

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE HISTORIA
PROGRAMA GRADUADO

**“Sano y Salvo”: Los discursos médicos respecto a lo sano y lo enfermo en Puerto Rico
(1880-1948)**

Tesis presentada para optar el grado de Doctor en Filosofía con especialidad en Historia

Por

Noé J. García

6 de mayo de 2022

© Derechos Reservados

Bruno Ferrer Higuera
Director de Tesis

Mayra Rosario Urrutia
Miembro del Comité

Marcelo Luzzi
Miembro del Comité

César Salcedo Chirino
Miembro del Comité

Nylca Muñoz Sosa
Miembro del Comité

Resumen

La presente investigación es un estudio crítico de la historia de la medicina y la salud pública en Puerto Rico, en particular las transformaciones de los discursos médicos y sanitarios desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX (1880-1948). La pregunta principal de esta investigación es: ¿cuáles fueron los discursos y prácticas, articulados por el campo médico en Puerto Rico, desde finales del siglo XIX hasta mediados del XX, respecto a “lo sano” y “lo enfermo”, y cómo tales reflejaban juicios respecto a las habilidades/capacidades de gobierno de los puertorriqueños? En términos de marco teórico se centra en la conceptualización de Michel Foucault en torno a la biopolítica y la gubernamentalidad, la cual es complementada con la historiografía crítica de la medicalización y la eugenesia (en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica), y las teorías colonialistas y poscolonialistas latinoamericanas. Metodológicamente se llevó a cabo un análisis de discurso que integró elementos de la historia intelectual y epistemológica para así identificar y discutir “lo dicho” por el campo médico a través de unos determinados vehículos de expresión y legitimización como son los textos médico-científicos y los informes sanitarios.

Concluimos que en términos generales los discursos médicos en Puerto Rico (1880-1948) son discursos higienistas cuyas nociones de sanidad, pese a su pretensión de cientificidad, se amparaban muchas veces en analogías, argumentos e inferencias moralistas, reflejando sesgos y prejuicios sociales en torno a clase, raza y género que correspondían con el racialismo, clasismo y sexismo de la época. Los discursos higienistas buscaron regular la conducta de los puertorriqueños, a quienes describían como “pobres”, “inadaptados”, “ignorantes”, “degenerados” e “irresponsables”. Los campesinos/jíbaros, las mujeres pobres y los negros

fueron las tres figuras centrales de una biopolítica (con tonalidades eugenésicas) que selectivamente buscó “higienizar” / “redimir” a los jíbaros anémicos para así “regenerar” las reservas de “blanquitud”, a la misma vez que responsabilizaba/culpabilizaba a las mujeres de la degeneración de la prole/la Raza/Especie (o de procrear “irresponsables” e “inadaptados”) y abandonaba la negritud a una supuesta “asimilación” o “desaparición” natural.

Agradecimientos y dedicatoria

Esta disertación es dedicada a mis amigos y seres queridos. No hubiese sido posible culminar este proceso sin la ayuda, el ánimo y la motivación que recibí por parte de mis amistades, pareja, familia y director. Se me hace difícil resumir en palabras mi agradecimiento, porque merecen algo más que una página breve, pero aquí va.

Indudablemente agradezco la valentía y paciencia de todo el Comité para leerse este monumental monstruo. Sin embargo, necesito dar gracias especiales a mi director Bruno Ferrer. Originalmente mi director fue Fernando Picó, quien, por razones de salud, lamentablemente no pudo continuar este proceso. Fue Bruno quien retomó el rol de director y estuvo siempre disponible para leer, aclarar dudas, animar y discutir. En muchos sentidos, salvó amigablemente esta disertación de la deserción (o la catástrofe). También agradezco a Ivette Chiclana y Ernesto ‘Tito’ Rentas por su constante motivación para continuar y terminar con la tesis. Son mis eternos colegas y compatriotas. Aun si la pandemia ha impuesto cierto distanciamiento físico, siempre los sentí presentes durante todo este proceso.

Los últimos años también presentaron múltiples complicaciones a nivel médico y económico, y por suerte soy suficientemente afortunado de contar con una familia paciente y que me ha ayudado a lidiar y bregar con estos problemas. Y, lo repito, soy muy afortunado de tener padre, madre y hermano dispuestos a escuchar y ayudar. Agradezco mucho también a mi pareja Oraliz M. Barreto, quien no sólo me ha acompañado en todo este proceso, sino que también me ayudó a rehabilitarme de dos operaciones y varias complicaciones médicas en los últimos años. Sin su presencia, ayuda y amor, no me hubiese sido posible sobrevivir, persistir y terminar esta disertación. Gracias Ora, mi amada cómplice y compañera. Y, pues, como siempre, gracias a todos los fantasmas, los olvidados y los derrotados.

Índice

Introducción

I.	<u>Problema de investigación</u>	1
II.	<u>La hipótesis</u>	3
III.	<u>Objetivos, metodología y marco teórico</u>	4
IV.	<u>Justificación y problemas historiográficos</u>	10
V.	<u>División de capítulos</u>	19

Capítulo I: Marco teórico y metodología 25

I.	<u>Marco teórico: una mirada más compleja, integrada y actualizada de la crítica a la medicalización</u>	26
	A. Críticas a la medicalización	30
	B. “Problematizar” los problemas científicos y médicos	44
	C. La pertinencia de Foucault y su conceptualización en torno a biopolítica y gubernamentalidad	53
	D. Biopolítica y racialismo	62
	E. Biopolítica, eugenesia y psicopatologización	73
II.	<u>Metodología</u>	83
	A. Preguntas y objetivos metodológicos	86
	B. La relevancia de un análisis crítico de discurso	92
	C. La relevancia del análisis epistemológico	100
	D. Selección de fuentes: la relevancia de analizar las revistas científicas	105
	E. El campo médico como clase social y profesión	113
	F. La contribución metodológica y teórica de esta disertación dentro de la historiografía puertorriqueña	123
III.	<u>A modo de cierre</u>	132

Capítulo II: Debates historiográficos en torno a la crítica a la medicalización en Puerto Rico, Europa, Estados Unidos y Latinoamérica 136

I.	<u>La historiografía crítica de la medicina en Puerto Rico</u>	149
	A. Historiografía crítica e histórico-social respecto a los usos de la salud pública	141
	1. La medicina y la salud pública como parte de un proyecto imperialista y/o de colonización	141
	2. Revisiones recientes en la historia social de las epidemias del siglo XIX	144
	3. La historia social y crítica de los grupos marginados	147
	B. La medicalización de la locura	148
	1. El Estado Español y la beneficencia: una lectura apologética	149
	2. Críticas foucaultianas a la edificación del sistema asilar y de beneficencia	150
	C. La medicalización de las mujeres, los pobres y los negros	152

1.	Políticas malthusianas, contracepción, esterilización y el proyecto colonial	152
2.	Sobrepoblación y la medicalización de los cuerpos de las mujeres	154
3.	Las estrategias del poder en la profesión médica y los proyectos de modernización	157
4.	Repensar las relaciones entre eugenesia, raza y el campo	161
II.	<u>Revisando la historiografía europea y latinoamericana de la medicalización y la eugenesia</u>	165
A.	La medicalización/psiquiatrización en Europa y Estados Unidos	166
1.	La medicalización de la locura y de la moral	167
2.	Higienización de la vida cotidiana	172
B.	Eugenesia y Degeneración en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica	174
1.	Las teorías de degeneración en Europa	175
2.	La eugenesia anglosajona	176
C.	El Desarrollo particular de los discursos y prácticas eugenésias en Latinoamérica y el Caribe	177
1.	Eugenesia y Biotipología en Argentina	179
2.	El caso de Brasil: El mestizaje y "Brasil sin razas"	180
3.	El caso de México: De mestizofilia y biotipología a esterilizaciones	181
4.	El caso de Cuba	183
5.	El "Trópico"	185
III.	<u>A modo de cierre: correspondencias, confluencias y umbrales</u>	187

	<u>Capítulo III: Regenerar al país enfermo, pobre, ignorante y abandonado a finales del siglo XIX (1880-1899)</u>	194
I.	<u>Los espacios "estancados" de la Higiene: instituciones, regulaciones e informes</u>	197
A.	Instituciones (hospitales, centros y publicaciones)	198
B.	Regulaciones y ordenanzas	208
C.	Informes de higiene (mayores problemas y enfermedades)	213
II.	<u>La figura del médico: saberes, reclamos y frustraciones</u>	235
A.	Progreso, Ciencia e Inmunidad: Modos de legitimar el saber/ver/conocer médico	237
B.	Autoridad de los médicos: Contra la ignorancia/charlatanería	247
C.	Los malestares económicos y morales de la clase médica	266
III.	<u>El discurso de higiene y modos de representación del enfermo</u>	273
A.	Salud, trabajo, armonía y moralidad	275
B.	Explicaciones causales asociadas a la pobreza, las pasiones y la raza: El "enemigo invisible" y "Las Causas de atraso"	284
C.	Aislar y desinfectar, prevenir y detener la degeneración	302
IV.	<u>Perfiles psicopatológicos y biopolíticos: el jíbaro blanco, la mujer y lo negro</u>	313
A.	El campesino "blanco"	314
B.	La mujer "reformada"	327

C. Lo negro, la raza, y la “prole”	333
V. <u>Transiciones, transformaciones y repeticiones: 1898</u>	342
A. Llegan “Los Redentores”	342
B. Informes que repiten, omiten y reinterpretan el pasado	346
C. Perfiles biopolíticos: la raza, el anémico y el gobierno propio	355
VI. <u>Conclusiones e impresiones</u>	362

Capítulo IV: Higienizar, sanear y redimir un país pobre, anémico y degenerado: Repetición, diferenciación y eugenismos durante el régimen estadounidense (1900-1930)

I. <u>La organización sanitaria: instituciones, informes, asociaciones, campañas y mortalidad</u>	368
A. Instituciones e informes	371
1. Instituciones	372
2. El estado de los servicios médicos y los hospitales	372
B. El contexto de producción científica: asociaciones, escuelas, revistas y debates	378
1. Asociaciones y educación	384
2. Producción científico-literaria	385
3. Tendencias y discusiones intelectuales	390
C. Panorama epidemiológico: tendencias de mortalidad y campañas de sanidad	392
1. Tendencias generales de mortalidad	396
2. Enfermedades que “invaden”: la peste y la influenza	400
3. La anemia	408
4. La tuberculosis	413
5. La malaria	419
6. La mortalidad infantil	424
II. <u>La figura del médico: saberes, roles y clase</u>	433
A. Constelaciones epistemológicas: saberes y tecnologías tropicales, biológicas y eugenistas	435
1. La “fuente común”, el progreso y la búsqueda por la causa biológica	437
2. El microscopio y la observación clínica como métodos, espacios y “regímenes” de saber-poder	444
3. Biohistorias: Medicina Tropical, herencias y eugenesia	451
4. Límites y críticas epistemológicas: la “problematización” de Ashford y Ashford como problema	463
5. Problemas epistemológicos en torno a la validez de los diagnósticos y los datos epidemiológicos	463
B. El saber médico ante los “problemas sociales”: el médico como economista, educador y comadrón	479
1. El médico como economista: revitalizar una economía anémica	481
2. El médico como educador: “educar” para persuadir, domesticar, moralizar y abstener	491

