

**EL SURGIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA MODERNA EN ALGUNOS
PAÍSES LATINOAMERICANOS: TEORÍAS, MÉTODOS Y FUENTES PARA
SU ESTUDIO**

**THE EMERGENCE OF MODERN PUBLIC HEALTH IN SOME LATIN
AMERICAN COUNTRIES: THEORIES, METHODS AND SOURCES FOR ITS
STUDY**

*Ana María Carrillo*¹

Universidad Nacional Autónoma de México

ORCID: 0000-0002-7981-2065

*Yesenia Martínez García*²

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

ORCID: 0009-0005-7141-0247

Resumen:

Tomando como ejemplos investigaciones realizadas por nosotras acerca del nacimiento y desarrollo de la salud pública moderna en México y Honduras, en este artículo discutimos tanto las líneas de investigación como los temas de análisis, las teorías, los tipos de fuentes y los métodos que hemos utilizado para historiar la salud pública, como un ejercicio metodológico en que procuramos algunas comparaciones con las experiencias de otros países de América Latina y el Caribe, e intentamos hacer una síntesis de nuestras perspectivas.

Palabras clave: salud pública, teorías, líneas de investigación, fuentes, América Latina.

Abstract:

Taking as examples our research on the birth and development of modern public health in Mexico and Honduras, in this paper we discuss both the lines of research and the topics of analysis, the theories, the types of sources and the methods we have used to historicize public health, as a methodological exercise in which we seek to draw some comparisons

¹ Ana María Carrillo. Responsable del proyecto “Historia social de la lucha contra la poliomielitis en México”. Facultad de Medicina, UNAM. Referencia FM/D1/038/2022. Coordinadora del Seminario Internacional de Historia de la Medicina y la Salud Pública. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Participante en la Red Iberoamericana de Investigación: Estudios Sociales sobre Salud (RIIESSAL) y en el Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

² Yesenia Martínez García participa en el Proyecto de Investigación PAPIIT IG400420 “Dinámica de los exilios en Iberoamérica”, de la Universidad Nacional Autónoma de México; y en el Proyecto “Del olvido a la memoria, entrenando maestras en el estudio de la historia África y afrodescendientes en Centroamérica”, UNESCO-Universidad de Costa Rica. Co-coordinadora del Seminario Permanente de Estudios sobre las Endemias y Epidemias en Iberoamérica (SPEHSEEI).

Número 55, diciembre 2025, pp. 107-135

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.05>

with experiences in other countries in Latin America and the Caribbean, and attempt to synthesize our perspectives.

Keywords: public health, theories, lines of research, sources, Latin America.

Fecha recepción: 3/2/2025

Fecha aceptación: 9/6/2025

Introducción

En las últimas décadas, la historia de la salud pública ha recibido una atención creciente por parte de historiadores y científicos sociales de América Latina y el Caribe. Los temas investigados van desde los avances en higiene pública en el periodo anterior a la conquista de América, hasta la visión del Sur global sobre la salud pública internacional y la salud planetaria. Uno de los temas más estudiados es el del papel desempeñado por la salud pública en la consolidación de los Estados nacionales,³ lo cual ocurrió en un tiempo de transición entre la historia moderna y contemporánea en el contexto de las relaciones capitalistas, si bien con diversa intensidad y ritmos también distintos en los países de la región.

En este artículo abordamos el nacimiento y desarrollo de la salud pública moderna en México⁴ y Honduras⁵ —a la que concebimos como esfuerzos nacionales ligados a la salud pública internacional—, para hablar de las líneas de investigación, los temas de análisis, los tipos de fuentes, las teorías y los métodos que hemos utilizado, como un ejercicio metodológico en el que procuramos algunas comparaciones con las

³ Marcos Cueto y Steven Palmer, *Medicina y salud pública en América Latina. Una historia* (México: Fondo de Cultura Económica, 2024).

⁴ Ana María Carrillo, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, *História, Ciência, Saúde. Manguinhos*, Vol. IX, suplemento (Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002), pp. 67-87. Disponible desde Internet en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/hfzR3gPFzFGwNN5XFk39g5w/?lang=es>; Ana María Carrillo, “Salud pública y poder durante el México cardenista: 1934-1940”, *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, Vol. XXV (Granada: Fundación de Granada, 2005), pp. 145-178. Disponible desde Internet en: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114016/142473>; Ana María Carrillo, *El nacimiento de la salud pública moderna en México* (2 vols., México: Instituto Nacional de Antropología e Historia / Historiadores de las Ciencias y las Humanidades), (en imprenta).

⁵ Sixta Yesenia Martínez, “Estado, médicos y población subalterna: los sujetos de la política sanitaria, entre los nexos de la salud nacional y transnacional en Honduras, 1902-1932” (tesis doctoral inédita, Zamora: Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán, 2023).

experiencias con otros países de América Latina y el Caribe, e intentamos hacer una síntesis de nuestras perspectivas.

El caso de México ha recibido hasta hoy más atención que el de Honduras, quizá porque en este país hubo menos avances que en México y otros países como Argentina, Brasil, Cuba o Costa Rica. Se trata de historias con numerosas similitudes. La preocupación por la salud colectiva en uno y otro territorio fue anterior a la conquista de los pueblos originarios por parte del Imperio español, y continuó tanto durante la época colonial como a partir de la consumación de las independencias en 1821. Pero fue entre las últimas década del siglo XIX y primeras del XX cuando, en ambos países, se dio la transición del sanitarismo a la salud pública, porque en ese periodo las medidas sanitarias dejaron de estar basadas en la teoría miasmática y lo estuvieron en los entonces recientes descubrimientos de la bacteriología y otras ciencias médicas; fueron promulgadas leyes sanitarias, se crearon organismos sanitarios con jurisdicción nacional (en ambos países en 1917), y hubo presión de las burguesías exportadoras de Honduras y México y de corporaciones multinacionales para combatir epidemias y endemias en áreas estratégicas para la economía. Sin embargo, también hay diferencias en estas historias, como las hay entre ellas y otros países de la región.

Partimos de la conceptualización de la salud pública. Es casi siempre aceptado que, como disciplina científica, la Salud Pública es un campo de conocimiento que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las poblaciones por medio de la prevención, control y erradicación de las enfermedades, la promoción de la salud y otras intervenciones sanitarias; mientras que, como práctica social, la salud pública es la aplicación de ese conocimiento a los sistemas de salud y la sociedad. A diferencia de la investigación biomédica y de la medicina clínica, que se enfocan, respectivamente, en el nivel subindividual y el nivel individual, la salud pública se centra en la perspectiva poblacional.

Sin embargo, por un lado, el concepto y la práctica de la salud pública son cambiantes, y, por otro, en una misma sociedad conviven visiones opuestas sobre el origen y la manera de hacer frente al proceso salud-enfermedad. Por ello, un problema a

resolver fue tratar de precisar qué se entendía por salud pública en esos países y ese periodo, e identificar concepciones en pugna.

Consideramos que el contexto, el espacio, la persona y el tiempo son sujetos para historiar la salud pública. Siguiendo a Borde y Torres Tovar, concebimos al espacio como territorio en el que se dan los procesos de producción y reproducción social, que junto al metabolismo sociedad-naturaleza, establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan.⁶ Vemos a la persona con sus características: identidad, género, etnia y clase social. Y pensamos el tiempo como historia.⁷

Los actores en nuestras investigaciones son, entre otros, los Estados, personificados por autoridades políticas nacionales o locales y por la burocracia sanitaria; instituciones como escuelas y academias de medicina; organismos internacionales como asociaciones o fundaciones; médicos y otros profesionales de la salud y la comunidad epistémica especializada en salud pública internacional; población en general y población subalterna en particular. Entre estos sujetos históricos de la política sanitaria, la investigación sobre Honduras problematizó de manera particular a Estado, médicos y población subalterna, en el escenario de una geografía donde se desarrolló la economía transnacional del banano, y se dio la formación del Estado y de relaciones hegemónicas.

