició la construcción del Hospital Central de Panamá, en el Cerro Ancón, próximo a la ciudad capital. Muchos pacientes que llegaban al hospital por otras razones a menudo terminaban contrayendo estas enfermedades. La situación llevó a



que las personas evitaran asistir al hospital. En 1889, luego de nueve años de trabajo infructuoso, el azote incontrolable de las enfermedades, malos manejos económicos y errores de cálculo en la magnitud de la obra hicieron que la Compañía Francesa del Canal de Panamá quebrara y con ella se desvaneciera el sueño francés de la ruta transoceánica.

El objetivo de construir el Canal tenía que ver con el paso vital, **indispensable**, que transformaría a Estados Unidos en protagonista de los destinos internacionales. Roosevelt se veía a cargo de dos océanos unidos por un canal que sería construido, operado, fortificado y vigilado por Estados Unidos.

En 1903 la zona afectada le pertenecía a Colombia. Estados Unidos trabajaba en pro de la secesión de esa franja. Se consideraba una tarea fácil: no más de cien soldados colombianos estaban allí estacionados. Estados Unidos se reservaría el control policial y sanitario aunque reconocería al gobierno que se estableciera en la “República de Panamá”.



El elegido para llevar a cabo la secesión era el Dr. Manuel Amador, un médico que había adquirido prestigio al frente del cuerpo médico del Ferrocarril de Panamá.

En un mensaje al Congreso de la Unión Roosevelt colocó el tema en el núcleo de su discurso: “*Se agotó el tiempo (...) de permitir a cualquier gobierno antisocial e imperfecto que evite este trabajo*”. Colombia era presentada como incapaz de controlar el istmo, por lo tanto no tenía derecho a bloquear un paso tan vital para los intereses de la civilización, se trataba de una cuestión de moralidad internacional.

La atmósfera envenenada del río Chagres portaba terroríficos mosquitos. Roosevelt era consciente del sentido estratégico de combatir desde el sanitarismo: “*Sé que los problemas sanitarios y de higiene son de importancia capital, aún más im-*

portantes que los de ingeniería".¹⁶

La experiencia trágica de los franceses estaba presente. Estados Unidos la atribuía a la decadencia moral de la nación europea que había instalado en Panamá una “genuina orgía bacanal” convirtiendo a la zona en un abismo donde solo tres industrias florecían: garitos, burdeles y funerarias. Había llegado la hora de instaurar los principios puritanos: la vida limpia, intachable era la única garantía de sobrevivida en los trópicos. Roosevelt quería asignar al mejor médico para hacerse cargo de los hospitales y del trabajo sanitario en Panamá. El elegido fue William Crawford Gorgas, quien desde la muerte de Walter Reed en 1902 era toda una autoridad en enfermedades tropicales. Venía de una conferencia mundial en El Cairo, y había aprovechado el viaje para interiorizarse de los trabajos en el Canal de Suez. En Panamá iba a tener un aliado en el Dr. Amador, presidente de la ahora república. En junio de 1904 llegó a la ciudad de Colón junto a siete hombres y una mujer, una enfermera inglesa llamada Eugenie Hibbard. La primera impresión del equipo fue que Panamá era el paraíso de los mosquitos. Establecieron su



16. MC CULLOUGH, D. *The path between the seas*. New York: Touchstone Books, 1977, p.406.

cuartel general en el Hospital de Ancón. El trabajo en La Habana había estado confinado a un área relativamente pequeña. En Panamá operaban en dos ciudades con una jungla de 50 millas entre ambas.

Para complicar las cosas este era el escenario donde entre veinte y treinta mil hombres arribarían en los meses siguientes. De continuar las malas condiciones sanitarias Gorgas calculaba que tres o cuatro mil morirían de fiebre amarilla el primer año.

El primer caso llegó al Hospital de Santo Tomé el 21 de noviembre de 1904. El paciente era un italiano desempleado, fue aislado y se recuperó. La noticia no se propagó. En los meses siguientes hubo más casos, algunos fatales. Las víctimas, del elenco de una compañía de ópera italiana, no tenían conexión con la construcción del canal. En enero la fiebre se presentó en el crucero Boston, anclado en la Bahía de Panamá: la noticia oficial no podía evitarse por más tiempo.