3. El médico como moralista: evangelios y eugenismos	500
4. El médico como protector de la infancia: mecedores de cunas, comadrones	505
C. La “organización médica”: imaginarios respecto a clase, educación, política y moralidad	510
1. La organización de la clase médica y la AMPR	512
2. Las políticas del médico apolítico	515
3. La educación y mentalidad medica	523
4. La imaginería médico-moral	529
III. <u>El discurso de sanidad-enfermedad y sus figuras biopolíticas</u>	535
A. Una salud preventiva, por-venir e indeterminada	538
1. Prevenir, sanear, perfeccionar y purificar	539
2. Los remedios para sanear, mejorar y superarse: voluntad, moral y eugenesia	546
3. El porvenir de Puerto Rico: Una civilización sana, culta, democrática y eugenésica	558
B. Medios, vectores y herencias que enferman: gérmenes, parásitos e irresponsables	560
1. Los gérmenes, lo germinado, los parásitos y parasitario	562
2. Malas influencias y medios que enferman	568
3. Genealogías de enfermedad y responsabilidad: Los inadaptados e irresponsables	573
C. Figuras anémicas, débiles y disgénicas: el campesino anémico, el débil mental, madres irresponsables y la preservación de lo blanco	581
1. El jíbaro-tipo de Ashford y sus tipificaciones en el discurso medico puertorriqueño	584
2. Pseudo-normales, pobres y débiles mentales	591
3. Figuras disgénicas e irresponsables: madres irresponsables y su “carga”	595
4. Figuras de blanqueamiento: el jíbaro blanco y el mestizo como vehículos para la absorción y desaparición del elemento negro	602
5. Trópicos blancos y un país que enferma	619
IV. <u>Conclusiones e impresiones</u>	623
<u>Capítulo V. Reconstruir, rehabilitar y sanear un país deprimido, mal-adaptado y sobrepoblado: pervivencias, rupturas y resignificación del discurso médico puertorriqueño (1930-1948)</u>	631
I. <u>La edificación de un nuevo orden sanitario</u>	635
A. Instituciones, proyectos y expansiones	635
1. La Gran Depresión, el <i>New Deal</i> y los discursos de recuperación	636
2. Negociados, programas, centros y servicios sanitarios: aperturas y expansión	641
3. Las Unidades de Salud Pública: función, relevancia y extensión	645
4. La conformación de unidades y servicios de Planificación Familiar	648
5. Informes y estudios generales respecto al estado de la Salud Pública y sus servicios	654

B. Los espacios limitados de producción, discusión y reproducción científica: revistas, escuelas y legislación “médica”	658
1. Publicaciones y espacios de difusión e investigación científica	658
2. El debate legal respecto a prácticas neomaltusianismo y eugenésicas	664
3. Tendencias maltusianas respecto a estrategias contraceptivas en las décadas de los treinta y cuarenta	671
C. Panorama epidemiológico: tendencias de mortalidad y campañas de sanidad	676
1. Anemia y desnutrición: dolencia recurrente y que pervive (pese a los “progresos”)	678
2. Tuberculosis	687
3. Malaria	699
4. Sífilis	705
5. La pobreza: los “estudios socioeconómicos” o la pobreza como problema médico-social	710
6. Mortalidad infantil	720
7. La sobrepoblación	731
II. <u>La figura del médico: saberes, roles y clase</u>	743
A. Coyunturas epistemológicas: especialización, medicalización y modernización de “lo social”	743
1. Las especialidades y el especialista: precisión, expansión, modernización y la “cultura médica”	745
2. La maternidad y la natalidad como especialidades médicas: del tocólogo a los saberes anticonceptivos	749
3. La estructura familiar, lo “socioeconómico” y la niñez como problemas médico-sociales	752
4. La relevancia médica de “lo psicológico”: la sexualidad, las emociones y un saber sobre la enfermedad mental	755
5. La psicología del miedo y la psicopatologización del “cobarde” y el desobediente en tiempos de guerra	769
6. Problemas epistemológicos en torno a la validez de los diagnósticos, los datos epidemiológicos y los modos de hacer historia médica	775
7. Una ciencia-salud internacional y práctica: RF, El Plan Chardón y la OMS	779
8. Una broma en serio: chistes científicos, inmunidades, exterminio y Cornelius Rhoads	789
B. El médico como educador higienista, moralista y político	797
1. El enfoque médico-social/higiénico a la tuberculosis y el “tuberculoso educado”: obediencia, miedo y un régimen imposible	798
2. Los “no aptos” y la educación eugenésica y maltusiana/esterilización voluntaria	805
3. El médico como educador y líder político	814
C. La organización e imaginarios de la clase médica: memorias selectivas y reclamos de autonomía	823
1. Política médica: la centralización, el <i>State Medicine</i> y el ideal de la autonomía del profesional médico	824
2. Educación médica: la necesidad y los problemas con “nacionalizar”	

	la educación médica	832
	3. La imaginería, culto y memoria médica	837
	4. Ashford memoriado: memorias selectivas e idealizadas	839
	5. “Memorias” selectivas de Ashford sobre los puertorriqueños: chistes, trucos y heroísmo de un médico estadounidense en Puerto Rico	846
III.	<u>El discurso de sanidad-enfermedad y sus figuras biopolíticas</u>	856
	A. Salud indeterminada	858
	1. Lo sano es civilizar/modernizar/evolucionar/perfeccionar	859
	2. Prevenir, recuperar y rehabilitar: la salud como reconstrucción y como “batalla”	865
	3. Desarrollar una “consciencia sanitaria”: sano, saludable y seguro	871
	B. Figuras Biopolíticas: los “inadaptados”, el pobre, los “miedosos”, las madres contraceptivas y los negros enfermizos	879
	1. Los trabajadores pobres y los mendigos: la pobreza como discapacidad	879
	2. Los que aparentan estar sanos, pero no lo son: los nuevos irresponsables, los miedosos y los nerviosos	885
	3. Las mujeres: ignorantes, sexualmente desconfiables e irresponsables/responsables de la economía doméstica	896
	4. Los niños difíciles y delincuentes: todo empieza en el hogar	908
	5. Raza, mestizaje e inmunidades selectivas: la selectiva biologización, clasificación y blanqueamiento de los <i>colored</i> , mestizos y mulatos	916
IV.	<u>Observaciones finales: clasismo, sexismo, racismo y los límites de la privilegiada objetividad científica</u>	947
 <u>Capítulo VI: Conclusiones</u>		952
I.	<u>Discursos y problematización</u>	958
II.	<u>Resumen y discusión de los mecanismos institucionales y de la producción intelectual</u>	967
	A. Las instituciones, servicios e intervenciones sanitarias	967
	B. La producción intelectual (publicaciones y tipos de estudios)	973
III.	<u>Resumen y discusión de las tendencias epistemológicas en torno a la salud y la enfermedad</u>	976
	A. Lo que enferma	976
	B. Lo saludable	982
IV.	<u>Resumen y discusión de los roles médicos y las figuras biopolíticas</u>	985
	A. Los roles médicos	985
	B. Las figuras biopolíticas	994
V.	<u>Límites, conclusiones y umbrales</u>	1003
	A. Limitaciones metodológicas y asuntos que faltan por analizar	1003
	B. Conclusiones y correspondencias actuales (COVID-19)	1010
	C. Palabras antes de cerrar la puerta/féretro	1023

<u>Referencias</u>	1027
I. <u>Fuentes primarias</u>	1027
II. <u>Fuentes secundarias</u>	1077
<u>Apéndice: Breves anotaciones biográficas de algunos médicos en Puerto Rico</u>	1134

Introducción

En esta introducción presentamos el problema de investigación, el argumento principal, los objetivos y, de forma muy somera, el marco teórico y la metodología (los cuales serán abarcados en mayor detalle en el primer capítulo), la justificación y la organización de los capítulos que conforman esta disertación.

I. Problema de investigación

La presente investigación propone contribuir al estudio crítico de la historia de la medicina y la salud pública en Puerto Rico, en particular de las transformaciones de los discursos médicos y sanitarios desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX (1880-1948). La pregunta principal es la siguiente: ¿Cuáles fueron los discursos y prácticas, articulados por el campo médico, en el espacio y el tiempo mencionados, respecto a “lo sano¹” y “lo enfermo”, y cómo estos reflejaban juicios respecto a las habilidades/capacidades de gobierno² de los puertorriqueños? En ese sentido, me interesa trazar cómo, en los campos de la medicina y la salud pública ciertas características, conductas y disposiciones de los habitantes de Puerto Rico fueron identificadas y

¹ El uso del significante y concepto “sano” lo tomo parcialmente de los análisis epistemológicos de George Vigarello y Georges Canguilhem. Si seguimos las pistas de Vigarello, el concepto de sanidad en el campo médico parecer tener una particular connotación moral (en particular a partir del siglo XVIII), dado a que remite a nociones y dicotomías que expresan imperativos sobre lo “puro/impuro” y lo “limpio/sucio” como equivalentes con “lo saludable”, “lo seguro”, “lo conservado”, “lo natural”, “lo normal” y, entre otras cosas, “lo verdadero”. A nivel epistemológico, como señalaba Canguilhem, la salud no fue (ni es) un concepto exclusivo de la medicina ni de la filosofía. Las nociones asociadas a la salud fueron apropiaron por filósofos y médicos para así relacionarla con “la verdad/lo verdadero” (en el sentido que *sanus* se relaciona con *verus*) y con lo “salvación” (de ahí la frase “sano y salvo”). Ya esto lo retomaremos en el primer capítulo cuando discutamos en mayor detalle el marco teórico. Ver Georges Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004) y Georges Vigarello, *Lo sano y lo malsano* (Madrid: Abada Editores, 2006).

² Vale aclarar que el termino gobierno no se limita a las funciones legislativas o ejecutivas del Estado y remite a su uso más amplio e incluso inicial, el cual tiene que ver con la capacidad que de un sujeto (o conjunto de sujetos) para regular, dirigir y ocuparse de sí —de sus emociones, pensamientos y cuerpo— y de otros, e involucra delimitaciones respecto a la capacidad y/o voluntad para decidir/emitir juicios, consentir, educarse, trabajar, reproducirse, etc. Para evitar confusión, el término Gobierno en mayúscula remite a las autoridades gubernamentales del Estado, mientras que el término en minúscula alude más al concepto amplio de gobierno, que aplica no solo al Estado sino a las capacidades volitivas de los individuos. Ya más adelante, en el primer capítulo, abarcaremos brevemente esta ampliación y precisión semántica del término, la cual nos apropiamos desde la conceptualización de Foucault respecto a la gubernamentalidad. Ver Michel Foucault, *Seguridad, territorio, población: curso College de France* (1977-1978) (México: Fondo de Cultura Económica, 2006), 139-158.