Con la representación de estos actores, el proceso de nacimiento de la salud pública ocurrió en el seno de sociedades que habían optado por la modernidad, y que atravesaban, al mismo tiempo, por profundas transformaciones ocupacionales, demográficas, sociales y culturales; por ello, para construir el contexto, tomamos como base estudios relativos a esos largos periodos, y también los abordados en el contexto de las relaciones entre Estados Unidos y América Latina en las últimas décadas del siglo

⁶ Elis Borde y Mauricio Torres, “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”, *Saúde Debate*, Vol. XLI, núm. especial (Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2017), p. 272. Disponible desde Internet en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HGfY5tF58zqHVtrWtYXkpn/?format=pdf&lang=es>

⁷ Óscar Feo, “Introducción a la epidemiología crítica” (clase virtual, Diploma superior en gestión y políticas de salud internacional y soberanía sanitaria, Posgrados en Ciencias Sociales, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 4º cohorte, 2023).

XIX y primeras del XX, tiempo en el que se construyeron los nexos entre la salud nacional y la salud internacional.

Este proceso coincidió con lo que Adriana Álvarez considera el periodo fundante de la salud pública moderna en Argentina,⁸ y con lo que Gilberto Hochman denomina la era de saneamiento en Brasil, cuando –en la Primera República, es decir desde su proclamación en 1889 hasta la revolución de 1930, pero en particular entre 1916 y 1930– la salud pública, inmersa en una ideología nacionalista, fue elevada a la cima de la agenda política nacional, lo que contribuyó a aumentar la penetración del Estado en la sociedad en el territorio nacional; emergió la articulación de conciencia social de las élites por el problema de la salud a partir de sus intereses económicos, y hubo negociación entre los poderes regionales y poder central, en un contexto con intereses imperialistas;⁹ los poderes públicos intervinieron cada vez en la vida de los ciudadanos,¹⁰ y hubo una inserción de la microbiología en las políticas públicas de saneamiento, y una política integrada entre gobierno y población para erradicar el *Aedes aegypti*, mosquito transmisor de la fiebre amarilla, entre finales del XIX y principios del XX.¹¹ Igualmente, aunque unas décadas más tarde, con lo que Quevedo y colaboradores describen como el tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, el cual estuvo enmarcado por relaciones entre ciencia, salud, economía y política.¹²

Teorías

Situamos nuestro trabajo dentro de la historia social. Enfocada a las epidemias y la salud pública, la historia social tiene como objeto los procesos de construcción histórico-

⁸ Adriana Álvarez, *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en Argentina (siglos xix y xx)* (Argentina: Biblos Investigación y Ensayo, 2010).

⁹ Gilberto, Hochman, *A era do saneamento. As bases da política de Saúde Pública no Brasil* (São Paulo: Hucitec, 1998).

¹⁰ Jaime Larry Benchimol, *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil* (Rio de Janeiro: Fiocruz / UFRJ, 1999).

¹¹ Para el caso de São Paulo, Marta de Almeida. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)* (Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2003)

¹² Emilio Quevedo et al., *El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004).

social y cultural de las formas del enfermar humano, así como la respuesta socialmente organizada para enfrentarlas; también, la manera en que unas y otras afectan la vida cotidiana de los ciudadanos comunes, en tanto sujetos colectivos.¹³

Abrevamos de los pioneros en mostrar que la historia de la medicina es parte de la historia integral de la sociedad humana: Henry Sigerist¹⁴ en primer lugar. De él dijo Alan Gregg: “Más allá y por encima de cualquier otro nos hizo tomar conciencia de que la medicina es el estudio y la aplicación de la biología en una matriz que es a la vez histórica, social, política, económica y cultural”.¹⁵ Siguiendo esa tradición, su discípulo George Rosen planteó que la salud pública refleja el desarrollo de la ciencia médica y de la técnica; pero depende, en su aplicación eficaz, de elementos económicos, políticos, sociales y culturales ajenos a la medicina.¹⁶ En palabras de Elizabeth Fee, la historia de George Rosen proporcionó el marco y estableció la agenda para muchas investigaciones y escritos posteriores sobre la historia de la sanidad pública.¹⁷ Los trabajos de Erwin H. Ackernecht, Asa Briggs, David Arnold, Terence Ranger, Paul Slack y Richard J. Evans, entre muchos otros, han sido también importantes para conectar la salud, la enfermedad y la salud pública con estructuras y sociedades del pasado.¹⁸

¹³ Charles E. Rosenberg, *Explaining Epidemics, and other Studies in the History of Medicine* (New York: Cambridge University Press, 1992).

¹⁴ Henry Sigerist, *Hitos en la historia de la salud pública* (México: Siglo XXI Editores, 1984) (1ª ed. 1956); Henry Sigerist, *Civilización y enfermedad* (México: Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, 1987) (1ª ed. 1943).

¹⁵ Alan Gregg, citado por Theodore M. Brown y Elizabeth Fee, “Henry E. Sigerist Medical Historian and Social Visionary”, *American Journal of Public Health*, Vol. XCIII, núm. 1 (Washington, DC: American Public Health Association, 2003), p. 60; Elizabeth Fee y Theodore M. Brown, “The Renaissance of a Reputation”, en Elizabeth Fee y Theodore Brown (eds.), *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997), pp. 1-11. Disponible desde Internet en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1447692/pdf/0930060.pdf>

¹⁶ George Rosen, *A History of Public Health*, edición ampliada revisada (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015) (1ª ed. 1958).

¹⁷ Elizabeth Fee, “Public Health, Past and Present: A Shared Social Vision”, en G. Rosen, *A History of Public Health*, p. IX.

¹⁸ Erwin H. Ackernecht, *A Short History of Medicine* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016); Asa Briggs, “Cholera and society in the nineteenth century”, *Past and Present*, Vol. XIX, núm. 1 (Oxford: Oxford University Press, 1961), pp. 76-96; David Arnold (ed.), *Imperial Medicine and Indigenous Societies* (Manchester: Manchester University Press, 1988); Terence Ranger y Paul Slack (eds.), *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992);

Roy Porter y Dorothy Porter señalan que el interés por la historia de la salud pública creció dentro del interés por la consolidación del Estado moderno y el desarrollo de los sistemas de bienestar social, y que trabajos como los de George Rosen estaban relacionados con la vacunación y las reformas sanitarias; pero los de los historiadores contemporáneos se concentran en la historia de la acción colectiva en relación con la salud de las poblaciones.¹⁹ Para ella, la historia de la salud de la población está intrínsecamente ligada a la historia del funcionamiento del poder, y ello implica examinarla como fenómeno político en cualquier época y en diferentes contextos nacionales e internacionales.²⁰ Tal historia “conciene a las relaciones sociales, económicas y políticas de la salud, entre clases, estructuras sociales, organizaciones, grupos de presión, políticos y Estados”.²¹

Han tenido influencia sobre nuestras investigaciones los estudio sobre redes, particularmente los realizados por estudiosos de las redes intelectuales en Centroamérica y América Latina —a las que integraron los médicos y políticos que promovieron la legislación, y el proyecto de salud pública moderna—, en momentos en que se tejían la imagen de nación, los proyectos de federación o unionismo centroamericano, y la defensa de la soberanía de la región, ante la injerencia colonialista de Estados Unidos, durante las tres primeras décadas del siglo XX.²²

Nos apoyamos igualmente en los aportes de Antonio Gramsci, como el autor que identifica a los grupos subalternos en contextos de relaciones de dominio o excluidos de

Richard J. Evans, *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years, 1830–1910* (Oxford: Clarendon Press, 1987).

¹⁹ Roy Porter y Dorothy Porter, *In Sickness and in Health: The British Experience 1650–1850* (Glasgow: Fourth Estate, 1988).

²⁰ Dorothy Porter, “The History of Public Health: Current Themes and Approaches”, *Hygiea Internationalis*, Vol. I, núm. 1 (Linköping: Linköping University Electronic Press, 1999), p. 21. Disponible en Internet en: <https://www.ida.liu.se/ext/inhph/intern/ra/002/first.pdf>

²¹ Dorothy Porter, *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times* (London: Routledge, 1999), p. 4.

²² Ricardo Melgar Bao, *Redes e imaginario del exilio en México y América Latina: 1934-1940* (México: Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe, 2018); Eduardo Devés Valdés, *El pensamiento latinoamericano en el siglo XX* (Santiago de Chile: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, Editorial Biblos, 2004); Marta Casaús y Teresa García, *Las redes intelectuales centroamericanas: un siglo de imaginarios nacionales (1820-1920)* (Guatemala: F&G Editores, 2005).

su vida propia y colectiva, y subordinados por la hegemonía,²³ así como en estudios culturales, como los de Stuart Hall, y Mahomood Mandani,²⁴ quienes aplican el análisis de las relaciones de hegemonía y de subalternidad a los estudios del Estado.