Los especialistas en mosquitos habían dividido la Ciudad de Panamá en once distritos. Se asignaron inspectores y se llevó registro casa por casa, igual que en La Habana. Los progresos eran lentos y la población crecía de manera sostenida. Los inspectores, gente del lugar, debían ser controlados una y otra vez y la población se molestó por la injerencia norteamericana en su cotidianidad: todo enfermo era llevado de inmediato al hospital más cercano, aislado y vigilado.

Contrariando la asociación enfermedad-vida licenciosa,



una enfermera declaró al periodismo que –para su propio asombro– la fiebre amarilla afectaba las vidas de “*chicos educados, limpios y de buenos principios*”. No era suficiente con no ser decadente o francés aún así se podía enfermar. Gorgas intensificó los controles: el agua bendita tenía que ser cambiada diariamente, gesto que muchos panameños vieron como una forma sutil de persecución religiosa. “El gran miedo” provocó la partida de tres cuartas partes de los norteamericanos. El número de los que se iban empero estaba limitado por la capacidad de los barcos. Durante el verano de 1905 la malaria, la neumonía, la tuberculosis y las enfermedades intestinales se cobraban más vidas que la fiebre amarilla.

Los obreros negros eran más susceptibles a contraer malaria y neumonía. Sin embargo el gran temor era la fiebre amarilla.

El nuevo ingeniero a cargo de la construcción, John Stevens, apoyó a Gorgas asignándole cuatro mil hombres, incrementan-

do el presupuesto para la campaña de 50.000 a 90.000 dólares. Las brigadas fumigadoras recorrían las calles como un ejército de ocupación. Depósitos y cisternas eran cubiertas de petróleo una vez a la semana. Ciudad de Panamá, Colón, Cristóbal, Ancón, La Boca, Culebra fueron provistas de agua corriente, anulando la necesidad de contenedores de agua domésticos. Este incremento en gastos y operativos irritaba a muchos. Desde la Universidad de John Hopkins surgieron voces que pedían el desplazamiento de Gorgas.



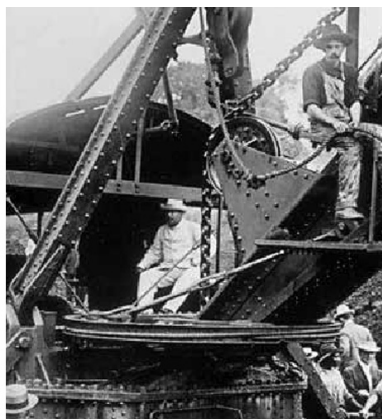
La palabra final la tendría Roosevelt. Su asesor en temas de salud expuso estas opciones: *“si se vuelve a los viejos métodos sanitarios, fracasamos, igual que los franceses. Si apoyamos a Gorgas y sus teorías, usted tendrá el canal.”*¹⁷

Erradicar la fiebre amarilla en La Habana había llevado ocho

17. MC CULLOUGH, D. Op.cit.p.468.

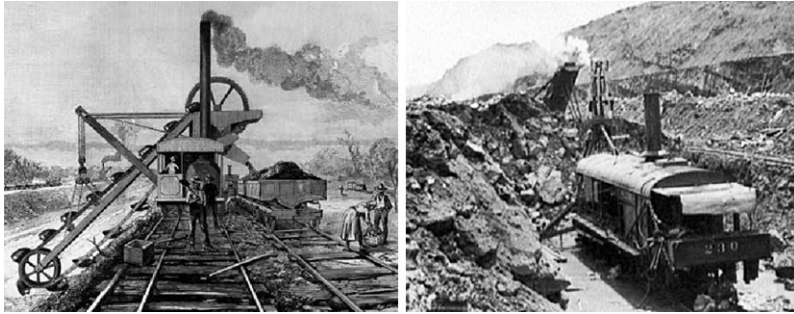
meses; en Panamá llevaría año y medio. Para fines de 1906 la visita presidencial constituyó un hecho histórico: ningún presidente norteamericano había abandonado el país durante su gestión. La idea fue iniciativa del propio Roosevelt que se comportaba como un general poniéndose al frente de su ejército.