“problematizadas”³ (vueltas en problema médico o higiénico) como patógenas y/o potencialmente enfermizas. Para ello necesitamos estudiar la producción intelectual del campo médico, así como sus transiciones y aplicaciones en las instituciones asociadas con el discurso sanitario (el Departamento de Salud Pública y asociados), para así apuntar a los modos en que discursivamente se representaron “lo sano”, “lo que enferma” y a “los enfermos” en el país. Esto implica analizar cómo el saber médico⁴ problematizó, e inclusive diagnosticó y medicalizó, instancias que iban más allá del registro usual médico y nosológico de la presencia o no de una enfermedad orgánica, llegando a inferir pronósticos que involucraban actividades sociales diversas (económicas, educativas, políticas e incluso morales).

Para poder identificar y comprender la formación de ciertos discursos médicos, se hace necesario entonces trazar y contextualizar los saberes y prácticas médicas en términos de las instituciones, servicios y producción intelectual existentes y asociadas al campo de la medicina en Puerto Rico, al igual que sus transformaciones y conflictos durante tres periodos políticos y socioeconómicos distintos: 1) 1880-1899: finales del régimen español, época finisecular que marca también la transición hacia la intervención estadounidense; 2) 1900-1930: la primeras tres décadas

³ Aquí “problematizar” lo estamos usando a tono con las críticas tanto de Foucault como de diversos pensadores en torno a la epistemología de la ciencia, en particular cómo un determinado objeto u evento es transformado en un “problema” y vuelto inteligible de acuerdo con las exigencias de un determinado campo de estudio o grupo social. Ya esto lo retomaremos en el primer capítulo, relacionándolo al concepto foucaultiano de veridicción y sus similitudes con el concepto de paradigma en Thomas Kuhn. Para un resumen del concepto, ver Eduardo Restrepo, “Cuestiones de método: ‘eventualización’ y ‘problematización’ en Foucault”, *Tabula Rasa* VIII (2008): 111-132, 126-127.

⁴ En este contexto empleamos la noción de “saber” para designar, en un tono similar a Michel Foucault, esa particular relación entre ciertos modos de conocer y ciertas estrategias de poder. En ese sentido, un saber no es simplemente algo conocido de forma intuitiva o bajo las premisas tradicionales científicas de objetividad y neutralidad. Por el contrario, un saber nos remite a una serie de conocimientos regulados que conforman parte de un campo o matriz disciplinaria. Identificar y analizar en este caso un saber en particular (el médico) requiere localizar ese conjunto de enunciados, argumentos, conceptos y representaciones dentro de un campo específico y legitimizado de conocimiento. Las teorías, terminología y prácticas de un saber imponen unas condiciones de veridicción (o unos regímenes de verdad) y posibilitan que operen estrategias y dinámicas de poder (e incluso viceversa, ciertas formas de poder producen saberes muy distintivos). Ya esto lo retomaremos en el primer capítulo. Para más detalles ver Michel Foucault, “Redes del poder”, en Christian Ferrer (comp.) *El lenguaje libertario. Antología del pensamiento anarquista contemporáneo* (Buenos Aires: Grupo Editor Altamira, 1999): 15-30, 28-29; y Françoise Ewald, “La inquietud de la verdad. Entrevista a Michel Foucault (1984)”, *Historias* X (1985): 3-10, 8.

del siglo XX, cuando bajo el régimen estadounidense se instituyen los departamentos de sanidad y las primeras campañas masivas y estudios sobre higiene y medicina tropical; 3) 1930-1948: las últimas dos décadas, hasta justo antes de la instauración del Estado Libre Asociado y el gobierno de Luis Muñoz Marín, en las postrimerías del régimen estadounidense, un periodo de transiciones y reconstrucción a partir de la Gran Depresión y las iniciativas del *New Deal*.

II. La hipótesis

La hipótesis a verificar en esta investigación es que consideramos que *en Puerto Rico se articuló un discurso médico, desde finales del siglo XIX, que representó “lo puertorriqueño”⁵ como algo inherentemente enfermizo, desordenado y falto de voluntad (o “dependiente”) que requería ser controlado y corregido para así sanearlo, salvarlo o completarlo*. Este discurso médico fue producto de un saber médico que sostuvo y promulgó prácticas de control, exclusión y “normalización” en búsqueda de una esencia que se amparaba en un registro moralizante e idealizado de lo que debían ser la “biología” (o “modo de vivir”), el “progreso” y la “productividad” del “hombre saludable”/ “normal” puertorriqueño (y la mujer puertorriqueña). Inclusive pareciera que, cada vez más, lo puertorriqueño fue percibido por los médicos (tanto los isleños como de las autoridades coloniales) como un caso “especial”, anómalo y anormal, tanto a nivel biológico como mental, y por consecuente saturado de déficits morales y ético-políticos que lo hacían incapaz de gobierno propio.

⁵ Es preciso aclarar que “lo puertorriqueño” no se reduce a identificar a todos los que viven o habitan la Isla de Puerto Rico, ni se reduce a aquellos grupos a quienes se le reconoce ciudadanía oficial. Por “lo puertorriqueño” aludimos al proceso mediante el cual ciertos grupos sociales y campos de conocimiento construyen e identifican las características, elementos e incluso requisitos para identificar e incluir a ciertos colectivos o grupos como “de adentro”, como “uno de nosotros”. Este proceso no es para nada objetivo y refleja sesgos y prejuicios diversos, en especial cuando se buscaba imponer cierto ideal en torno a lo que era (o no) “lo puertorriqueño”. Inclusive, como iremos viendo en esta disertación, “lo puertorriqueño” era algo que debía “regenerarse”, “modernizarse”, “sanearse” y “mejorarse” para que así llegase a ser lo que debía ser. Aquello que debía ser apuntaba a ideales, imaginarios y prejuicios de clase, género y raza.

III. Objetivos, metodología y marco teórico

Para poder contestar y verificar la hipótesis es preciso indagar y contestar otras preguntas que nos permiten desglosar mejor “lo dicho” en los discursos médicos:

1. ¿Cómo definen los médicos qué es salud (o saludable) y lo que enferma (o enfermizo)?
2. ¿Qué cosas, aspectos, condiciones o conductas son las que los médicos y las autoridades sanitarias “problematizan” cómo “problemas médicos” (o que podían ser resueltos por medios médicos, higiénicos o sanitarios)?
3. ¿Cómo definen los médicos sus roles y saberes?
4. ¿Cómo son descritos, por parte del campo médico, los puertorriqueños (saludables o enfermos), en particular los pobres, las mujeres y los negros?

Para lograr contestar estas preguntas proponemos los siguientes objetivos:

1. Identificar y analizar los discursos producidos por/en el campo médico en Puerto Rico, en torno a lo sano, lo que enferma y su relación con los puertorriqueños. Para analizar los discursos tenemos tres ejes de análisis que se van a centrar en cómo los médicos representan, narran y discuten: a) su saber, roles y autoridad; b) lo que es lo saludable y lo que enferma; c) sobre las “figuras biopolíticas⁶”, que son las figuras principales y “modos de vivir” que son problematizados como las poblaciones que hay que tratar, regular y corregir.

⁶ La razón para llamarlas así es porque estas son las figuras que parecen ser tanto sujetas y objeto de las intervenciones biopolíticas, entiéndase aquí, de las intervenciones higiénicas que buscaban de un modo u otro imponer la lógica de “hacer vivir y dejar morir”. Estos son los sujetos que debían ser regulados para así supuestamente “mejorar el país”. Como veremos en los próximos capítulos, una y otra vez los pobres, las mujeres y los negros van a ser considerados tanto los culpables y responsables de los problemas higiénicos del país; a la misma vez que eran la clave para resolver para así “regenerar”, “rehabilitar” y hacer “progresar” la Raza, la Especie y/o la Nación. Igualmente veremos que esta selección se ampara en lo encontrado por otros autores como Benigno Trigo, Ivette Rodríguez-Santana y, entre otros, Marlene Duprey. Estos autores y sus argumentos los estaremos discutiendo en los capítulos primero (en particular la sección II.F, llamada “La contribución metodológica y teórica de esta disertación dentro de la historiografía puertorriqueña) y segundo (en particular, la sección IC llamada “La medicalización de las mujeres, los pobres y los negros”)

2. Ofrecer un análisis histórico que permita comprender las narrativas y los argumentos del campo médico en torno a aquellas enfermedades y poblaciones que eran “problematizadas” como asuntos de higiénicos y sanitarios relevantes. Nuestras coordenadas epistemológicas y discursivas se van a concentrar en aquellos textos del campo médico cuyos contenidos corresponden con la acepción foucaultiana de biopolítica, como son los estudios, prácticas e intervenciones asociadas a la natalidad, la eugenesia y las campañas de principales de higiene.

3. Demostrar que el discurso médico y sanitario reflejaba imaginarios, imperativos y regulaciones sobre “qué es lo saludable” (y por consecuente “qué es lo enfermizo/que enferma”) a partir de nociones e inferencias sesgadas y reduccionistas en torno a género, a raza, a las condiciones socioeconómicas, la voluntad y la gobernabilidad de los puertorriqueños. Igualmente, nos interesa apuntar cómo este modo de “problematizar” la salud de los puertorriqueños reflejaba una imagen idealizada del médico y de la medicina que eclipsaba o desfiguraba la complejidad de los problemas sociales y sanitarios de la mayoría de los puertorriqueños. Por esa razón, no solo vamos a analizar las ideas, conceptos y argumentos que a nivel discursivo producía el campo de la medicina, sino que es preciso que identifiquemos y cuestionemos también cómo los médicos representaban sus saberes, roles e intereses sociales y profesionales. Esto va de la mano con identificar y analizar cuáles eran las teorías, nociones y conceptos que eran manejados y discutidos a nivel público⁷ entre los

⁷ Como discutiremos más adelante, el acento en la “discusión pública” sirve para contrarrestar con las discusiones personales o íntimas que podían tener ciertos individuos, grupos o asociaciones médicas; y, por esa razón, interesa “lo dicho” a través de vehículos de diseminación y expresión conocidos por la profesión o las autoridades afines. En ese sentido, la “discusión pública” no debe confundirse ni reducirse al conocimiento popular o a situaciones conocidas por la mayoría de la población puertorriqueña, sino con publicaciones que eran accesibles y conocidas a través de medios de diseminación científica y profesional (por ejemplo, boletines, revistas científicas, panfletos o libros publicados) o que estaban asociados a autoridades gubernamentales o instituciones que brindaban legitimidad a los contenidos (por ejemplo, informes sanitarios, estudios financiados por filantropías, etc.). En términos de selección de fuentes primarias nos concentramos en los textos médicos para así analizar “lo dicho” en el campo médico, en particular a través de aquellos vehículos que les brindaban autoridad y legitimidad a los discursos médicos, como son los *journals* o revistas científicas y médicas, y otros textos escritos por médicos que pretendían tener objetivos científicos y educativos. Ya estos detalles, en torno al manejo de las fuentes primarias, los discutiremos en el primer

médicos, como profesión, para así tener también un mejor entendimiento de los aspectos epistemológicos que enmarcaban los discursos médicos.