De estos autores se logra la referencia no solo teórica sino metodológica para el análisis de la reglamentación del Estado moderno y sus discursos, donde se incluye las disposiciones de sanidad, inmigración y colonización, lo cual facilita encontrar el discurso y el debate en el que se visibiliza el nexo entre la política sanitaria nacional y la salud trasnacional, promovida después de 1902 en el continente.

Coincidimos plenamente con Emilio Quevedo y su equipo de investigación en que un estudio de historia de la salud pública debe realizar análisis que den cuenta, por un lado, de los procesos macroestructurales de reproducción de las diferentes sociedades, y de los procesos jurídico-político-ideológicos de construcción de relaciones hegemónicas entre los grupos de poder, y las distintas clases y grupos sociales, en momentos concretos de su historia; y, por otro, en las relaciones geopolíticas que han influido y continúan influyendo de forma transversal, en esos procesos comunes a los distintos países de una región.²⁵ Dicen ellos que este estudio debe tener en cuenta:

...los grandes procesos, agendas y orientaciones políticas, conceptuales y técnicas que han cruzado el campo de la salud en dimensión internacional en diferentes épocas, pero también las diferentes formas como esos grandes procesos, agendas y orientaciones políticas, conceptuales y técnicas han sido

²³ Antonio Gramsci, “Cuaderno 25 (XXIII) 1934. Al margen de la historia (Historia de los grupos sociales subalternos)”, *Cuadernos de la cárcel*, t. VI (México: Ediciones Era, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2000), pp. 178-187; Madonesi Massimo, *Subalternidad, antagonismo, autonomía. Marxismo y subjetivación política* (Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2010), pp. 25-51.

²⁴ Stuart Hall, *The Fateful Triangle. Race, Ethnicity, Nation* (Cambridge: Harvard University Press, 2017); Mahomood Mamdani, *Define and Rule: Native as Political Identity* (Cambridge: Harvard University Press, 2012).

²⁵ Emilio Quevedo *et al.*, “Un modelo para armar: una propuesta lógica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad”, *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. XI, núm. 3 (Bogotá: Universidad del Rosario, 2013), pp. 295-321, y p. 312. Disponible desde Internet en: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/pdf/10.5555/20143001094>

*transformados en los ámbitos locales y nacionales debido a condiciones geográficas, demográficas, económicas, políticas e históricas específicas a cada lugar; pero también, debido a las acciones, participaciones e intereses de los actores sociopolíticos y de los sujetos de cada espacio geopolítico, social y cultural.*²⁶

Fuentes

Al hacer historia de la salud pública, rastreamos y consultamos una amplia gama de fuentes, y tratamos de constatar la veracidad de su información. En primer lugar las gubernamentales, fueran nacionales o de una región o localidad: cuando estuvieron disponibles, mapas y censos de población y estadísticas vitales: natalidad, nupcialidad, morbilidad y mortalidad; diarios oficiales y memorias de Salud, Educación, Fomento, Gobernación y Hacienda; debates legislativos, y códigos y reglamentos sanitarios, de inmigración y colonización; actas y otros documentos municipales; publicaciones de la burocracia sanitaria y el Cuerpo Médico Militar, así como propaganda e instrucciones de las autoridades sanitarias dirigidas a la población.

El conocimiento de las causas de muerte del pasado, dentro o fuera de tiempos epidémicos, contribuye hoy a explicar las dinámicas históricas de las poblaciones en términos sociales y demográficos (sexo, edades, situación económica);²⁷ y, en la época que estudiamos, exactamente a partir de 1900, hubo por primera vez en el mundo una clasificación internacional uniforme de causas de muerte, basada en la propuesta del estadístico francés Jaques Bertillon, que se aplicó en América antes que en Europa.²⁸

²⁶ *Ibid.*, p. 314.

²⁷ Juan L. Argumaniz, “Enfermedades y síntomas más allá de las epidemias. Las ‘otras causas de muerte’ registradas en Guadalajara, 1762-1825”, en Chantal Cramaussel y Tomás Dimas Arenas (eds.), *Causas de muerte. Aportes metodológicos a partir de fuentes preestadísticas y médicas* (Zamora: El Colegio de Michoacán, 2020), p. 45.

²⁸ Ana María Carrillo y Anne-Emanuelle Birn, “Neighbors on Notice: National and Imperialist Interests in the American Public Health Association”, *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin Canadien d’histoire de la Médecine*, Vol. XXV, núm. 1 (Toronto: University of Toronto Press, 2008), pp. 243-244.

Al revisar las estadísticas vitales, el historiador²⁹ de la salud pública puede ver asentadas nuevas causas de muerte, como la pelagra, que en el último cuarto del siglo XIX afectó de manera particular a los pobres de la zona henequenera de Yucatán, México, y era reflejo de la inadecuada nutrición de tal población,³⁰ o el mal del pinto –discromía caracterizada por manchas azules, rosas o moradas en la cara y el cuerpo– al que sería mejor denominar “enfermedad pintada”, que antes de la llegada de los españoles había sido un símbolo de belleza y de prestigio, pero en el siglo XIX fue visto como una enfermedad estigmatizante.³¹ O, por el contrario, puede ver “desaparecer” de la medicina académica enfermedades, como el empacho, porque no fueron aceptadas en esa primera clasificación internacional de las enfermedades, si bien los médicos indígenas y el pueblo se encargaron de “preservarlas”.

Conocer las principales causas de muerte y confirmar que no siempre coincidieron con los mayores esfuerzos en la salud pública puede ayudar al historiador e historiadora a entender qué intereses pudo haber detrás de las políticas públicas. Es el caso de la fiebre amarilla a principios del siglo XX³² o la anquilostomiasis dos décadas más tarde.³³

Cuando no existen archivos locales el investigador puede recurrir tanto a la consulta de registros civiles y censos de población, como a los registros de www.familisearch.org, donde se encuentran datos no solo de morbilidad y mortalidad, sino también de oficios, identidad y si esta población fue o no atendida por médicos,³⁴

²⁹ Aclaramos que, en todos los casos, al hablar del historiador también nos referimos a la historiadora.

³⁰ Marlene de Jesús Falla, “Las causas de muerte en Motul, Yucatán, 1861-1900”, en C. Cramaussel y T. D. Arenas (eds.), *Causas de muerte*, p. 232.

³¹ Ana María Carrillo, “From Badge of Pride to Cause of Stigma: Combatting Mal del Pinto in Mexico”, *Endeavour*, Vol. XXXVII, núm. 1 (Oxford: Elsevier, 2013), pp. 13-20. Como señala Rosenberg, una enfermedad existe luego de que se le percibe como tal, se le denomina de una determinada manera y se le enfrenta con acciones específicas. Charles Rosenberg, “Introduction Framing Disease: Illness, Society, and History”, en Charles Ernest Rosenberg y Janet Golden (eds.), *Framing Disease: Studies in Cultural History* (New Brunswick: Rutgers University Press, 1992), pp. xiii-xxvi.

³² José López Sánchez, *Finlay. El hombre y la verdad científica* (La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987).

³³ Anne-Emanuelle Birn, *Marriage of Convenience. Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico* (Rochester: University of Rochester Press, 2006).

³⁴ C. Cramaussel y T. D. Arenas (eds.), *Causas de muerte*.

aunque con frecuencia el historiador de la salud pública suele obtener esta información de los estudios de historia demográfica.

Las memorias de Salud proporcionan información sobre lo que Quevedo y colaboradores denominan “la salud del público”: los procesos del enfermar de los grupos humanos, así como las maneras de representárselos que ellos mismos construyen, y los determinantes sociales de la salud de las poblaciones.³⁵ Los presupuestos de Hacienda permiten identificar en qué momento empezó a incluirse a la salud como problema de Estado, y el peso que ella tuvo en distintos periodos en relación con otros asuntos. Mientras que las publicaciones de la burocracia sanitaria muestran la forma en que esta difundía sus actividades entre los profesionales de la salud y el público, y en ellas el historiador puede detectar los mecanismos, sociales y culturales, que están en la base de la asistencia prestada por el Estado.

Los debates legislativos contribuyen a hacer visibles las resistencias de diversos actores –sean autoridades políticas locales, la población en general o parte de ella en particular– a la intervención del Estado en su vida. En este caso, más que lo publicado de manera oficial, está en el análisis del discurso que se construye con las diversas fuentes que produce los órganos legislativos, en pro de la salud pública.