El 17 de diciembre de 1906 en su Mensaje Especial al Congreso con relación al Canal, primer mensaje ilustrado con fotografías, resumió los progresos: describió los hospitales, las viviendas de los obreros, las pesadas lluvias que eran una presencia constante. Dedicó extensos párrafos a los progresos en sanidad



y elogiar a Gorgas. En una carta privada, éste comentó: *“fue increíble. No esperaba nada semejante. Creo que nunca un médico militar tuvo tal reconocimiento en un mensaje presidencial. Esto marca el acmé de mi carrera.”*¹⁸ Los progresos sanitarios no tenían precedentes y eran indiscutibles: la fiebre amarilla había desaparecido, no había más cólera. Entre los norteamericanos no había habido una sola muerte por enfermedad en los últimos tres meses, un récord increíble para Panamá, y aún para muchas ciudades de Estados Unidos. Los servicios médicos en el istmo eran de hecho *“tan buenos como los que se obtienen en nuestros mejores hospitales nacionales”*. Todos los servicios

18. MC CULLOUGH, D. Op.cit.p.500.



hospitalarios eran gratuitos para los trabajadores del canal. El Departamento de Sanidad administraba un presupuesto de dos millones de dólares anuales. Más de una docena de nuevos hospitales y dispensarios se habían construido en el último tiempo. El tráfico a través del canal podría realizarse sin temor.

Entreactos

La diplomacia en salud entre guerras, comercio internacional y cuarentenas

A través de estas tres escenas se ha expuesto cómo la fiebre amarilla se constituye durante el período en un factor central de un nuevo orden internacional en el continente americano.

Las cuarentenas

Como se ha visto las cuarentenas como una medida epidemiológica de protección en los puertos aparecen en el centro de las disputas científicas, políticas y económicas por ser un dispositivo que afectaba intereses afectando personas, animales y mercancías –especialmente las perecederas–

Los liberales británicos veían en las disposiciones sobre la cuarentena una violación irracional del principio de libre comercio y realizaron todos los esfuerzos posibles por erradicar tales síntomas de “tiranía y locura católica”.

Desde La Habana durante la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1902 Eduardo Liceaga, higienista mexicano declara: *“La Conferencia que se reunió en México acaba de dar una prueba al mundo del progreso extraordinario a que están llamadas las naciones del hemisferio occidental [...] Sus resoluciones suprimen ya la palabra cuarentena y la sustituyen por la inspección y la desinfección . Suprimen la cuarentena prohibitiva respecto de los artículos manufacturados y mercancías. Establecen que las mercancías de tránsito no están sujetas a detenciones. Proponen que los gobiernos se presten mutua cooperación y se las proporcionen a las autoridades municipales y provinciales para el saneamiento de los puertos y con el objeto de reducir, hasta suprimir las restricciones cuarentenarias.”*¹⁹

Los mosquitos contra los cañones

La historia muestra múltiples ejemplos espectaculares de epidemias que diezmaron ejércitos y dieron vuelta el curso de la historia. En nuestro caso es imposible soslayar el desastre que cayó sobre las tropas francesas enviadas a Santo Domingo en 1802 para combatir la rebelión de Toussaint L'Ouverture. En pocos meses la fiebre amarilla y otras enfermedades tropicales destruyeron por completo a una fuerza de más de 30.000 soldados. Esta espectacular demostración de poder de una enfermedad para aniquilar a una fuerza militar europea en ultramar supuso un especial incentivo para la creación de la sanidad militar que surge con la incorporación de un cuerpo médico en el ejército francés.