Para los fines de esta investigación, los aspectos epistemológicos y discursivos que vamos a analizar se centran mayormente en la producción intelectual y científica en torno a aquellos problemas considerados relevantes del campo de la medicina. Como ya discutiremos en mayor detalle en el primer capítulo, lo pertinente de nuestro enfoque es que nos centramos, por un lado, en “lo dicho” por los médicos a través de medios y vehículos de expresión y legitimización científica (o que al menos brinden autoridad a lo expresado), como son los artículos, los informes y los estudios científicos, médicos y sanitarios. Por el otro lado, también nos centramos en contextualizar y analizar las implicaciones e interconexiones de “lo dicho”, de esa particular narrativa, yendo más allá de su literalidad o su significación superficial e inmediata, para así entender no solo como determinados fenómenos fueron estudiados y significados, sino comprender cómo reflejaban o se interconectaban con otras nociones, representaciones o discursos afines. Metodológicamente, esto requiere integrar perspectivas y técnicas diversas, tomando como punto de partida el análisis discursivo⁸ y complementándolo con la historia intelectual y epistemológica⁹, para así ofrecer una historia sociocultural y crítica de la medicina.

capítulo en la sección de metodología.

⁸ Una definición rápida y sencilla del análisis de discurso es “conjunto de tradiciones teórico-metodológicas en las que se le brinda una importancia esencial al lenguaje, concibiendo al mundo social como un sistema de textos susceptibles de ser leídos”. También se puede entender como el análisis de “una red de significados en cuya creación siempre influyen las características históricas, culturales, económicas, sistémicas, etc”. Aunque por lo general el análisis de discurso se vincula con la obra de Michel Foucault, en la actualidad remite a una metodología que integra diversas influencias, aspecto que ya retomaremos en el primer capítulo. Ver Omar Medina Cárdenas, “El gobierno de la felicidad. Análisis de los discursos de autoayuda de la Psicología Positiva”, *Quaderns de Psicologia XXI*, n°1 (2019), 1-16, 4.

⁹ La forma más sencilla de definir la historia intelectual es como el análisis histórico de las significaciones en torno a una producción particular de conocimiento, saber o actividad cultural. Por lo general, se busca contextualizar a los autores analizados y se le da un énfasis al lenguaje utilizado por estos, para así comprender cómo los supuestos “hechos” son narrados de forma distintiva. Para su análisis se valen no solo de la terminología que es propia de un campo de conocimiento, sino de ficciones, tropos y formas existentes (o retóricas) de la época. Sin embargo, vale

Una historia sociocultural y crítica de la medicina¹⁰ supone integrar una serie de estudios diversos, que incluyen (pero no se limitan a) los textos de Michel Foucault y de Georges Canguilhem, y un conjunto heterogéneo de críticas sociohistóricas y culturales contra la medicalización, la higienización y la psicologización de la sociedad. En términos generales, muchos de estos estudios apuntan a los efectos de un “poder medicalizador”¹¹ o de una “medicalización” de la vida cotidiana que ha transformado, y en ciertas instancias dominado, los modos en que se definen, representan y conocen los diversos problemas sociales e íntimos de los seres humanos¹². También partimos de la historiografía crítica, usualmente de corte sociocultural,

aclarar que, bajo el término de “historia intelectual”, se agrupan diversas orientaciones, estrategias y prácticas de investigación. La historia intelectual no debe confundirse con la tradicional “historia de las ideas”, dado que busca estudiar los elementos epistemológicos, simbólicos y lingüísticos de los textos desde su particular contexto sociohistórico (y toma influencias también de la sociología de la literatura y la sociología del conocimiento, además de la lingüística y la epistemología). Esta perspectiva evita el estudio de verdades universales o de la evolución de una idea en términos teleológicos ni tampoco reduce el análisis a los textos clásicos de un grupo de intelectuales, y por esa razón considera también la producción discursiva y las actividades culturales propias del contexto. Se trata de una tradición muy amplia, la cual incluye autores diversos (y desde registros muy distintos) como Carl Schorske, Hayden White, Roger Chartier, Quentin Skinner, Reinhart Koselleck y Pierre Rosanvallon. También se pueden incluir, como influencias, a Gaston Bachelard, Michel Foucault y Georges Canguilhem en tanto y en cuanto ofrecen análisis históricos de corte epistemológico que hacían ruptura con la “historia de las ideas”. Ver Carlos Altamirano, “Sobre la historia intelectual”, *Políticas de la Memoria* XIII (2012-2013): 157-162, 160-161; Juan Carlos Contreras, “Reflexiones sobre la historia intelectual”, *Tiempo y Espacio* LXVIII, n°35 (2017): 151-62, 160-61.

¹⁰ A falta de una mejor categoría, nos referimos a lo que algunos historiadores llaman “historia sociocultural” o la “nueva historia” de la medicina (a partir de inicios del siglo XXI). Son diversos los temas y acercamientos en esta “nueva historia” de corte histórico y sociocultural, entre ellos, los procesos de profesionalización y medicalización, los instrumentos de control médico y social (no pocas veces eugenésicos), el rol del Estado y ciertos discursos sobre la nacionalidad en la construcción de la infraestructura sanitaria y cómo las condiciones materiales de vida y trabajo afectan la mortalidad. Una buena revisión historiográfica (en una compilación que ofrece ejemplos de este tipo de enfoques) puede encontrarse en Diego Armus, “Legados y tendencia en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna”, en *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, ed. Diego Armus (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005): 17-24.

¹¹ Según Álvarez-Uría, y a tono con los argumentos de Foucault, el “poder medicalizador” es un peligro que refleja cómo el médico se ha convertido en un agente privilegiado, autorizado y de normalización que define lo que es la “verdadera salud”, a la vez que opera como un eficaz dispositivo de dominación política, con extensiones totalitarias, utilizado por el Estado en las sociedades industriales. Ver Fernando Álvarez Uría, “Salud sin límites. Datos para una sociología del proceso de medicalización”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* IV, n°9 (1984): 4-17.

¹² La acepción “medicalización”, en esta discusión, no se reduce a la simple aplicación de fármacos a heridas, malestares e infecciones microbiológicas (u otras precariedades fisiológicas) en pro de curar una enfermedad, sino a la extensión y colonización de un cierto saber (y por lo tanto poder), el saber médico, a prácticamente todas las esferas y modos de vivir, incluyendo la moral, el gobierno y las pasiones (entre otras). Si nos permitimos una definición inicial y sencilla, por medicalización podemos entender, a nivel general, “el proceso mediante el cual problemas inicialmente no médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente definiendo nuevas enfermedades y trastornos”. Este proceso tiene la tendencia a centrar “el origen del problema en el individuo en lugar de enfatizar el rol del entorno social y por tanto instala el paradigma de que el “problema” requiere intervenciones médicas

de la eugenesia¹³ en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica, cuyos análisis reflejan cómo el campo médico promulgó y llevó a cabo prácticas de exclusión y control social de carácter racista, sexista y clasista. Una perspectiva que comparten estos estudios es que critican la postura ingenua, aun prevaleciente hoy día, de que los conocimientos médicos, en tanto y en cuanto son fundamentados en conocimientos científicos, son de suyo epistémicamente objetivos, neutrales e inmunes a las condiciones e influencias sociales, políticas y culturales.

En términos conceptuales, tomamos como punto de partida las discusiones de Foucault en torno a lo que llamó “biopolítica”, porque eso nos permite enlazar varios procesos, saberes y prácticas relacionadas a la medicalización, la eugenesia y el colonialismo entre finales del siglo XIX y mediados del siglo XX en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Por ejemplo, nos permite entrelazar las campañas de higiene (física y mental) contra enfermedades transmisibles, los enfoques en el control de la natalidad (incluyendo la esterilización) y, entre otras cosas, las prácticas de prevención contra la degeneración y las enfermedades hereditarias. Si nos permitimos la simplificación, por biopolítica Foucault designaba ese proceso particular mediante el cual eso que llamamos “vida” fue entendido e insertado dentro de un haz de relaciones de saber-poder de carácter médico e higiénico que buscaba, ya no solo corregir y disciplinar aquellos cuerpos y conductas indeseables, sino “problematizar”, politizar y regular los procesos vitales, como eran la

individuales en lugar de soluciones colectivas o sociales”. Este tipo de crítica ha sido abarcada por una variedad de autores, aspecto que ya aclararemos en el primer capítulo en la discusión del marco teórico. Ver Silvia Quadrelli, “La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera” *RAMR I-II*, n°10 (2015): 2-10, 2-3.

¹³ La eugenesia, como concepto y práctica, ha llevado a muchos equívocos, omisiones y malentendidos a nivel historiográfico. Ya esto lo discutiremos en mayor detalle en el segundo capítulo, en la sección II.B (titulada “Eugenesia y Degeneración en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica”). De todos, vale detenerse en su definición inicial, dada por su fundador Francis Galton (primo de Charles Darwin), en el 1883, para apreciar las pretensiones de control social, racial y nacional que tuvo dicha “ciencia” desde sus inicios. Galton empleó el término eugenesia para designar y fundar la “ciencia del cultivo de la raza”, la cual buscaba promover los “bien nacidos”, traduciendo *eu* como “bueno” y *genes* como “nacimiento” para así referirse a los individuos de “buen origen”. Esta ciencia constaba “del estudio de los agentes bajo control social que pueden mejorar o empobrecer las cualidades raciales de las futuras generaciones, ya fuere física o mentalmente”. Ver Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, “Presentación”, *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (comps.) (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005): 12.

natalidad, la maternidad, la higiene y, entre otras cosas, la raza, para así asegurar y normalizar ciertos modos de vida¹⁴. Complementamos la conceptualización foucaultiana con otras teorías e interpretaciones que integran, de forma explícita, elementos y contextos no desarrollados o ignorados tanto por Foucault como por muchos de los críticos europeos y estadounidenses de la medicalización (o procesos similares). Por esa razón es preciso que integremos las críticas que se han hecho desde las teorías de la colonialidad del poder, las críticas a la eugenesia y, en resumidas cuentas, las críticas de la historia social y cultural, en particular aquellas que han considerado la pertinencia de las identidades de género, sexualidad, clase, raza y nacionalidad al discutir los efectos concretos y locales de los saberes y prácticas médicas en Latinoamérica y el Caribe. En otras palabras, y a falta de una mejor categoría para agrupar un conjunto diverso de textos y teorías, complementamos la conceptualización foucaultiana con la historiografía crítica de la medicina en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica.

Si bien estas historiografías las vamos a discutir en mayor detalle en el segundo capítulo, es pertinente apuntar a que la historiografía crítica de la medicina en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica es muy amplia y cubre varios registros que, si nos permitimos resumirla, apuntan a

¹⁴ Otra forma de definir resumidamente lo que Foucault designaba por biopolítica es "la manera como se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas". Como bien lo resume, vía Foucault, Diego Alejandro Estrada Mesa:

El discurso médico no sólo ha sido un componente accesorio que se integra a un conjunto de instituciones. Las sociedades modernas han tomado forma gracias no sólo a un conjunto de terminologías médicas y biológicas (la división entre lo normal y lo patológico es la más evidente), sino también porque las racionalidades políticas empezaron a usufructar las racionalidades médicas para forjar un orden moral específico. De esta manera, mecanismos dirigidos a atenuar las enfermedades y a promover el bienestar general comenzaron a incorporarse dentro de las vidas de los seres humanos modernos: diversas instituciones públicas empezaron a preocuparse por la frecuencia de las enfermedades, su gravedad y duración; también comenzó a caracterizarse la colectividad en términos de índices de mortalidad, duración media de vida, esperanza de vida para cada franja etaria, etc.