Esa información se encuentra dispersa en archivos nacionales y municipales, además de en los de ministerios u otras instituciones del Estado. Para países de la región centroamericana, la búsqueda de fuentes primarias es un desafío mayor que para otros, como por ejemplo en México, donde hay archivos riquísimos como el General de la Nación y el Histórico de la Secretaría de Salud; sin embargo, archivos de universidades de Estados Unidos cuentan con importante información para varios países de América Latina y el Caribe, entre ellos Honduras. Al analizar las fuentes gubernamentales, intentamos no olvidar que se trata, casi siempre, de una versión oficial, y que –como advertía Luis González y González–, hay que desconfiar de los discursos celebratorios y de propaganda.³⁶

³⁵ Emilio Quevedo *et al.*, “Un modelo para armar”, p. 303.

³⁶ Luis González y González, *El Oficio de historiar* (Zamora: El Colegio de Michoacán, 1999), p. 238.

Otro tipo de fuentes indispensables para el historiador de la salud pública son las publicaciones periódicas de las sociedades médicas, memorias de congresos médicos nacionales o de concursos científicos, correspondencia de profesionales de la salud, documentos de las escuelas o facultades de medicina, y archivos de hospitales. Los últimos son útiles porque las causas de muerte asentadas en los registros de los nosocomios pueden estar relacionadas con los problemas de salud pública,³⁷ y el resto porque permiten identificar el papel de los profesionales de la salud en redes intelectuales y políticas; los debates que la profesión médica ha tenido con el Estado, otros profesionales de la salud, incluyendo los no diplomados, y la población, y su contribución a la salud pública, y también los archivos privados de políticos e intelectuales, hombres o mujeres conectados a redes intelectuales o de exilio, particularmente médicos.

Las memorias de asociaciones y reuniones internacionales, sean de carácter académico o para normar políticas, los archivos de las compañías bananeras, y los de la Fundación Rockefeller o de la Oficina Sanitaria Panamericana proporcionan elementos para identificar problemas de salud y acciones de salud pública; así como para identificar redes profesionales de circulación de saberes, y dar cuenta de las relaciones inequitativas entre países y de las confrontaciones entre intereses imperialistas y nacionales.³⁸

En el pasado, la sociedad, en general, pero particularmente las poblaciones subalternas, sufrieron a causa de los problemas colectivos de salud, pero también por las políticas sanitarias. Coincidimos en acercarnos a ellas con el principio moral de simpatía que tendríamos hoy. Estas poblaciones desempeñaron un papel fundamental al favorecer las medidas de salud pública u oponerse a ellas (contradiscurso). Buscamos sus voces consultando memorias personales, cartas dirigidas a autoridades políticas y la prensa cotidiana, incluyendo a la prensa de oposición, lo que posibilita, por un lado, cotejar las fuentes oficiales y por otro, hallar voces disidentes de aquellas. De igual manera, las

³⁷ Hugo H. Salas, “Las causas de muerte registradas en el Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara, 1811-1823”, en C. Cramausse y T. D. Arenas (eds.), *Causas de muerte*, p. 129.

³⁸ Marcos Cueto, *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud* (Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2004).

fuentes iconográficas, como pinturas y fotografías, y algunas novelas, resultan muy útiles para llegar al sentir de la población al estudiar las epidemias y la salud pública. Es decir, para buscar –como sugería Fernand Braudel– a los seres humanos al evocar los fenómenos que les han atañido;³⁹ y acercarse a las emociones de los enfermos, como hace ya más de tres décadas sugería José Luis Peset.⁴⁰

Métodos

La salud pública es susceptible de ser estudiada por diversas ciencias humanas, sociales y de la salud,⁴¹ y por influencia directa o indirecta de la Escuela de los Anales – con su programa de integración de geografía e historia, ser humano y sociedad, biología y cultura– lo ha venido siendo desde hace tiempo. Dorothy Porter coincide en que la historia de las acciones colectivas en relación con la salud de las poblaciones es un amplio estudio que requiere una mezcla interdisciplinar de métodos de investigación.⁴²

Para ejemplificar. El estudio sobre Honduras emplea herramientas teóricas y metodológicas provenientes la historia y de las ciencias sociales: la sociología, la antropología, la ciencia política, que favorecen articular el análisis empírico con la reflexión teórica; así como aportes de otras disciplinas, como la filosofía y la literatura. En el caso de esta, la novela ficción y la novela histórica, abordan temas de epidemias y condiciones sanitarias de trabajadores u obreros, con lo cual contribuyen al estudio de la salud poblacional y la salud pública. Aquí se considera el concepto de cronotopo de Mitjael Batjin, donde se plantea la ubicación del tiempo y espacio para el análisis de la novela.⁴³

³⁹ Fernand Braudel, *Las ambiciones de la historia* (Barcelona: Crítica, 2002), (1ª ed. 1997).

⁴⁰ José Luis Peset, “Historia del cuerpo. Historia de la mente”, en Antonio Lafuente y Juan José Saldaña (coords.), *Historia de las ciencias* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987), p. 94.

⁴¹ Marcos Cueto y Anne-Emanuelle Birn, “Syllabus del curso: historia social de la salud pública en América Latina”, *História, Ciência, Saúde. Manguinhos*, Vol. III, núm. 1 (Rio de Janeiro: Fundación Osvaldo Cruz, 1996), p. 183.

⁴² D. Porter, “The History of Public Health”, pp. 9-21.

⁴³ Mitjael Batjin et al., *Bakhtin's Theory of the Literary Chronotope: Reflections, Applications, Perspectives* (Gent: Academia Press, 2010).

El estudio sobre México es de historia de la medicina, y emplea el método histórico; pero igualmente cruza fronteras y dialoga con las ciencias sociales y la historia de la ciencia en general, para mostrar que el nacimiento de la salud pública moderna fue resultado de factores científicos, pero también políticos y económicos, así como para rescatar, hasta donde las fuentes lo permiten, las voces de aquellos a quienes iban dirigidas las políticas sanitarias.

Por supuesto, en nuestras investigaciones partimos de balances historiográficos: tanto por lo que toca a los estudios relativos a toda Latinoamérica,⁴⁴ como los generales de algún país de la región,⁴⁵ y los específicos de la región centroamericana –sobre todo los que estudian las relaciones entre Estados Unidos y América Latina, durante los periodos de estudio–⁴⁶. Hay algunos –pocos– trabajos comparativos, como los emprendidos desde Colombia por el equipo liderado por Emilio Quevedo.⁴⁷

En ocasiones, buscamos cubrir vacíos en la historiografía investigando nuevos temas, con exploración de fuentes no conocidas; pero en otras dialogamos con investigaciones ya realizadas o sometimos a fuentes empleadas por otros a nuevas

⁴⁴ Christopher Abel, *Health, Hygiene, and Sanitation in Latin America, 1870-1950* (London: Institute of Latin American Studies, University of London, 1986); Gregorio Delgado García, *et al.*, “El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental”, *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, Vol. VI, núm. 5 (Washington DC, 1999), pp. 350-361. Disponible desde Internet en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8887/0960.pdf;sequence=1>; Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LIV, núm. 2 (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2002), pp. 41-60. Disponible desde Internet en: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/140/137>

⁴⁵ María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública. Chile 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX* (Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria, 1993); Héctor Hernández Llamas, “Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México”, en Federico Ortiz Quesada (ed.), *Vida y muerte del mexicano* (México: Folios Ediciones, 1982), pp. 49-96.

⁴⁶ Steven Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinam Historiam Illustrandam*, Vol. XXV (Granada: Universidad de Granada, 2005), pp. 59-85. Disponible desde Internet en: <https://www.ugr.es/~dynamis/english/completo25/PDF/Dyna-4.pdf>; Paulina Malavasi, “El encuentro de la Fundación Rockefeller con Centroamérica, 1914-1921”, *Revista Diálogos Electrónica de Historia*, núm. 1 (San José: Universidad de Costa Rica, 2006), pp. 115-149.

⁴⁷ Emilio Quevedo *et al.*, “Un modelo para armar”, p. 303.

lecturas, porque la historia de la salud pública, como la historia en general, está siendo constantemente reinterpretada.