19. VERONELLI, JC; VERONELLI, M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Buenos Aires: OPS, 2004, p.353.

En el período analizado las guerras son protagonistas: Argentina, Brasil y Uruguay participan de la guerra contra el Paraguay. Son las tropas desmovilizadas las que traen la fiebre amarilla a Buenos Aires y las principales ciudades de la cuenca del Paraná. Es en uno de los últimos bastiones sureños de la guerra civil norteamericana, en Memphis, que se desata la que en Estados Unidos fue la peor epidemia de fiebre amarilla del siglo, es en la guerra contra España en territorio de Cuba donde EE UU pierde 2.500 soldados por la fiebre amarilla contra 385 en el campo de batalla.

Esto ayuda a entender, porqué la sanidad militar norteamericana se involucró tanto en la lucha contra esta enfermedad y aunque su aporte real en la investigación es controversial -ayudó a probar definitivamente la hipótesis de Finlay sobre el rol del vector- no hay duda de que fue desde sus propios marcos que “la guerra contra el vector” fue llevada a cabo probando su eficacia en dos frentes considerados imposibles: limpiando un puerto paradigmático como el de La Habana y viabilizando la obra del canal de Panamá.

Los cañones abren las puertas al comercio

“...lo esencial no es el intercambio y la circulación, sino la inscripción misma, con sus rasgos de fuego... y sus bloques de deudas. Nunca la estructura blanda funcionaría, y no haría circular, sin el duro elemento maquínico que preside las inscripciones.”²⁰

20. DELEUZE, G; GUATTARI, F. El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia. Buenos Aires: Paidós, 1985, p. 195.

Como aseveran en esta cita Deleuze y Guattari aunque el período en estudio muestra el auge del comercio internacional, es imposible soslayar el rol que las guerras de la independencia en América y las de expansión del imperio británico en el mundo tuvieron para consolidar este comercio –la inscripción de un orden por la fuerza-

Las guerras de la independencia abrieron un enorme espacio al comercio británico inicialmente, y al europeo y norteamericano después. La guerra de la Triple Alianza muestra en palabras de Alberdi su obvia intención comercial. Del mismo modo puede caracterizarse la guerra de EE UU contra España por sus últimos territorios de ultramar o la promoción de la secesión de Panamá para dar autonomía restringida al país que iba a permitir la concreción del canal que unió el Atlántico con el Pacífico.

La diplomacia en salud

Para evaluar los avances de la diplomacia en salud es necesario pensar los -a veces sinuosos- caminos por los que la salud pública se abrió paso como una función de Estado. Y aunque este no es el eje de nuestro trabajo la importancia de la salud pública en una era mercantilista queda claramente reflejada por John Adams, segundo presidente de los EE. UU. que en un mensaje al Congreso refiriéndose a las epidemias señaló: *“...cuando pensamos que este desorden fatal ha atacado en unos pocos años repetidamente algunos de nuestros principales puertos marítimos con malignidad creciente, y cuando consideramos la magnitud de los males que surgen de la interrupción de los*

*negocios privados y públicos por lo cual los intereses nacionales están profundamente afectados, creo que es mi deber invitar a este Congreso de la Unión a examinar la pertinencia de establecer regulaciones apropiadas en ayuda de las leyes de salud de los respectivos Estados. Ya que estos se han formado la idea que las enfermedades contagiosas pueden ser transmitidas por las vías del comercio, parece ser una necesidad que el Congreso, el único que puede regular el comercio, debería delinear un sistema que mientras puede tender a preservar la salud general, sea compatible con los intereses del comercio y la seguridad de las ganancias.”*²¹

La diplomacia fue por muchos años una práctica esporádica y bilateral, no fue sino hasta mitad del siglo XIX que se pensó en la diplomacia multilateral. La salud fue luego de del telégrafo uno de los primeros argumentos para establecer conferencias internacionales. La primera conferencia sanitaria internacional se realizó en París en 1851 con participación de doce países (un médico y un diplomático por cada Estado).