Ver Michel Foucault, *Nacimiento de la Biopolítica: Curso College de France (1978-1979)* (México: Fondo de Cultura Económica, 2007): 359; Diego Alejandro Estrada Mesa. "La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault". *Escritos/Medellín* 23 (51) (2015): 331-355, 343-44; Francisco Avila Fuenmayor y Claudia Avila Montaña, "El concepto de biopolítica en Michel Foucault", *A Parte Rei* LXIX (2010): 1-6, 2.

las historias de: 1) la medicalización y la psiquiatrización de la sociedad, la cual incluye análisis críticos en torno a los procesos de psicologización e higienización de instancias y conductas antes asociadas, por lo general, a la moral y al campo de la teología; 2) las teorías de degeneración y de la eugenesia, en particular cómo aportaron a la conformación y edificación de mecanismos de exclusión, control poblacional e incluso identidad (desde conceder o reconocer ciudadanía hasta diagnosticar competencia, capacidad de autogobierno, consentimiento o volición e incluso derechos reproductivos-natales); 3) la medicina tropical y el rol de los médicos (criollos, nativos y de las autoridades coloniales) en las estrategias, dinámicas y discursos imperialistas, coloniales y poscoloniales. Es importante destacar que estas historias, si bien han sido generalmente estudiadas por separado, están entrelazadas y cada vez más encontramos estudios que apuntan a las correspondencias y confluencias que existieron (y existen) entre estas historias, temas y campos de estudio.

Integrar estas historias e historiografías nos permite construir una historia crítica más completa sobre las transformaciones epistemológicas, sociales e institucionales relacionadas a la sanidad, su problematización y lugar en las producciones de saberes y poderes en Puerto Rico. Dado que estamos enlazando conceptualizaciones, teorías y críticas diversas, vamos a dedicar el primer capítulo a elaborar en mayor detalle el marco teórico y la metodología, para entonces, en el segundo capítulo, proveer una revisión de las aludidas historias e historiografías.

IV. Justificación y problemas historiográficos

Cuando comparamos la historiografía de la historia de la medicina de Puerto Rico con las de otras partes del mundo, en particular Europa (Francia, Inglaterra y España), Latinoamérica (México, Argentina y Brasil) y Estados Unidos nos encontramos con varios problemas y limitaciones. La más evidente de estas es que oficialmente la tradición historiográfica más

reconocida sigue estando dominada por médicos que, en términos historiográficos, no han trascendido de un modo de historiar tradicional y cerrado. Dicha práctica historiográfica, en muchos sentidos, no ha sido por lo general capaz de ir más allá de una reproducción de una historia clásica o tradicional, en la que destacan las obras de Manuel Quevedo Báez y Salvador Arana Soto como los supuestos únicos historiadores oficiales de la medicina en nuestro país¹⁵. En ese sentido, la tendencia historiográfica prevaleciente en Puerto Rico ha buscado resaltar los progresos, los conflictos y, sobre todo, los logros de la ciencia médica como saber objetivo y neutral. La mayoría de estas obras fueron publicadas aproximadamente entre las décadas de los cuarenta y setenta del siglo XX, y su estilo, tipo de análisis y metodología caen bajo la categoría de lo que algunos historiadores llaman "historia clásica" (o "era de bronce"). Se trata de una historia, o modo de historiar, simplificada, ingenua, enaltecida (casi heroica), panegirista y elitista (una especie de humanismo ilustrado y demagógico), normalmente escrita por médicos (muchas veces como historiadores aficionados) sobre los avances y figuras clave de su profesión¹⁶. Sin menoscabar los esfuerzos y contribuciones de dichos médicos a nivel de identificación de fuentes y de análisis archivístico, hay que destacar que se trata de análisis históricos que tienden a desconocer u obviar las interpretaciones, metodologías y marcos teóricos de la historiografía más reciente.

¹⁵ Seleccionando los textos más relevantes tenemos: Manuel Quevedo Báez, *Historia de la medicina y cirugía de Puerto Rico* (San Juan: Asociación Médica de Puerto Rico, 1946-49); Salvador Arana Soto, *Cuba y Puerto Rico no son o La enfermedad de Cuba* (San Juan: Luis D. Paret, ed., 1963); Salvador Arana Soto, *Historia de nuestras calamidades* (Barcelona: Tipografía Miguza, 1968); Salvador Arana Soto, *Los médicos y la medicina en la literatura puertorriqueña* (Barcelona/San Juan: Tipografía MIGUZA, 1969); Salvador Arana Soto, *Historia de la Medicina Puertorriqueña, hasta el 1898* (San Juan, 1974); Salvador Arana Soto, *El Dr. José Espaillat y la enseñanza médica en Puerto Rico: con datos biográficos de los Dres. Oller, Vargas y el Lic. Antique* (San Juan: [s.n.], 1978); Salvador Arana Soto, *La sanidad en Puerto Rico hasta 1898* (Barcelona, San Juan: Complejo de Artes Gráficas Medinacelli, 1978); Lorenzo Balasquide, *Médicos notables del antaño poncheño* (San Juan: Instituto de Cultura Puertorriqueña, 1984); Juan A. Rosselló, *Historia de la psiquiatría en Puerto Rico, 1898-1988* (San Juan: Instituto de Relaciones Humanas, 1988).

¹⁶ Respecto a la aludida categoría historiográfica de "historia clásica", y otras categorías afines ver Rafael Huertas, "Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y Nuevas Tendencias" *Frenia* I, nº1 (2001): 16-36; y Cristian Sacristán, "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna" *Frenia* V, nº1 (2005): 11-18.

Las críticas que ofrecen los análisis de los médicos-historiadores en Puerto Rico tienden a centrarse en: 1) la falta de regulación y reconocimiento respecto a la autoridad del médico ante los “charlatanes”, “curiosos” y otros grupos “no-médicos” (digamos no licenciados ni doctorados en medicina) que ofrecen remedios, terapias e intervenciones asociadas a la salud (física o mental); 2) la poca cooperación, reconocimiento o debida regulación del Gobierno (sea local o central), el cual ignora los reclamos, opiniones y recomendaciones de la clase médica¹⁷; 3) algunos casos de críticas de carácter colonialista y nacionalista que presentan el modelo médico-higiénico anglosajón, en particular el instituido a principios del siglo XX, como parte del proyecto imperialista de la “americanización; 4) los problemas y tensiones relacionadas a los procesos de edificar y sostener programas de educación, investigación y divulgación/publicación científica¹⁸.

De suyo, ningunas de estas observaciones son en realidad falsas ni reclamos ilegítimos o erróneos; todo lo contrario, atinan en identificar una serie de problemas reales que fueron

¹⁷ En esta disertación utilizamos el concepto de “clase médica” para designar una grupo social particular que está asociado, por un lado, a un campo de conocimiento y a una profesión específica, en este caso la medicina, y por el otro, a un conjunto de valores y actividades de ciertos estratos y clases (usualmente las llamadas clases “altas”, “privilegiadas” o “élites”). Ya este aspecto lo discutimos en mayor detalle en el próximo capítulo, en la sección II.E (llamada “El campo médico como clase social y profesión”).

¹⁸ En beneficio de proveer un surtido, para nada completo, de distintos textos que comparten este tipo de observaciones y análisis: Samuel R. Quiñones, “La evolución de la medicina en Puerto Rico”, *BAMPR* X, n°52 (1960):344-49; José Rigau Pérez, “La Salud en Puerto Rico en el Siglo XX”, *PRHSJ* XIX, n°4 (2000): 357-368; José G. Rigau-Pérez, “Bailey K. Ashford, Más allá de sus Memorias”, *PRHSJ* XIX, n° (1) (2000), 51-55; Rafael Fernández Feliberti y Roberto Rodríguez, “Compendio de los primeros cien años de artículos científicos, escritos, documentos, editoriales y datos históricos sobre la medicina a la luz de los tiempos... del Boletín Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR* XCIV n°1-12 (2002): 5-18; Raúl Mayo Santana, Annette B. Ramírez de Arellano y José Rigau-Pérez, *A sojourn in tropical medicina: Francis W. O'Connor's Diary of a Porto Rican Trip, 1927* (San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico: 2008); Norman Maldonado, *On health in Puerto Rico* (San Juan: Editorial Universidad de Puerto Rico, 2008); Norman Maldonado, *On health in Puerto Rico II* (San Juan: Editorial Universidad de Puerto Rico, 2010); Hector Luis Acevedo (Ed), *Dr. Antonio Fernós Isern. De médico a constituyente* (San Juan Universidad Interamericana, CIEDP, 2014); Raúl Mayo-Santana, Silvia E. Rabionet, Lucy Peña-Carro, Adelfa E. Serrano, “Marvels and Shadows: Science and Education at the University of Puerto Rico School of Tropical Medicine under the Auspices of Columbia University: An Introduction”, *PRHSJ* XXXV, n° 2 (2016), 50-52; Raúl Mayo-Santana, Lucy Peña-Carro y Silvia E. Rabionet, “The Historical Antecedents of the UPR School of Tropical Medicine”, *PRHSJ* XXXV, n°2 (2016): 53-61; Silvia E. Rabionet, “The Educational Legacy of the UPR of Tropical Medicine: Curricula, Faculty, Students (1926-1949)”. *PRHSJ* XXXV, n°3 (2016): 125-33; Raúl Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine (1925-1950): From a Health Department Bulletin to a UPR School of Tropical Medicine”, *PRHSJ* XXXV, n°4 (2016): 179-190; José G. Rigau-Pérez, “The Work of US Public Health Service Officers in Puerto Rico, 1898-1919”, *PRHSJ* XXXVI, n°3 (2017): 130-39.

percibidos y tratados por los médicos como clase profesional. No obstante, dichas observaciones dejan a un lado o simplifican las complicidades, apropiaciones y transformaciones de los saberes, y prácticas de la clase médica. También presume cierta inmunidad del saber y quehacer médico ante las influencias culturales, socioeconómicas e ideológicas, lo que refleja una ingenuidad peligrosa y un desconocimiento de los debates epistemológicos asociados a las críticas socioculturales, foucaultianas, posfeministas y poscoloniales. No obstante, esto no quiere decir que no exista una historiografía crítica en Puerto Rico sobre la medicina que refleje perspectivas y análisis similares a la historiografía crítica de la medicina en Latinoamérica, Europa y Estados Unidos.