Dentro de las dificultades metodológicas que Jean Pierre Goubert destaca en los estudios de historia de la salud, está el de los orígenes y silencios de las fuentes empleadas. Señala que una historia de la salud que pretende ser precisa y fiable nos obliga a practicar el análisis de esas fuentes, y a calibrar sus cualidades, límites y defectos. Una ventaja de las fuentes socio-médicas es que el historiador puede detectar los mecanismos en los que se basa la asistencia que presta el Estado; por ejemplo, en las disposiciones dirigidas a los médicos para atender a los afectados durante las epidemias.⁴⁸ Tratamos de recordar que en historia se avanza por medio de problemas, y que los documentos sólo contestan cuando se les pregunta siguiendo hipótesis de trabajo.

Otro de los problemas metodológicos mencionados por Goubert es que, debido al tiempo transcurrido, ya no haya —como en nuestro caso— actores o testigos de aquello que se busca historiar, y sea tarea del historiador relatar esa historia, logrando una pintura coherente de las escenas que presenta, a partir del material del que puede disponer. Y uno más en el estudio histórico de la salud pública, es evitar los prejuicios y anacronismos ante la coexistencia de diferentes maneras de concebir la salud y enfrentar la enfermedad: la de médicos académicos, que buscaban la secularización; la de líderes religiosos, y la de médicos tradicionales o populares. De esta manera, el historiador puede entender que determinadas acciones relacionadas con el cuerpo o la salud, lo mismo que la oposición a ciertas medidas sanitarias, obedecían a un sistema de valores y representaciones que tenía su propia coherencia. En todo momento, seguimos el consejo de Goubert de cuestionar no sólo las certezas del pasado, sino incluso las del presente.⁴⁹

Un método para estudiar el Estado en formación y sus proyectos relativos a la salud pública moderna en un contexto de relaciones hegemónicas es la construcción de

⁴⁸ Jean Pierre Goubert, “Twenty Years on: Problems of Historical Methodology in the History of Health”, en Roy Porter y Andrew Wear (eds.), *Problems and Methods in the History of Medicine* (London: Croom Helm, 1987), pp. 45-48.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 48, y pp. 52-55.

biografías individuales de los médicos, para luego hilvanar la biografía colectiva, e investigar su vinculación con el Estado, y sus contribuciones al proyecto de salud pública. Tal proyecto común hace que pueda considerárseles como una “generación”, en el sentido que define este concepto el filósofo Julián Marías. De acuerdo con este autor, una generación se configura cuando, en una misma coyuntura histórica, un colectivo construye vínculos y tiene un interés común, y el sujeto de interés es la sociedad.⁵⁰ Sin embargo, nunca hay que olvidar la complejidad de los matices entre representantes del Estado, las clases subalternas o la profesión médica; por ejemplo, las discusiones que los miembros de esta tenían acerca de si había que prevenir la enfermedad y poner el acento en la educación para la salud, o tomar medidas autoritarias en relación con los enfermos.

Igualmente pueden estudiarse las redes intelectuales y políticas, nacionales e internacionales, a las que esta generación de médicos se integra. Se busca agrupar a la élite médica nacional como un colectivo unido, no por características biológicas como la edad, sino por un objetivo en común: el proyecto de la salud pública nacional desde las zonas de la periferia en América Latina, y sus nexos con Estados Unidos, centro hegemónico de la salud transnacional.⁵¹

Un buen ejemplo es el de Honduras, porque su región caribeña conecta con el debate científico que se produce en el Gran Caribe —al que también están integrados Guatemala, Belice, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, en Centroamérica; México, Puerto Rico, Cuba y Colombia—, en la geografía del banano y el poder de la United Fruit Company, la construcción del ferrocarril interoceánico en Panamá, y la presencia de la Fundación Rockefeller.

Un método más es el análisis del discurso, al que se define como una caja de herramientas teóricas y metodológicas para la investigación interdisciplinar en ciencias

⁵⁰ Julián Marías, *El método histórico de las generaciones* (Madrid: Revista de Occidente, 1949).

⁵¹ Mariola Espinosa, “Los orígenes caribeños del Sistema Nacional de Salud Pública en los EE.UU: una aproximación global a la historia de la medicina y de la salud pública en Latinoamérica”, *Historia, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Vol. XXII, núm. 1 (Rio de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz, enero-marzo, 2015), pp. 245-247; Ricardo Melgar Bao, *Redes e imaginario del exilio en México y América Latina: 1934-1940*; y Eduardo Devés Valdés, *El pensamiento Latinoamericano en el Siglo XX* (Santiago: Instituto de Estudios Avanzados Universidad de Santiago, 2014).

sociales,⁵² con lo cual intentamos identificar diversos dispositivos del poder. Por un lado, es identificada una élite: miembros del Estado y de la profesión médica, y por otro, se caracteriza a la población subalterna. Posteriormente se analizan e interpretan los discursos y contradiscursos de unos y otra. El análisis del discurso permite visibilizar a qué sujetos subalternos se incluye en las normativas sanitarias –sea en las políticas de bienestar social, o en atención en momentos de epidemias– y cuáles quedan excluidos.

Este método permite analizar lo mismo en las normativas emitidas por el Estado en materia de higiene pública, colonialismo o inmigración; que el discurso sanitario promovido por los grupos económicos nacionales (café, petróleo, azúcar u otros), el panamericanismo o la Fundación Rockefeller en la región, el cual se manifiesta como filantrópico, pero está sustentado en los intereses de las compañías bananeras, y de la construcción del Canal de Panamá.

Los textos o fragmentos del hilo discursivo deben ubicarse no solo en un contexto, sino también en sujetos determinados (en este caso, en el Estado y la élite médica), en los medios de comunicación, la reglamentación y los discursos emitidos. Haciendo cortes sincrónicos del hilo discursivo, pero en un tiempo diacrónico e histórico. Para construir esos hilos discursivos se consideran las recomendaciones de Mahmood Mamdani.⁵³ De acuerdo con este autor, para estudiar al Estado en contextos coloniales, se deben consultar las normativas legales que este produce, lo que permite establecer las diferencias o la discriminación. Así se interpretan los discursos del poder y las resistencias a este, en un escenario que permite caracterizar las relaciones de dominio o hegemónicas, y los discursos a favor de la construcción de un Estado moderno.

Temas de análisis

Presentamos ahora algunos temas de análisis de historia de la salud pública, nacional y transnacional, que dirigen la mirada a las relaciones entre Estados Unidos y

⁵² Ruth Wodax y Michael Meyer (comps.), *Métodos del análisis crítico del discurso*, traduc. Tomás Fernández Auz y Beatriz Equibar (Barcelona: Gedisa Editorial, 2003), pp. 61-178.

⁵³ M. Mamdani, *Define and rule: Native as political identity*.

Número 55, diciembre 2025, pp. 107-135

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.05>

América Latina, que surgen de nuestros estudios, las cuales analizamos a partir de nuestras herramientas.

Cuando los descubrimientos de la bacteriología se aplicaron a las políticas sanitarias, se les denominó salud pública. Esta se constituyó en una forma de orden del mundo, en el que la enfermedad de la población fue transformada en objeto de la ciencia, sobre el que se podía intervenir.⁵⁴ La salud pública se concibió como un asunto que competía fundamentalmente al Estado y que incluía: servicios personales de naturaleza preventiva (como las vacunas), y servicios no personales de salud dirigidos al ambiente (como la dotación de agua potable o drenaje y el saneamiento en general) o a las poblaciones (como educación para la salud). Pero abarcaba también acciones autoritarias como el aislamiento no consentido, la destrucción de casas y el desplazamiento forzado, sobre todo en tiempo de epidemias, y hubo un proceso creciente de medicalización de todos los espacios y áreas de la vida. En los casos estudiados por nosotras, como en tantos otros, se trató de una práctica que hacía notorias diferencias de acuerdo con el sexo, la edad, el estado civil, la profesión, la nacionalidad, la etnia y la clase social de aquellos a quienes iba dirigida, y hubo resistencias ante estas políticas impuestas a la población, pero a veces la salud pública moderna ganó la confianza de esta.