Las conferencias internacionales de salud llegaron a América justo después de la gran epidemia del Misisipi. En efecto en 1881 por pedido de EE UU se reunieron en Washington delegados de 26 países. Sus representantes provenían del campo diplomático más que de la ciencia o la medicina. Pronto quedaría en evidencia como señala Mc Neill que el interés principal de los países de Europa era controlar el cólera mientras que la Fiebre Amarilla era la principal preocupación de los EE UU

21. TOBEY, J. [1978]The National Government and Public Health. New York: Arno Press, 1978, p.21.

para avanzar hacia su frontera sur.

Puede llamar la atención la contemporaneidad del nacimiento y de la extensión del panamericanismo en salud como iniciativa diplomática con una serie de hechos como la guerra de EE UU contra España, la independencia condicionada de Cuba, el bloqueo y bombardeo a Venezuela por una fuerza mixta de varios países europeos por no honrar su deuda externa, o que el propio territorio panameño quedase desgajado de Colombia.

Los tiempos eran difíciles y tal vez por ello el número de países que asistieron a la convocatoria de la primera Conferencia fue inferior al deseado. *“A pocos meses de terminada la Segunda Conferencia Panamericana en México, hacia fines de 1902, las costas de Venezuela fueron bombardeadas por unidades navales de Gran Bretaña y Alemania, a las que se agregaron las de Italia. El objetivo de esta intervención conjunta fue exigir el cobro de las deudas del gobierno venezolano pendientes con particulares europeos. Aunque dicha intervención supuso de hecho un desafío a los contenidos de la Doctrina Monroe (“América para los americanos”), el gobierno norteamericano la justificó con el llamado “primer Corolario Roosevelt”, que limitaba la aplicación de la doctrina a los casos de adquisición de territorio en América por parte de una potencia no americana, y respaldaba la intervención de potencias extrarregionales originada por el cobro de deudas como la efectuada por las potencias europeas en Venezuela.”*²²

22. Historia General de las Relaciones Exteriores Argentinas. www.argentina-rree.com/8/8-020.htm [visitado el 22 de setiembre de 2007].

Varios países sudamericanos se sintieron solidarios con Venezuela y asumieron la presentación del Canciller argentino Luis María Drago quien enunciaba en lo que luego se conoció como Doctrina Drago “(...) *Entre los principios fundamentales del Derecho Público Internacional que la humanidad ha consagrado, es uno de los más preciosos el que determina que todos los Estados, cualquiera que sea la fuerza de que dispongan, son entidades de derecho, perfectamente iguales entre sí y recíprocamente acreedoras, por ello, a las mismas consideraciones y respeto. El reconocimiento de la deuda, la liquidación de su importe, pueden y deben ser hechos por la nación, sin menoscabo de sus derechos primordiales como entidad soberana, pero el cobro compulsivo e inmediato, en un momento dado, por medio de la fuerza, no traería otra cosa que la ruina de las naciones más débiles y la absorción de su Gobierno con todas las facultades que le son inherentes por los fuertes de la tierra*”.

Otros son los principios proclamados en este Continente de América: “*Los contratos entre una nación y los individuos particulares son obligatorios, según la conciencia del soberano, y no pueden ser objeto de fuerza compulsiva -decía el ilustre Hamilton-. No confieren derecho alguno de acción fuera de la voluntad soberana*”. *Los Estados Unidos han ido muy lejos en ese sentido*” “(...) *El cobro militar de los empréstitos supone la ocupación territorial para hacerlo efectivo y la ocupación territorial significa la supresión o subordinación de los gobiernos locales en los países a que se extiende*”.

El período está también marcado por el surgimiento de la diplomacia con un particular énfasis colocado en los aspectos

sanitarios al punto que la conexión entre la creación de organismos políticos (OEA) y sanitarios (OPS) en el continente es prácticamente una única operación.