En Puerto Rico encontramos que los análisis históricos más pertinentes han sido llevado a cabo por un grupo de historiadores, muchas veces influenciados por la “nueva historia¹⁹” social (o de la “vida social”) y por enfoques foucaultianos, de teorías de género y poscoloniales. Sin embargo, y esto hay que destacarlo, la mayoría de estos historiadores y sus respectivos textos no están especializados en historia de la medicina, enfoque que hasta cierto punto no ha tenido oficialmente arraigo ni producción intelectual fija en Puerto Rico (igualmente sucede con la historia de la ciencia)²⁰. Por ende, en Puerto Rico muchas de las reflexiones y críticas en torno al saber médico

¹⁹ La categoría es sumamente problemática, ya que en ella podemos identificar historiadores para nada homogéneos y que cubre un espectro que va desde los trabajos provenientes inicialmente del CEREP (Centro de Estudios de la Realidad Puertorriqueña), como fueron por ejemplo los de Ángel Quintero Rivera, Andrés Ramos Mattei y Gervasio García (en los setenta y principios de los ochenta), hasta los trabajos de Fernando Picó, Astrid Cubano, Mayra Rosario, Silvia Álvarez Curbelo, Carlos Pabón, Pedro San Miguel y, más recientemente, Marlene Duprey. Respecto a esta “nueva historia” de Puerto Rico ver las revisiones hechas en la década de los ochenta por Blanca Silvestrini, “Perspectivas de los estudios históricos en Puerto Rico en la década de los setenta”, *Cuadernos de la Facultad de Humanidades X* (1983): 25-52; James Fietz “Review: Puerto Rico’s New History”, *Latin American Research Review XIX*, n° (1) (1984): 210-222; María de los Angeles Castro Arroyo, “De Salvador Brau hasta la “Novísima” Historia: Un replantamiento y una crítica, *Op. Cit IV* (1988-1989): 9-55.

²⁰ En Puerto Rico no hemos tenido una institución ni programa dedicado específicamente a la historia de la medicina (o de las ciencias). No tenemos grados en historia de la medicina o las ciencias ni una revista que se especialice en este tipo de asuntos. De los pocos espacios que, de forma más o menos visible, discute y elabora estos asuntos son el Instituto de Historia de las Ciencias de la Salud (IHICIS). Sin embargo, dicho instituto no produce grados educativos (no se ofrece un grado de Historia de la Ciencia) y, pese a sus loables intentos de publicación sobre el tema, son pocos los libros y artículos (tampoco tienen una revista especializada y de publicación regular) que en el periodo de 18 años

y sanitario son producto de una investigación y reflexión académica e intelectual que, durante las últimas tres décadas, ha criticado el sistema de salud pública y los sistemas de corrección para así apuntar a cómo se utilizan ciertos discursos, teorías y prácticas para patologizar, criminalizar y excluir poblaciones enteras, reflejando así ideologías y estrategias de discrimen racial, sexual y contra ciertos sectores, clases y grupos sociales²¹.

Esta disertación se nutre de muchos de estos trabajos y reflexiones, que integran teorías de género, poscoloniales y foucaultianas. Vale detenernos brevemente y mencionar aquellos trabajos cuyos enfoque y argumentos sirven como punto de partido para esta disertación (aunque evidentemente no son los únicos pertinentes). Se destacan, por ejemplo, los análisis de Marlene Duprey en torno a cómo el saber médico e higiénico buscó establecer un control hegemónico sobre el cuerpo de los pobres y las mujeres desde finales del siglo XIX y principios del XX²². Igualmente

han podido contribuir. Con esto no se desacreditan sus esfuerzos y publicaciones (muchas de ellas son utilizadas en esta disertación), pero sí nos permite ver cómo existen muy pocos espacios dedicados al tema. A su vez, muchos de sus miembros son doctores en medicina y salud pública que, por su interés y estudios en historia, han fomentado el estudio histórico de la medicina (además de la contribución significativa de historiadores que colaboran en las conferencias y artículos que producen). Ver, para más información, <https://ihicis.rcm.upr.edu/>.

²¹ El enfoque de esta investigación se nutre más de aquellas indagaciones e interpretaciones de historiadores que, si bien no se adentraron directamente a la historia de la medicina, sí dieron cuenta y han elaborado historias sobre la marginalización y los marginados (donde se puede ver, ya desde los noventa, la creciente inclusión de las teorizaciones de Foucault). Entre tales indagaciones, me parecen pertinentes, entre otra/os, los textos de Fernando Picó, Antonia Rivera Rivera, Mayra Rosario y María del Carmen Baerga. Me limito a mencionar algunos de los textos más pertinentes: Mayra Rosario Urrutia, “La génesis de la consciencia anti-alcohólica bajo el dominio hispánico” *Op. Cit.* VIII (1994-1995): 167-200; Fernando Pico, *El día menos pensado: historia de los presidarios en Puerto Rico (1793-1993)* (Río Piedras: Ediciones Huracán, 1998) y Antonia Rivera Rivera, *El Estado Español y la beneficencia en Puerto Rico del siglo XIX* (Puerto Rico: Editorial El Cuervo Dorado, 1995); Ivette Rodríguez Santana, “Las mujeres y la higiene: la construcción de ‘lo social’ en San Juan, 1880-1929”, en *Historia y Género: vidas y relatos de mujeres en el Caribe*, ed. Mario R. Cancel (San Juan: Asociación Puertorriqueña de Historiadores Postdata, 1997), 80-95; Teresita Martínez-Vegne, *Shaping the Discourse on Space: Charity and it's wards in nineteenth-century San Juan, Puerto Rico* (Austin: University of Texas, 1999); María de Lourdes Rivera González, “La Casa de Beneficencia: espacio de caridad y castigo para la infancia puertorriqueña (1844-1920)”, *Historia y Sociedad* XIV (2003): 53-81; Mayra Rosario Urrutia, “Al margen (y al amparo) de la ley: transgresiones de la época prohibicionista del alcohol en Puerto Rico (1918-1934)” *Historia y Sociedad* XIV (2003): 83-107; Marlene Duprey, “Estados Anémicos: configuraciones del gobierno en tiempos epidémicos”, *Historia y Sociedad* XVI-XVII (2005-2006): 125-153; José G. Rigau Pérez, “El servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en Puerto Rico, 1898-1918”, *Op Cit* XIX (2009-2010): 143-177; María del Carmen Baerga, “Transgresiones corporales. El mejoramiento de la raza y los discursos eugenésicos en el Puerto Rico de finales del siglo XIX y principios del XX” *Op. Cit* XIX (2009-2010): 79-106. Algunos de estos textos los discutiremos y/o usaremos como referencias pertinentes en segundo capítulo, cuando hagamos una revisión historiográfica sobre historia crítica de la medicina en Puerto Rico.

²² Este argumento puede verse desarrollado en su libro *Bioislas*, pero igualmente en distintos artículos que se han

tenemos los análisis de Benigno Trigo, Carmen Baerga e Ivette Santana, que han buscado trazar, desde distintos registros, cómo para finales del siglo XIX los saberes médicos e higiénicos reflejaban los intereses y prejuicios de la elite criolla contra aquellos elementos que eran percibidos como “degenerativos”, como eran los pobres del campo y los negros, a la vez que buscaban ofrecer una imagen blanqueada del jíbaro²³. Los análisis de Santana y Trigo nos permiten ver cómo los “letrados²⁴”, en particular ciertos médicos de finales del siglo XIX, construyeron una imagen de los puertorriqueños como enfermizos y en crisis, a la vez que se representaban a sí mismos como agentes liberales, humanistas y capaces de corregir y gobernar a ese colectivo racial y sexualmente inestable de puertorriqueños pobres. El texto de Baerga es tal vez de los pocos que apunta, de forma más clara, a la presencia de las teorías eugenésicas desde finales del siglo XIX (particularmente en el médico Francisco del Valle Atilés) y como sirvieron para proyectar la incomodidad que sentían las elites en torno a la negritud puertorriqueña.

concentrado en eventos y situaciones concretas (como las plagas de peste bubónica a principios del siglo XX y los textos dedicados a higiene femenina). Ver Marlene Duprey, *Bioislas: ensayos sobre biopolítica y gubernamentalidad en Puerto Rico* (San Juan: Ediciones Callejón, 2010); Duprey, “Estados anémicos:”, cit.; Duprey, “Los discursos de higiene y el cuerpo femenino como metáfora de ingobernabilidad (Puerto Rico, finales del siglo XIX)”, *ARENAL XIV*, nº1 (2007), 59-78.

²³ Ver Benigno Trigo, *Subjects of Crisis: Race and Gender as Disease in Latin America* (Hanover & London: University Press of New England, 2000); Benigno Trigo, “Anemia and Vampires: Figures to Govern the Colony, Puerto Rico, 1880-1904”. *Comparative Studies in Society and History XL*, nº1 (1999): 104-123; María del Carmen Baerga, “Transgresiones corporales: El mejoramiento de la raza y los discursos eugenésicos en el Puerto Rico de finales del siglo XIX y principios del XX”, *Op. Cit.* 19 (2009-2010): 79-106; Ivette Rodríguez Santana, “Conquests of death: disease, health and hygiene in the formation of the social body (Puerto Rico, 1880-1929)” (Diss. de PhD: Yale University, 2005).

²⁴ Muchos historiadores y sociólogos utilizan el término “letrado” a partir de su empleo en el libro del ensayista uruguayo Ángel Rama *La ciudad letrada* para así designar a aquellos intelectuales, usualmente criollos, que estaban asociados al Estado o se percibían como entidades orgánicas (o digamos promotoras) de este, a los proyectos de la modernidad y a los espacios urbanos. En el caso de esta disertación, nuestro uso es muy similar al de Rama. Entiéndase por ello que el término “letrado” no remite en este caso a su uso originario de “conocedor de las leyes” (aquel que estudiaba para ser abogado, jurista o era designado juez), sino a un empleo específico del término para designar a todos aquellos individuos que tenían algún grado, ejercían alguna profesión o eran reconocidos como intelectuales asociados a algún arte liberal u ocupación administrativa. Usualmente, se asociaba a médicos, abogados, arquitectos y escritores. Sin embargo, también existían aquellos intelectuales que criticaban, desde finales del siglo XIX, a esos intelectuales de universidad porque eran presuntuosos y no sabían ver la realidad. No obstante, si algo compartían era la supuesta función de los intelectuales para “modernizar” la ciudad, vía la educación, las artes liberales, el periodismo y nuevos conocimientos asociados a los espacios y tradiciones urbanas. A esto se añade un mayor interés por perspectivas positivistas y que consideraban el uso de la ciencia y del realismo como herramientas de modernización y civilización. Ver Angel Rama, *La ciudad letrada* (Arca: Montevideo, 1998), 61-71

Los textos de José Amador y Nicole Trujillo son también pertinentes, dado que se centran en los efectos que tuvieron las campañas de higiene durante la intervención estadounidense, en particular las campañas de anemia del médico militar estadounidense Bailey Ashford, tratando así de contextualizar cómo estas intervenciones se alineaban a intereses de clase social, políticos y nacionales, además de promover una visión blanqueada del jíbaro²⁵. Ambos textos intentan analizar cómo, pese a las tensiones entre las autoridades estadounidenses y los médicos puertorriqueños, que celaban su autonomía profesional y autoridad moral, las intervenciones estadounidenses fueron aceptadas y apropiadas por los profesionales e intelectuales puertorriqueños para auspiciar ciertos proyectos nacionales.