Un primer tema de análisis, común a nuestras investigaciones, se refiere al peso del papel desempeñado por los intereses imperialistas o por los gobiernos de los países latinoamericanos en el desarrollo de la salud pública de estos. En un trabajo ya clásico publicado en 1881, Juan César García analizó el surgimiento de la medicina estatal en América Latina, que fue quizá el primer intento de comparar las políticas de salud pública y la creación de organismos dedicados de manera exclusiva a la sanidad en la región. Ahí dijo que los países de Centroamérica requerían de un análisis independiente, pues presentaban varias características que los diferenciaban del resto de los países latinoamericanos; por ejemplo, que fueron los últimos en América Latina en crear

⁵⁴ Luz Madel citada por Edmundo Granda, “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”, *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. XXX, núm. 2 (La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004). Disponible desde Internet en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009

Número 55, diciembre 2025, pp. 107-135

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.05>

unidades administrativas estatales encargadas de la sanidad, pero aclaró: con excepción de Honduras, donde en 1917 fue establecida la Dirección General de Sanidad—; también porque la influencia de organismos estadounidenses fue fundamental en el surgimiento y desarrollo de la medicina estatal: fueran estos organismos de carácter corporativo (especialmente la United Fruit Company), estatales (como el ejército estadounidense) y filantrópicos (sobre todo la Fundación Rockefeller). Es decir, para él el imperialismo tuvo una influencia preponderante en esos cambios.⁵⁵

Steven Palmer, en cambio, dice que el factor clave en el desarrollo de los sistemas de medicina estatal fue interno y no externo, y que la cultura política nacional y la movilización de la voluntad política fueron las fuerzas que determinaron que los países de América Central emprendieran, o no, programas integrales y nacionales de medicina estatal.⁵⁶

La investigación de Honduras mostró que los estadounidenses trataron de atribuirse el mérito de los desarrollos en salud pública. El doctor Marcus H. Flinter, jefe del partido de campo de la División de Salud y Saneamiento, del Instituto de Asuntos Interamericanos asignado en ese país, declaró en 1949 que para mediados de la década de 1920, se podía hablar de salud pública moderna en Honduras, gracias a la presencia y labor de la Fundación Rockefeller, y porque esta agencia, junto con la United Fruit Company, promovía campañas profilácticas, estructuraba las Direcciones de Salubridad, e invitaba a brigadas médicas o gestionar la profesionalización de médicos hondureños en Estados Unidos.⁵⁷

Este discurso hegemónico no hizo referencia a la *Memoria de Gobernación y Sanidad* de 1925-1926, en la que el ministro de Gobernación de ese país declaró, en su informe de resultados del año económico, algo similar, pero atribuido al Estado hondureño, y a una agenda promovida por una generación de médicos locales. Ahí se

⁵⁵ Juan César García, “La medicina estatal en América Latina”, *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, núm. 1 (México: Edit. Nueva Imagen, 1981), pp. 85-92.

⁵⁶ Steven Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, p. 82.

⁵⁷ Archivo del Departamento de Estado, EE. UU., 815.12/1-1049, Rollo 3, 119, Marcus H. Flinter, Tegucigalpa, 27 de enero de 1949.

Número 55, diciembre 2025, pp. 107-135

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.05>

señaló que para 1924, año al que se había referido Flinter, ya había avances de la salud pública moderna, gracias al interés del Estado, que planeaba entonces la construcción de hospitales, y reorientaba los servicios de la Dirección General de Salubridad pública. Esta agenda de salud pública había comenzado en 1907, se había oficializado en los discursos y la reglamentación entre este año y 1924, y el Congreso Nacional la había formalizado en asambleas integradas por médicos desde 1908.⁵⁸

De hecho, los años que van de 1902 a 1924 pueden quizá ser considerados como los de mayor esfuerzo para la salud pública moderna en los países de la región del Caribe. Para Honduras, se trataba de una labor a la que se integró la Fundación Rockefeller en 1922, y esto puede constatarse al ubicar el inicio de la presencia y las agendas de la United Fruit Company y de la Fundación Rockefeller, que recibió aportes de técnicos y médicos nacionales que acompañaron a funcionarios y médicos de esta organización desde su llegada en 1914 a Centroamérica.⁵⁹

Argumentar que había salud pública por la presencia de la Fundación estadounidense, cuando esta obedecía al esfuerzo de una generación de médicos involucrados no solo en liderar el proyecto sanitario, sino también en participar en la elaboración de una reglamentación a favor de la salud pública, que incluía lo que pudo ser un incipiente Estado de bienestar, era una muestra de la hegemonía en salud que Estados Unidos pretendía. Ana María Botey refiere al caso de Costa Rica, donde desde 1906 las autoridades habían dado importancia a la higiene y la salubridad pública de poblaciones y caseríos,⁶⁰ y Steven Palmer dice que en Costa Rica, con el cuerpo profesional de los médicos actuando como Consejo Nacional de Salud, se conformó a partir de 1907 una red nacional de tratamiento de la anquilostomiasis; es decir, esta red existía siete años

⁵⁸ José María Casco, secretario de Estado de Gobernación, Justicia y Sanidad, *Memoria presentada al Congreso Nacional, 1925-1926* (Tegucigalpa: Tipografía Nacional, enero de 1927), pp. 20-21; y Archivo del Departamento de Estado, EE. UU., 815.12/1-1049, Rollo 3, 119, Marcus H. Flinter, Tegucigalpa, 27 de enero de 1949.

⁵⁹ S. Y. Martínez, “Estado, médicos y población subalterna”.

⁶⁰ Ana María Botey, *Los orígenes del Estado de bienestar en Costa Rica; salud y protección social (1850-1940)* (San José: Universidad de Costa Rica, 2019), p. 243.

Número 55, diciembre 2025, pp. 107-135

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.05>

antes de la llegada de la Fundación Rockefeller a América Central para combatir la misma enfermedad parasitaria.⁶¹

Por ello, es importante abordar la triangulación de fuentes nacionales con las ubicadas que representan las instituciones de discursos hegemónicos. Otro ejemplo se encuentra en el contenido del Código Sanitario de Honduras, elaborado entre 1907 y 1910, con autoría de un médico nacional, con base en su tesis de grado, mientras realizaba estudios en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Fue una legislación que sirvió de base para el proyecto de la salud pública entre 1910 y 1954, año en que se creó el Ministerio de Salud y Beneficencia, como propuesta del mismo médico que había elaborado la legislación sanitaria en 1910. En ella, se integró al “obrero” no solo como sujeto histórico de las relaciones capital y trabajo, sino como beneficiario de la salud. Además del Código Sanitario, se pusieron en vigor una reglamentación de Concesiones (o Coloniales) y otra de Inmigración, y con las herramientas que facilitan Hall y Mandani, puede analizarse y visibilizarse el papel que los médicos y el Estado desempeñaron en esos debates, en los que no dejaron de lado la política sanitaria internacional, con su incidencia en el espacio de la economía de plantaciones del banano y en el de la construcción del Canal de Panamá.

Un ejemplo más involucra a Costa Rica y Honduras. En 1914 en el primero de estos países, y en 1922 en el segundo, es decir antes de la llegada de la Fundación Rockefeller, hubo esfuerzos del Estado y los médicos nacionales para promover la instalación de laboratorios en los hospitales, integrar en sus presupuestos la atención a las enfermedades intestinales, y planear obras de ingeniería sanitaria en el gasto público.⁶² Lo anterior evidencia que los proyectos de la salud pública moderna, en esta región centroamericana, también tiene sus aportes nacionales.

⁶¹ Steven Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, p. 67.

⁶² Para Honduras: José Láinez, “Carta dirigida a Miguel R. Dávila, presidente de la República”, Tegucigalpa, 24 de enero de 1911, en Fondo Policarpo Bonilla, ANH (FPB-ANH); José María Ochoa, “Septuagésima sesión ordinaria del Congreso Nacional”, *Boletín del Congreso Nacional*, Comayagua, 29 de marzo de 1922”, BCN, Serie IV, núm. 36, Tegucigalpa 2 de diciembre de 1922, p. 3. Para Costa Rica, A. M. Carrillo, *Los orígenes del Estado de bienestar en Costa Rica*, p. 245.