Según Kierman²³ *“cuando el Presidente de los Estados Unidos Theodore Roosevelt dio la bienvenida a los delegados a la Primera Convención Sanitaria General Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington, D.C., en diciembre de 1902, sus pensamientos pueden haber estado, al menos en parte, a unas 2.000 millas de allí, en el inconcluso Canal de Panamá”*. La resolución final de la convención declaraba: *“Se resuelve, además, que la Oficina Sanitaria Internacional estará obligada a prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea, para contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de dichas Repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas”*²⁴

La Argentina y otros países de Sudamérica, principalmente Brasil y Chile estrechamente vinculados a Inglaterra en la época, vieron con cierto escepticismo y temor el surgimiento de la iniciativa de EE. UU. Básicamente porque recelaban de su expansionismo territorial y porque en base al Corolario Roosevelt sentían, siguiendo la postura de Drago, que se habían desandado los principios definidos en la Doctrina Monroe (América para los Americanos) avalando en los hechos el bloqueo a Venezuela por parte de potencias europeas.

23. KIERMAN J. 100 años de panamericanismo 1902 - 2002. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002, Vol. 6, nº 2.

24. KIERMAN, J. Op.cit.

La higiene pública de Buenos Aires estaba fuertemente influida por el modelo europeo –que como vimos en base a su experiencia con el cólera centraba sus medidas en el urbanismo y confiaba en el desarrollo de redes extensas de agua potable. Sus principales referentes Coni y sobre todo Penna –que sostenía al igual que Reed pocos años antes la teoría del *Bacillus icterico-* desconfiaban de la teoría de los vectores y revalidaban la importancia de las cuarentenas que, además de sus beneficios sanitarios debía tener una funcionalidad en el control migratorio, justamente en los años en que el país recibía contingentes de europeos pobres, anarquistas y socialistas.

Una serie de congresos latinoamericanos durante el período muestra el intento de contraponer esta influencia y crear un polo científico latinoamericano, aunque éste perdió convocatoria con el tiempo.

A pesar de los intentos de obtener una autonomía relativa la salud internacional continuaría asociada al comercio y a las relaciones internacionales hasta nuestros días. Con todos sus sustanciales avances el Nuevo Reglamento Sanitario Internacional adoptado por los países en el marco de la OMS en el 2005 expresa *“La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”*²⁵

25. Reglamento Sanitario Internacional: www.who.int [visitado el 26 de junio de 2007].

A modo de conclusión

La Fiebre Amarilla, el vómito negro o la Fiebre de las Antillas ha sido una compañera inseparable de la historia del continente, al menos en el largo período que va desde el descubrimiento de América hasta la construcción del canal de Panamá.

La enfermedad encontró óptimas condiciones ecológicas para mantenerse endémica en el Caribe -al que de alguna manera contribuyó a constituirle su fama de región peligrosa- pero al tornarse esta región paso obligado de todas las grandes flotas hacia y desde Europa y África se constituyó en un ámbito de distribución de epidemias que azotaron con particular intensidad a las ciudades puerto que se acostumbraron -no sin disgusto- a las cuarentenas como única herramienta de defensa con las consiguientes pérdidas económicas que ello conllevaba.

En nuestra primera escena fuimos testigos de las grandes

epidemias de Buenos Aires (1871) y Memphis (1878) que muestran similitudes llamativas: ingreso de enfermos por vía fluvial, movimiento de personas desmovilizadas de la guerra, el aumento del transporte ferroviario y marítimo a vapor, la resistencia a la notificación por sus consecuencias legales y económicas, el clima particularmente cálido, el carnaval facilitando la multiplicación de los expuestos, la demora en reconocer la gravedad de la epidemia, médicos y autoridades negligentes, otros médicos, personal de salud y voluntarios heroicos, gran número de víctimas, la evacuación de la ciudad de los que podían hacerlo y el abandono a su suerte de la población de bajos ingresos.

Estas epidemias en su crueldad, no podrían ser más didácticas: los gobiernos de las nuevas Repúblicas no pueden ignorar que el progreso, el comercio, las grandes obras de ingeniería están estrechamente asociadas al descubrimiento y aplicación de medidas eficaces para evitar catástrofes que pueden destruir en semanas lo acumulado en décadas.

La epidemia de Buenos Aires y la posterior federalización de la Ciudad constituyeron el prólogo para el nacimiento de lo que sería el Departamento Nacional de Higiene y la Asistencia Pública de la Ciudad.