En estos estudios encontramos un argumento que coincide con las críticas de Eileen Finlay, Ileana Rodríguez Silva y Solsiree del Moral en torno a las dinámicas del racismo en Puerto Rico: las elites criollas o “letrados” buscaron auspiciar una imagen blanqueada de lo puertorriqueño que se reflejaba en el interés selectivo en querer “redimir” a los jíbaros blancos y deshacerse de todos aquellos grupos o “elementos” percibidos como degenerativos (por ejemplo, las comadronas, los curanderos y las prostitutas), para así “regenerar la Raza”²⁶. Este objetivo es muy similar, como

²⁵ Ver Nicole Trujillo, *Modern Colonization by Medical Intervention: U.S. Medicine in Puerto Rico* (Leiden: Brill, 2013); Nicole Elise Trujillo-Pagan, “Worms as a Hook for Colonising Puerto Rico”, *Social History of Medicine* XVI, Nº (4) (2013): 611-32; Nicole Trujillo-Pagán, “Controlling Malaria and Men: Rockefeller Health Intervention in ‘Porto Rico’, 1920-1926”, *Center for Research on Social Organization. Working Paper Series #560* (January 1998), 1-31,4. Accesado en https://www.academia.edu/1848248/Controlling_Malaria_and_Men_Rockefeller_Health_Intervention_in_Porto_Rico_1920_1926; Nicole Trujillo-Pagán, “The Politics of Professionalization: Puerto Rican Physicians during the Transition from Spanish to US Colonialism”, en *Health and Medicine in the circum-Caribbean 1800-1968*, eds Juanita De Barros, Steven Palmer & David Wright (New York: Routledge, 2009): 142-164; Nicole Trujillo-Pagán, “Health beyond prescription: A postcolonial history of Puerto Rican Medicine at the Turn of the Twentieth Century” (Diss. de PhD: University of Michigan, 2003); José Amador, *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940* (Vanderbilt University Press: Nashville, 2015); José Amador, “‘Redeeming the Tropics’: Public Health and National Identity in Cuba, Puerto Rico, and Brazil, 1890-1940” (Diss de PhD: University of Michigan, 2008).

²⁶ Ver Eileen Finlay, *Imposing Decency, The politics of Sexuality and Race in Puerto Rico, 1870-1920* (London: Duke University Press, 1999), 18-27, 37-47; Eileen Finlay, “La raza y lo respetable: las políticas de la prostitución y la ciudadanía en Ponce en la última década del siglo XIX”, *OP. CIT.* XVI (2005): 99-136; Ileana M. Rodríguez-Silva, “A Conspiracy of Silence: Blackness, Class, and National Identities in Post-Emancipation Puerto Rico (1850-1920)” (Diss. de PhD: University of Wisconsin-Madison, 2004); Solsiree del Moral, “Rescuing the jíbaro: renewing the Puerto Rican Patria through school reform”, *Caribbean Studies* XLI, nº2 (2013): 91-135; Solsiree del Moral, “Race,

ya discutiremos en los próximos dos capítulos, y coincide con los proyectos y prácticas eugenésicas en Latinoamérica, las cuales buscaban, de un modo u otro, “blanquear” las poblaciones a través de medidas de control de natalidad y de matrimonio (por ejemplo, vía el uso de certificados médicos prenupciales y la creación de fichas biotipológicas) contra todos aquellos considerados enfermizos y degenerativos para “la Raza”. Lo que sorprende del caso de Puerto Rico es que, pese a que fue uno de los pocos países en todo Latinoamérica y el Caribe que tuvo una organización estatal dedicada a la eugenesia (una Junta Insular de Eugenesia creada en el 1937²⁷), creada para llevar a cabo esterilizaciones, el tema ha sido apenas abordado a nivel histórico en el país. Ha habido un mayor enfoque en analizar los métodos contraceptivos y sus usos experimentales en Puerto Rico (por ejemplo, los textos de Annette B. Ramírez de Arellano y Laura Briggs), pero aún estos estudios no profundizan mucho en las interconexiones, dentro del discurso médico, entre las teorías y prácticas contraceptivas, maltusianas y eugenésicas. Evidentemente, con esto no invalidamos ni desacreditamos las aportaciones de estos estudios y análisis, sino que apuntamos a asuntos que han quedado pendientes de desarrollar o profundizar.

Uno de los objetivos de esta disertación es lograr establecer un diálogo entre, por un lado, los análisis llevados a cabo por la historiografía crítica de la historia de la medicina y de la eugenesia en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, y, por el otro, las pocas investigaciones en Puerto Rico sobre historia crítica y social de la medicina (revisiones que discutiremos en el segundo capítulo). También buscamos elaborar una historia crítica de la medicina que abarque una

Science and Nation: The Cultural Politics of Schools in Colonial Puerto Rico 1917-1938” (Diss. de PhD: University of Wisconsin Madison, 2006).

²⁷ Hay menciones de ello en Annette B. Ramírez de Arellano y Conrad Seipp, *Colonialism, Catholicism and Contraception. A History of Birth Control in Puerto Rico* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1983): 203; Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley: University of California Press, 2002), 107, 149; Arnaldo Torres-Degró, "Discusión legislativa y gubernamental en Puerto Rico ante los asuntos de índole poblacionales: Estrategias e intrigas entre 1898-1937", *CIDE digital* I (2) (2010): 47-76 y Arnaldo Torres-Degró, “Las políticas poblacionales en Puerto Rico. Cinco siglos de dominación colonial” (Disertación: Universidad Complutense de Madrid, 2004): 297-98.

temporalidad mayor a los trabajos existentes (que usualmente recorren periodos breves) y un registro más amplio que interconecte tanto el contexto institucional como el epistemológico y discursivo desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX. Lo que encontramos son artículos que se enfocan en periodos breves (o en recorridos amplios, pero con detalles muy escasos), que apenas nos permiten delimitar algunas de las campañas sanitarias clave, como fueron las dedicadas a combatir anemia, malaria y tuberculosis. Finalmente, conviene recordar que muchos textos solo se centran en un puñado de médicos (en particular, Bailey Ashford), sin en realidad proveer un panorama epistemológico e histórico social detallado (o inclusive comparaciones o correspondencias con procesos similares en el Caribe y Latinoamérica).

Lo que nos interesa aquí es apuntar a la necesidad de elaborar una historia crítica de la medicina en Puerto Rico que sea más amplia y se centre en un periodo que nos permita comprender tanto la institucionalización de los servicios médicos, como la conformación de ciertos saberes, prácticas y discursos en torno a lo sano y lo que enferma en el país. Por esa razón, intentamos elaborar una historia de la medicina que identifique, trace y relacione, dentro de los parámetros temporales que hemos establecido (1880-1948): 1) los médicos más relevantes asociados a los diferentes problemas sanitarios más importantes; 2) las ideas, teorías, debates y prácticas que se manejaban a nivel de producción intelectual dentro del campo médico; 3) el desarrollo de instituciones y servicios médicos concretos. Como ya discutiremos en la próxima sección, el análisis sigue un orden cronológico que busca interconectar los desarrollos, continuidades, discontinuidades y “resurgencias” de los procesos tanto institucionales como epistemológicos, para así identificar y trazar los discursos relevantes producidos por el campo médico.

V. División de capítulos

Esta disertación tiene un total de seis capítulos, dos que corresponden a discusiones teóricas, metodológicas e historiográficas y cuatro capítulos que proponen análisis históricos a partir de las tres temporalidades mencionadas (1880-1899, 1900-1930, 1930-1948), y la conclusión. Los capítulos tres, cuatro y cinco, que son los que conforman el análisis histórico de fuentes primarias, tienen una estructura similar que permite analizar e interrelacionar los aspectos institucionales, epistemológicos y discursivos. Por lo general se dividen y ordenan de la siguiente forma:

- 1) Se inicia con una discusión en torno a la organización institucional de los servicios médicos y sanitarios, las principales campañas higiénicas y el panorama epidemiológico (en este caso, estadísticas e información en torno a mortalidad y morbilidad de las enfermedades epidémicas o principales). Esto incluye también identificar la producción intelectual (revistas, boletines, informes e instituciones afines, incluyendo las educativas) y los estudios y debates más relevantes dentro del campo médico y que estén asociados a las enfermedades consideradas, por el propio campo médico, como las más pertinentes (que por lo general eran las asociadas a más muertes y/o morbilidad).
- 2) Nos centramos en los aspectos epistemológicos y discursivos, a partir de tres ejes de análisis que nos permiten discutir cómo los médicos representan, narran y discuten: a) su saber, roles y autoridad; b) lo que es lo saludable y lo que enferma; c) las figuras principales y “modos de vivir” a tratar, regular y corregir. Por lo general, nos centramos en aquellas figuras que han sido “problematizadas” por las autoridades gubernamentales y médicas como son los pobres (en particular los jíbaros), las mujeres y los negros (o la negritud). Vale notar que en estos análisis nos centramos también en cómo los discursos médicos

representaban y manejaban las nociones en torno a género, clase social y raza. Ya estos aspectos teóricos metodológicos los discutiremos en mayor detalle en el próximo capítulo.

El primer capítulo consta de una discusión del marco teórico y la metodología, lo cual incluye los debates, argumentos y conceptos clave que van a enmarcar las interpretaciones y análisis de esta disertación. El marco teórico integra varias teorías, tomando como punto de partida la analítica del poder foucaultiana, en especial su conceptualización de la biopolítica y la gubernamentalidad. También discutiremos la pertinencia de la conceptualización foucaultiana en los estudios críticos sobre la medicalización de la vida cotidiana y para pensar algunos problemas epistemológicos de la ciencia. Complementamos la conceptualización foucaultiana con las teorías y argumentos en torno a la colonialidad del poder y las críticas de la historia sociocultural de la medicina y de la eugenesia en torno a los usos racistas y reduccionistas de los saberes y las prácticas médicas. Para ello vamos a detenernos en algunas aclaraciones pertinentes en torno a la historiografía reciente en torno a la eugenesia y el porqué es importante para repensar ciertas premisas y entendidos que tenemos en torno a la relación entre ciencia, medicina y política. En términos metodológicos, vamos a discutir la pertinencia de llevar a cabo un análisis crítico de discurso que tome también en consideración los aspectos lingüísticos y epistemológicos que se producen a través del campo de la medicina. También vamos a justificar la relevancia de nuestra selección de fuentes para así analizar el campo médico.

El segundo capítulo contiene una discusión y revisión historiográfica de la historia social y crítica de la medicina en Puerto Rico y las tendencias historiográficas más pertinentes en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, centrándonos en las críticas a la medicalización, la eugenesia y la medicina colonial, en particular la medicina tropical. Vamos a comenzar con un recorrido de la historiografía crítica que se ha desarrollado en Puerto Rico en las últimas décadas,

contextualizando los aportes pertinentes y sus limitaciones cuando las comparamos a la historiografía en los demás países. El objetivo es poder establecer un diálogo entre, por un lado, la historiografía en Puerto Rico o sobre Puerto Rico y, por el otro, lo publicado en Latinoamérica, Europa y Estados Unidos.