En el caso de México, es Solorzano, un historiador contemporáneo, quien sostiene que lo realizado en el país en materia de salud pública moderna se debió a la Rockefeller. En su opinión, la principal diferencia entre la campaña porfirista contra la fiebre amarilla y la que emprendería en 1920 la Fundación Rockefeller era que la primera buscaba el control de la enfermedad, mientras que la segunda se propondría como “nueva meta” su erradicación. “Gracias a la contribución de la Fundación –sostiene–, el gobierno mexicano no sólo pudo combatirla, sino que la erradicó por completo en 1922 [...]. Este logro hubiera sido imposible sin la participación de la Fundación Rockefeller”.⁶³

Para hacer estas afirmaciones, Solorzano se basa en reportes y otros documentos emitidos por la Fundación Rockefeller, sin consultar una sola fuente mexicana, aunque entre 1903 –año de inicio de la campaña– y 1910 –fecha en que las autoridades sanitarias estadounidenses reconocieron que ya no había casos de fiebre amarilla en México– la burocracia sanitaria mexicana publicó todos los días un informe en español, inglés y frances, que enviaba a todos los países con los que tenía relaciones de comercio.⁶⁴

Este mismo historiador afirma también que, durante el México posrevolucionario, el Estado tuvo nuevas esferas de influencia, y en el ámbito de la salud pública fueron las campañas contra la fiebre amarilla emprendidas en 1920 por la Fundación Rockefeller las que “sentaron las bases sobre las que se erigió el moderno sistema de atención médica”.⁶⁵ Sin duda, la Fundación Rockefeller ejerció una influencia en el desarrollo de los programas de salud pública de México; sin embargo, antes de ello las autoridades sanitarias mexicanas organizaron campañas sanitarias exitosas, comenzaron lo que llegaría a ser una floreciente producción de sueros y vacunas, y tuvieron una participación destacada en salud pública internacional.⁶⁶

⁶³ Armando Solorzano, “Sowing the Seeds of Neo-Imperialism: The Rockefeller Foundation's Yellow Fever Campaign in Mexico”, *International Journal of Health Services*, Vol. XXII, núm. 3 (London: Sage Publications, Inc. 1992), p. 550.

⁶⁴ Ana María Carrillo, “Guerra de exterminio al fantasma de las costas: la primera campaña contra la fiebre amarilla, 1903-1911”, en Claudia Agostoni (ed.), *Curar, sanar y educar* (México: UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 2008), p. 233. Disponible desde Internet en: https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/curar_sanar/494_04_08_fiebreamarilla.pdf

⁶⁵ A. Solorzano, “Sowing the seeds of neo-imperialism”, p. 228.

⁶⁶ A. M. Carrillo, *El nacimiento de la salud pública moderna en México*.

Otro tema de análisis tiene que ver con la utilización de las epidemias para intervenir en los asuntos internos de otros países. Los países centrales del sistema mundial se adjudicaron el papel de definidores de políticas y leyes en lo que se refiere a la salud colectiva, y fiscalizadores de su aplicación a nivel internacional,⁶⁷ y lo hicieron con el argumento de que las epidemias “invadían” sus territorios desde las colonias o excolonias. Así como en las convenciones sanitarias internacionales, los delegados europeos ponían el acento en las pandemias de peste o de cólera, que –afirmaban– llegaban siempre de Asia,⁶⁸ mientras que los delegados de Estados Unidos estaban especialmente interesados en la fiebre amarilla, y responsabilizaban de las epidemias en su territorio a otros países de América.

Este tema fue profundamente estudiado por el historiador de la medicina José López Sánchez, biógrafo de Carlos Finlay. En 1881, el médico cubano Finlay expuso en la V Conferencia Sanitaria Internacional, realizada en Washington, su teoría –entonces revolucionaria– de que la fiebre amarilla es transmitida del enfermo al sano por medio de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Estableció que, de ser cierta su teoría, para combatir la enfermedad había que eliminar al mosquito, con lo que dejó planteadas las bases de la lucha antivectorial, fundamental en la prevención de algunas enfermedades epidémicas y transmisibles. Sin embargo, no fue escuchado ni en Cuba ni fuera de la isla, y su descubrimiento tardaría dos décadas en ser aceptado.

En 1900, una comisión de médicos militares estadounidenses, encabezada por Walter Reed, fue a Cuba a poner a prueba la teoría del investigador cubano. A partir de entonces los estadounidenses se atribuyeron el mérito del descubrimiento, y negaron la originalidad de la concepción médica del científico cubano, la creación de su método

⁶⁷ George Rosen citado por Naomar Almeida-Filho y Jairnilson Silva Paim, “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, *Cuadernos Médico Sociales*, 75 (Santiago de Chile: Colegio Médico de Chile, 1999), p. 9. Disponible desde Internet en: https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_TSocial/AlmeidaFilho.pdf

⁶⁸ R. Hood, “Defeat of Pestilence Foreshadows, End of Quarantine”, *World Health*, Vol. XII, núm. 1 (Geneva, 1959), p. 21.

experimental y la validez de sus resultados.⁶⁹ (A casos como esos ha llamado Aníbal Quijano colonialidad del poder y del conocimiento,⁷⁰ y podríamos denominarlos también imperialismo científico).

Por un lado, con esta teoría se organizaron campañas y autoritarias –dirigidas por médicos militares estadounidenses– y verticales –es decir, dedicadas a combatir las enfermedades una por una–,⁷¹ que prevalecerían por décadas en toda América Latina y otras regiones del mundo. Marcos Cueto denomina a este patrón sanitario hegemónico, “cultura de la sobrevivencia”, y señala que está caracterizado por su énfasis exagerado en las tecnologías médicas, y su promoción de un concepto de la salud pública como respuesta temporal a las emergencias. En estas políticas no era considerada prioritaria la resolución de los problemas sociales que generaban enfermedades epidémicas ni la construcción de sistemas sanitarios integrales, ni tampoco la promoción de la salud como un derecho de todos los ciudadanos.⁷²

Pero lo que tuvo consecuencias dramáticas fue que esta teoría fue empleada por el gobierno de Estados Unidos en su proyecto expansionista e intervencionista. Con el pretexto de liberar a Cuba de la fiebre amarilla, el ejército estadounidense la invadió. Dice José López Sánchez que fue necesario encontrar un pretexto tan filantrópico como la erradicación de la fiebre amarilla y la sanidad en Cuba, para justificar la intervención militar estadounidense en la isla, y que usurpando el descubrimiento de Carlos Finlay pudieron extender sus ambiciones neocoloniales en América Latina, como el caso de la

⁶⁹ J. L. Sánchez, *Finlay. El hombre y la verdad científica*. Véase también M. Espinosa, “Los orígenes caribeños del Sistema Nacional de Salud Pública en los EEUU”.

⁷⁰ Aníbal Quijano, “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”, en Edgardo Lander (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2000), pp. 193-238. Disponible desde Internet en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf>

⁷¹ Nancy Stepan, “The Interplay between Socio-economic Factors and Medical Science: Yellow Fever Research, Cuba and the United States”, *Social Studies of Science*, Vol. 8, núm. 4 (Washington DC: Sage Publications, Ltd 1978), p. 423.

⁷² Marcos Cueto, “La ‘cultura de la sobrevivencia’ y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Vol. 22, núm. 1 (Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2015), pp. 255-273. Disponible desde Internet en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BbGSR6JG4RjPfNtvvfhBKGR/?format=pdf&lang=es>

construcción del Canal de Panamá.⁷³ Todo lo anterior, al tiempo que se intensificaban los procesos coloniales, particularmente en Asia y África.

También para Mariola Espinosa, esa presencia estadounidense en la región fue una amenaza para legitimar su discurso de dominio en la política sanitaria transnacional en la región del Gran Caribe, y un recurso por medio del cual obligó a varios países del continente a reorientar sus programas e instituciones de la salud, en los cuales se involucraron las élites políticas, económicas y hasta intelectuales, incluyendo las élites médicas nacionales, que encaminaban los proyectos de un Estado liberal y moderno.⁷⁴

Coincidiendo con el periodo de nuestras investigaciones, Estados Unidos realizó otras invasiones a países a los que acusaba de ser responsables de epidemias, con la excusa de la necesidad de proteger la salud de sus ciudadanos y de la población del mundo en general. Si la enfermedad epidémica situó la cuestión de la salud de la población en un lugar destacado de la agenda política de cada país,⁷⁵ tuvo un impacto mayor a nivel de salud pública internacional. Surgió en esta época el concepto colonialista de enfermedades tropicales, y la Fundación Rockefeller pretendió marcar las agendas de salud en todas las naciones de la tierra.

Los estadounidenses dirigieron la campaña contra la fiebre amarilla en varios países de América Latina y el Caribe. En Honduras, los representantes de la Fundación lograron que sus recomendaciones: campañas de profilaxis contra la malaria, prevención de la fiebre amarilla, tratamiento de la anquilostomiasis y disminución de la mortalidad infantil, se integraran a la agenda de Estado, a través del Ministerio de Gobernación y la Dirección de Salubridad, para luego ser discutida y aprobada por la Asamblea Legislativa.