La gran epidemia del Mississippi con epicentro en Memphis llevó al gobierno de los EE UU a constituir una comisión que colocaba la Salud Pública a nivel de la política federal, función que hasta entonces había sido asumida por los gobiernos locales.

Eran tiempos de fuertes controversias y los debates entre las teorías miasmáticas y las contagionistas distaban mucho de ser meras discusiones académicas. Las consecuencias prácticas abonando a favor o en contra de las cuarentenas con sus claras repercusiones económicas tiñen el período.

Nuestra segunda escena nos lleva a La Habana, puerto distribuidor por excelencia no solo de mercancías sino también de los principales riesgos que amenazaban las ciudades puertos de uno y otro lado del Atlántico. Las misiones a La Habana se sucedieron sin dar crédito a las observaciones de los científicos cubanos que representados por Finlay defendían la teoría del vector desde hacía mucho tiempo. La batalla científica entre Walter Reed y Finlay seguirá siendo objeto de interés para entender el etnocentrismo académico pero lo real es que durante la invasión y el posterior retiro condicionado de EEUU de la isla quedaron plasmados dos grandes dispositivos que marcarán el siglo que se iniciaba:

El epidemiológico: La clara relación de la fiebre amarilla con un vector que permite cortar la cadena epidemiológica de transmisión a través de una organización militar con elementos tan básicos como mosquiteros, la eliminación de criaderos del mosquito, aplicación de aceites minerales para matar las larvas, el tapado de depósitos de agua dulce, conquistas luego reforzadas por la extensión de las redes de agua y cloacas.

El político: La enmienda Platt define una independencia condicionada de la cual forma parte la eficacia para man-

tenerse libre de fiebre amarilla inaugurando una nueva forma de construcción de influencia sin control territorial. Nos referimos a las diversas formas del neocolonialismo que contrastan con el modelo del imperio británico y que van a mostrar a largo plazo sus ventajas estratégicas.

En este contexto nace el panamericanismo y la salud internacional. La simultaneidad de la independencia condicionada de Cuba, la puesta en marcha de los planes del canal de Panamá y el nacimiento de la OPS ayudan a comprender los contextos de producción de la salud internacional en el continente. La bienvenida de Roosevelt -uno de los presidentes más involucrado en la promoción de acuerdos sanitarios- a la reunión inaugural indica la importancia que la salud y el Panamericanismo tenía para EE UU.

La tercera escena nos mostró en toda su magnitud la importancia de los dispositivos aprendidos, desarrollados y validados en La Habana. El surgimiento de Panamá como una nueva república, desgajada de Colombia; el traslado de Gorgas y sus medidas contra la fiebre amarilla, la afirmación del propio Roosevelt frente a los desafíos del canal “el sanitarismo es tan importante como la obra de ingeniería” y su visita personal al istmo, muestran las bases del surgimiento de una nueva potencia aún antes que las dos guerras mundiales consolidaran su posición, básicamente asociada a una pragmática que combinaba el uso de la fuerza, la ciencia y tecnología, la capacidad emprendedora y una diplomacia directa.

El recorrido dramático intensificado a través de estas tres

escenas nos muestra el rol trazador y organizador que la fiebre amarilla y la gesta de su control y erradicación ocupó en la constitución de un nuevo orden en el continente americano plasmado en la instalación – no sin resistencias- de un pensamiento sanitario panamericanista.

Como en un juego de dominancias rotativas el comercio internacional, las enfermedades epidémicas y las incursiones bélicas han estado a veces contraponiéndose, a veces complementándose hasta llegar a constituir en el continente un orden basado en relaciones internacionales, diplomacia y geopolítica.

Muchas veces las epidemias detuvieron el comercio y asolaron puertos y ciudades, otras veces los intereses del comercio dictaron el sentido de las guerras, muchas veces las epidemias mataron más soldados que las balas, con frecuencias las necesidades del comercio empujaron a terminar con las epidemias. 1870 – 1906: treinta y seis años en donde cañones, mercancías y mosquitos marcaron el ritmo del crecimiento de un Continente.