Pero, si bien hubo similitudes entre el proyecto sanitario de México y Honduras, existieron entre ellos profundas diferencias. La primera Facultad de Medicina había sido fundada en la Nueva España desde la época colonial, mientras que Honduras careció de

⁷³ J. L. Sánchez, *Finlay. El hombre y la verdad científica*, p. 32.

⁷⁴ M. Espinosa, “Los orígenes caribeños del Sistema Nacional de Salud Pública en los EEUU”, pp. 249-250.

⁷⁵ D. Porter, *Health, civilization and the State*, p. 81.

estudios universitarios de medicina hasta la década de 1950. En México, el Protomedicato fue suprimido en 1831, y el Consejo Superior de Salubridad, creado una década más tarde; en cambio en Honduras el Protomedicato sobrevivió hasta 1882, cuando el Estado se involucró en la emisión de primeras normativas a favor de la institucionalidad de la educación, y el Consejo Superior de Salubridad Pública fue creado en 1914. El primer Código Sanitario mexicano fue promulgado en 1891, y el hondureño en 1910. En Honduras, los avances más significativos de la política sanitaria estatal se dieron en la construcción de hospitales para trabajadores de zonas agroindustriales, para los que también hubo recursos de compañías transnacionales; en tanto que en México, hacia 1910, cuando comenzó la Revolución, las autoridades sanitarias habían impulsado la higiene escolar en todo el país; logrado combatir con éxito una epidemia de peste; reducir a cero los casos de fiebre amarilla, y tener algunos logros en el combate a la malaria; además, habían sido creados institutos nacionales de investigación médica: el Antirrábico, el Médico, el Patológico y el Bacteriológico. En conclusión, las políticas sanitarias y la creación del sistema de salud en México fueron mucho más tempranas y tuvieron un mayor impacto, que las del país centroamericano.⁷⁶

Eso le dio también mayor poder de negociación ante la intención del gobierno de Estados Unidos de intervenir en sus asuntos sanitarios. Este fue árbitro de asuntos políticos internos de Honduras, y de otros países de la región centroamericana; pero de México no, al menos durante varias décadas. Desde los orígenes de la Oficina Sanitaria Internacional, antecedente de la Organización Panamericana de la Salud, los representantes mexicanos participaron activamente en el panamericanismo, y por presiones del gobierno de Estados Unidos y para evitar cuarentenas, entre 1903 y 1921, la lucha prioritaria en el país fue la que se dio contra la fiebre amarilla, aunque otras

⁷⁶ A. M. Carrillo, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”. S. Y. Martínez, “Estado, médicos y población subalterna: los sujetos de la política sanitaria, entre los nexos de la salud nacional y transnacional en Honduras, 1902-1932”.

Número 55, diciembre 2025, pp. 107-135

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2025.i55.05>

enfermedades, como la tuberculosis o el paludismo, tenían un peso mayor en la morbilidad y la mortalidad.⁷⁷ Lo mismo ocurriría en Honduras, después de 1921.

Sin embargo, no todo fue pasividad. Como señala Roy McLeod, los procesos de interacción con imperios son siempre de doble vía.⁷⁸ Por ejemplo, a pesar de presiones cuarentenarias, durante la dictadura de Porfirio Díaz, el Estado mexicano impidió la intervención directa del país del norte y –defendiendo su autonomía y soberanía en asuntos sanitarios– planificó, financió y dirigió su propia campaña contra la fiebre amarilla. No sólo eso, sino que el gobierno mexicano presionó al de los Estados Unidos para que no sólo exigiera a los países la firma de la Convención Sanitaria Internacional, sino que también la firmara y acatara.⁷⁹ En 1914, los estadounidenses invadieron Veracruz, teniendo de nuevo la sanidad como uno de sus pretextos, y en 1921, el presidente Álvaro Obregón permitiría a la Fundación Rockefeller dirigir la campaña contra la fiebre amarilla,⁸⁰ aunque los mexicanos estaban perfectamente capacitados para llevarla por sí mismos. De hecho, otros países de la región opusieron distintos medios de resistencia a las prácticas del poder hegemónico.⁸¹

Consideraciones finales

En este artículo hemos referido nuestros estudios acerca del nacimiento de la salud pública moderna en dos países latinoamericanos –uno en Norteamérica y otro en Centroamérica–, entre muchos otros posibles en la historia de la salud pública, como una oportunidad para exponer nuestros temas de análisis, las teorías, los tipos de fuentes y los métodos que hemos utilizado.

⁷⁷ A. M. Carrillo y A. E. Birn, “Neighbors on notice”, p. 234.

⁷⁸ Roy McLeod, citado por Emilio Quevedo et al. *El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004), p. 345.

⁷⁹ Ana María Carrillo, “Development, Sanitation and International Public Health in Mexico (1881-1911)”, en Borowy, Iris y Bernard Harris (eds.), *The Yearbook for the History of Global Development. Health and Development*. Berlin (Boston: de Gruyter Oldenbourg, 2023), pp. 74-77. Disponible en internet: <https://doi.org/10.1515/9783111015583-003>

⁸⁰ A. Solorzano, “Sowing the seeds of neo-imperialism”, p. 228.

⁸¹ Marcos Cueto y Steven Palmer, *Medicina y salud pública en América Latina*, p. 18.

En América, la salud fue objeto de interés público desde las culturas antiguas, pero entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX se amplió el poder de la profesión médica con el respaldo del Estado, y este tuvo una influencia creciente en materia de salud, la cual fue relevante en la constitución de los Estados nacionales. Hubo un nacimiento o fortalecimiento de la burocracia sanitaria, fueron emitidos Códigos o reglamentos sanitarios, se organizaron campañas, y fueron creadas instituciones. En Honduras y en México este proceso obedeció a políticas internacionales impulsadas por los poderes imperiales –en particular los Estados Unidos–, que trataban de imponer su hegemonía cultural y económica, así como orientar las políticas –incluyendo las sanitarias– de los países de la región.

Sin embargo, las características de este proceso difirieron en ambos países, debido a sus condiciones económicos, políticas, sociales y culturales diversas. Las agendas sanitarias fueron modificadas de acuerdo con las especificidades históricas y vigentes en ese periodo en cada país, así como con los avances de la ciencia, y los intereses de los diferentes actores locales implicados en ellas, como los Estados, los profesionales de la salud, los políticos y las instituciones nacionales de salud: ese contexto, ese espacio, ese tiempo y esas personas, a los que consideramos *sujetos* cuando historiamos la salud pública.

Puede decirse que la salud pública de finales del siglo XIX y principios del XX, fue en México y Honduras resultado de la vida política, económica, social y cultural y, a la vez, tuvo un alto impacto sobre ella. En conclusión, es un componente fundamental de la historia general de estos países, y es posible aprender mucho de ella, analizando la manera en que las autoridades sanitarias y las élites económicas y políticas la implantaron –por voluntad o por fuerza, integrando o excluyendo–, y los hombres y mujeres de distintas clases sociales, la rechazaron o hicieron suya.

En nuestros intentos de reconstruir la historia de la salud pública moderna –a la que concebimos como esfuerzos nacionales ligados a la salud internacional– y su relación con la salud de los pueblos, partimos de autores clásicos, pero también contemporáneos, de los campos de la historia, las ciencias políticas, la geografía, la economía y las

relaciones internacionales –en un caso con énfasis en la historia y en otro en la interdisciplina–, e hicimos uso de sus herramientas teóricas y metodológicas.

Aunque las fuentes empleadas son diversas, podemos sintetizar que para hilvanar la experiencia histórica de estos procesos, en los que se conecta la historia nacional con la historia transnacional de la salud, consultamos una amplia variedad de fuentes oficiales, religiosas, científicas, públicas y privadas, que se encuentran en archivos locales, nacionales e internacionales, y la crítica de tales fuentes favoreció el cotejo de la información que ellas proporcionan.

Las políticas en materia de salud pública contribuyeron, tanto en México como en Honduras, a los procesos de construcción de los estados nacionales. En ellas hubo similitudes y diferencias; avances, pero también retrocesos; continuidades y discontinuidades; influencias externas y motivaciones internas. Los estudios sobre la salud pública como proyecto nacional, conectado a la salud transnacional, son parte de una agenda en la que aún hay mucho por historiar, y en la que hacen falta estudios comparativos, y la perspectiva histórica puede contribuir a reducir, así sea mínimamente, nuestras incertidumbres y también a imaginar futuros posibles.