Bibliografía

ADAN, José A. *El lobbyismo en la independencia de Cuba*. Discurso de ingreso como académico a la Academia de Historia de Cuba. 27 de febrero de 1977.

ALBERDI, Juan Bautista. *La guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Hyspamérica, 1988.

Juan Bautista Alberdi y su oposición a la guerra contra el Paraguay. <http://www.cema.edu.ar/ceieg/arg-rree/6/6-037.htm>. 9-4-2007

ARMUS, Diego (compilador). *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

ARMUS, Diego. *El Descubrimiento de la Enfermedad como Problema Social* en Lobato Mirta (Dir) Nueva Historia Argentina. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000, Tomo 5, páginas 507 a 551.

CALDWELL CROSBY, Molly. *The American plague. The untold story of yellow fever, the epidemic that shaped our history*. New York: Berkley Books, 2006.

CHAPARRO, Félix. *José Roque Pérez. Un héroe civil argentino*. Rosario: Multicartas Editores, 1951.

CUETO Marcos. *O Valor da Saude; Historia da Organizacao Pan-americana da Saude*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós, 1985.

GALEANO, Eduardo. *La guerra contra el Paraguay* en http://prodiversitas.bioetica.org/nota_87.htm [visitado el 9 de abril de 2007].

GARCIA, Juan César. *Pensamiento social en salud en América Latina*

Méjico: OPS – Interamericana – McGraw Hill, 1994.

HOWLIN, Diego. *Vómito Negro; Historia de la Fiebre Amarilla en Buenos Aires en 1871* en www.revistapersona.com.ar No 34 [visitada el 22 de septiembre de 2007].

HUDSON, W.H. *Ralph Herne*. Buenos Aires: Letemendia Casa Editora, 2006.

ICHIKAWA MORIN, Emilio. *El hombre de la enmienda* en <http://www.arch1.cubaencuentro.com/opinión/20050215/ec2539e6afabb58c27c815a349dec709/1.html> [visitado el 24 de junio de 2011].

ADAN, Jose. *El lobbyismo en la independencia de Cuba* en <http://www.autentico.org/oa09036.php> [visitado el 24 de junio de 2011].

KIERNAN, James. *Cien años de panamericanismo 1902 – 2002*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002, volumen 6, Número 2.

LIMA, Nisia Trindade. *História da Saúde na América Latina: o papel das conferencias sanitárias Pan-americanas (1902-1958)*. En: SOUZA MINAYO, Ma.C; COIMBRA Jr.Carlos (organizadores) *Críticas e atuantes. Ciências Sociais Humanas em Saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LÖWY Ilana. *Virus, Mosquitos e Modernidade; a Febre Amarela no Brasil entre Ciência e Política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MALOSETTI COSTA, Laura. *Los primeros modernos. Arte y sociedad en Buenos Aires a fines del siglo XIX*. Buenos Aires: FCE, 2001.

MCCULLOUGH, D. *The path between the seas. The creation of the Panama Canal 1870-1914*. New York: Touchstone Books, 1977.

MCNEILL, William H. *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI Editores, 1984.

RECALDE, Héctor. *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario, 1997.

TOBEY, James. *The National Government and Public Health*. New York: Arno Press, 1978.

VERONELLI, Juan C; VERONELLI CORRECH, Magali. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: OPS, 2004.

WEINBERG, Albert K. *Destino Manifiesto*. Buenos Aires: Paidós, 1968.

Sumario

Prólogo	07
Introducción	13
Una obra en tres actos.	
Primer Acto	17
El Carnaval y sus máscaras.	
Segundo Acto	35
Guerra e Independencia condicionada.	
Tercer Acto	51
Sacando provecho de las lecciones aprendidas.	
Entreactos	63
La diplomacia en salud entre guerras, comercio internacional y cuarentenas.	
A modo de conclusión.	73
Bibliografía.	79

Esta edición se terminó de Imprimir en la Imprenta Tecnooffset
en Agosto de 2011.