Los capítulos tres, cuatro y cinco son los que recorren temporalmente el periodo de 1880 hasta 1948, enfocándose en los aspectos institucionales, epistemológicos y discursivos ya mencionados. En el tercer capítulo se recorre el espacio temporal, político, económico y médico de finales del siglo XIX en Puerto Rico (desde los 1880s hasta 1899). Esta temporalidad nos permite ver los finales del régimen español y el periodo de transición de la intervención estadounidense, además de ser un periodo importante en la historia de las ciencias y de la medicina, especialmente en los campos de la patología, la psiquiatría, la epidemiología y, entre otras, la medicina clínica, en particular con el emerger de la teoría de gérmenes. Comparado con décadas anteriores, tenemos una mayor presencia (aún si era muy pequeña cuando se comparaba con España y Estados Unidos) de textos y revistas médicas (como *El Eco-Medico Farmaceutico* y *La Salud*) que discutían las condiciones sanitarias del país. Se discuten y contextualizan las pocas instituciones médicas y sanitarias existentes. Asimismo, discutimos ciertos textos de ciertas figuras clave dentro del campo y del discurso médico (Francisco del Valle Atilés, Manuel Zeno Gandía, Ramón Emeterio Betances, Agustín Stahl y, entre otros, Francisco Goenaga) para así no solo tener una idea en torno a los problemas sanitarios y científicos de la época sino analizar cómo cierta elite criolla discursaba sobre la “degeneración”, la moral, la volición, los hábitos, y la capacidad de gobierno/gobernarse/ser gobernables de los puertorriqueños, en particular los jíbaros, las mujeres pobres y los negros. Cerramos apuntando a las transiciones y tensiones que suceden a partir de la intervención estadounidense.

El cuarto capítulo recorre del 1900 al 1930, durante el periodo de transición, instalación y conformación de las instituciones salubristas bajo el régimen estadounidense. Siguiendo la estructura del capítulo anterior, nos centramos primero en contextualizar el desarrollo institucional y de servicios médicos, entre los cuales se destacan la formación del Departamento de Sanidad y de las primeras campañas de higiene, en particular las de anemia a través del médico militar estadounidense Bailey Ashford, y la formación del Instituto de Medicina e Higiene Tropical (IMHT) y la Escuela de Medicina Tropical (EMT). La anemia, la malaria, la tuberculosis y la mortalidad infantil serán las cuatro afecciones (o condiciones de mortalidad/salud) de mayor relevancia durante este periodo y por esa razón nos centraremos en los estudios y campañas asociadas a estas afecciones durante este periodo. En este periodo se conforma la Asociación Médica de Puerto Rico (AMPR) y encontraremos una mayor proliferación de textos médicos y científicos a partir de la fundación, a inicios del siglo XX, del *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico* (BAMPR) y las revistas asociadas a la EMT, como la *Porto Rico Health Review* (PRHR) y el *The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine* (PRJPHTM). Nos interesa trazar los cambios y transformaciones, tanto a nivel institucional como epistemológicos y discursivos, como fue el mayor énfasis en enfoques microbiológicos, asociados a la Medicina Tropical, e intervenciones biomédicas a partir de un discurso en torno a la prevención. Nos centraremos en discutir los informes, textos y artículos pertinentes asociados a las enfermedades principales, centrándonos en algunas figuras clave (como fue Francisco del Valle Atilas, Bailey Ashford, Pedro Gutiérrez Igaravidez, Agustín Stahl, Pablo Morales Otero y Manuel Quevedo Báez) y, en algunos temas pertinentes, como son la eugenesia dentro del discurso higienista preventivo. Nos centramos nuevamente en cómo se discursa en torno a los campesinos, las mujeres y la negritud, para así señalar cómo se articula un discurso en torno a la responsabilidad y la

sanidad que tendió a patologizar y culpabilizar a aquellos considerados inadaptados, débiles mentales, disgénicos (o degenerados), ignorantes y faltos de voluntad.

El quinto capítulo recorre el periodo desde el 1930 hasta el 1948, un periodo pertinente dados los efectos de la Gran Depresión, la Segunda Guerra Mundial y el *New Deal*, los cuales van a llevar a transformaciones importantes en cómo se estructuran y extienden los servicios de salud pública, en particular con las Unidades de Salud Pública. También es el periodo durante el que cierra la EMT y se dan los primeros pasos para edificar la primera escuela nacional de medicina en el País. El objetivo no es solo trazar estos cambios institucionales, sino apuntar también a cómo perviven y se repiten algunas de las dificultades y limitaciones en torno a la financiación y priorización, a causa de las necesidades socioeconómicas y las carencias de gran parte de la población puertorriqueña. No solo es un periodo de mayor crecimiento institucional sino también de creación de especialidades, las cuales no solo se centran en lo biológico y fisiológico sino también en servicios sociales y psicológicos; y con esto vemos también un mayor prestigio concedido a la figura del especialista. La anemia, la malaria, la tuberculosis y la mortalidad infantil van a continuar siendo situaciones problematizadas durante este periodo, añadiéndoseles la sobrepoblación como un “problema social” que urgía resolver, usualmente invocando un lenguaje economicista, eugenésico y neomaltusiano. Continuamos analizando la producción intelectual de la época, enfocándonos en ciertas figuras y especialistas pertinentes (Luis Manuel Morales García, José Belaval, Leopoldo Figueroa, Oscar Costa Mandry, José Rodríguez Pastor, Antonio Fernós Isern y Esteban García Cabrera), para así analizar como se articula un discurso de rehabilitación y se destacan ciertas figuras distintivas, como son los tisiófobos y los nerviosos, además de los trabajadores pobres, las mujeres ignorantes (supuestamente culpables de la sobrepoblación) y la negritud.

El sexto capítulo es la conclusión, en donde retomamos, a nivel de resumen, los desarrollos y transformaciones más pertinentes, a nivel institucional, epistemológico y discursivo de los periodos abarcados, además de las continuidades y contradicciones que se repetían. El objetivo es poder ir trazando dichos procesos, centrándonos en las nociones de salud y enfermedad, y en las figuras clave que eran aludidas a nivel discursivo.

Capítulo I

Marco teórico y metodología

La historia de la medicina en Puerto Rico presenta varios problemas y limitaciones, entre los cuales se destaca que su perspectiva y conceptualización tiende a ser panegirista y destaca los progresos y adelantos de la profesión médica, a la vez que reduce los conflictos y tensiones a problemas gubernamentales o políticos que tienen poco que ver con el campo de la medicina¹. Sin desestimar las contribuciones de esta historiografía, hay que reconocer que, cuando vemos la historiografía de la medicina en otros países, en particular aquellas que buscan evaluar críticamente los contextos sociales y culturales, nos encontramos con un panorama distinto, que tiende a idealizar menos y complejizar más el rol del campo de la medicina. Aún hoy día son pocos los trabajos, cuando comparamos la producción y las tradiciones historiográficas en otros países, que proveen una visión histórica y crítica del campo médico en Puerto Rico. Por esa razón, en estos dos próximos capítulos vamos a presentar una revisión de lo que podemos llamar la “historiografía crítica de la medicalización” y de las conceptualizaciones y métodos que vamos a utilizar para nuestro análisis.

En este capítulo nos centramos en discutir la teoría, o mejor dicho las conceptualizaciones, de Foucault en torno a la biopolítica y la gubernamentalidad, para así destacar su pertinencia (y límites) dentro de la historiografía de la medicalización y la eugenesia. En ese sentido, trazamos cómo el concepto de biopolítica es útil para pensar los procesos de medicalización y las políticas de racismo científico de la eugenesia, a la vez que actualizamos las reflexiones del filósofo francés a través de

¹ Para más detalles ver la discusión en la Introducción, en la sección IV, llamada “justificación y problemas historiográficos”.

las críticas al colonialismo y otros asuntos afines. En el segundo capítulo se van a elaborar en mayor detalle las historiografías de la medicalización y la eugenesia en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, dado que aquí solamente nos centramos en los argumentos pertinentes para la conceptualización del marco teórico y la metodología.

I. Marco teórico: conceptos clave en la crítica a la medicalización

Antes que prosigamos con nuestra discusión del marco teórico, vale la pena hacer algunas aclaraciones en torno al uso que hacemos de ciertos conceptos e instrumentos de análisis histórico y su relevancia para enmarcar nuestras preguntas y acercamientos en esta disertación. Hay una serie de conceptos clave en esta disertación porque nos sirven como ejes de análisis y punto de partida: “medicalización”, “biopolítica” y “gubernamentalidad”. Estos conceptos los podemos llamar “conceptos analíticos” o “instrumentos analíticos²” y los utilizaremos junto a otros, como “problematización”, “discurso”, “racialismo”, “racialización”, “colonialismo”, “relaciones de saber-poder” y “eugenesia latina”, para así organizar nuestros análisis y reflexiones. También tenemos una serie de conceptos que, en nuestras fuentes primarias, son escritos y expresados como si fuesen únicos, absolutos y dominantes, e incluso en ocasiones son escritos explícitamente con mayúsculas y artículos determinados, debido a que tienen la pretensión de ser metanarrativos o de presentarse como discursos dominantes. Por esa razón notarán que en la disertación escribimos dichos términos en mayúsculas, para así acentuar esa pretensión: la Higiene, la Ciencia, la Modernidad, el Progreso, la Verdad y, entre otros, la Raza.

Toda construcción conceptual, no importa su intención, es siempre una construcción social e histórica³. Todos los conceptos y teorías críticas apuntados son relativamente recientes (del siglo

² Esta distinción puede encontrarse en el artículo de Julio Arias y Eduardo Restrepo, “Historizando raza: propuestas conceptuales y metodológicas”, *Crítica y Emancipación* II, n°3 (2010): 45-64, 47-50, 53.

³ Ver Arias y Restrepo, “Historizando raza”, 50.

XX), al menos en términos de su uso, y provienen de una serie de autores, escuelas de pensamientos y enfoques que vamos a ir discutiendo en este capítulo. De un modo u otro, estos conceptos nos permiten alejarnos de las limitaciones de la historiografía clásica de la medicina y ofrecer un análisis epistemológico y discursivo que no solo aporta un análisis crítico de “lo dicho” sino que también ofrece, a través de su marco teórico particular, “herramientas analíticas” que permiten pensar la historia de la medicina de otra forma. Esto es sumamente importante cuando se busca historizar ciertos procesos y conceptos, como son la medicalización, la racialización, la raza o la biopolítica. Igualmente, es importante que reconozcamos los límites y posibles sesgos que poseen estos instrumentos analíticos, los cuales, como todo concepto, palabra o recurso retórico, tienen también su propia historicidad⁴.

Estos conceptos analíticos remiten a procesos que, por lo general van más allá de la presencia de una palabra o idea, y nos permiten organizar y enfatizarlos de manera compleja. Vale recordar la distinción que trazaba el historiador Michel-Rolph Trouillot: los conceptos no son palabras (y viceversa), la significación que puede tener una palabra es múltiple y un concepto o conceptualización puede estar presente aun si no está la palabra que lo denota (o el conjunto de palabras asociados con el concepto) o inclusive cuando ya la palabra ha sido resignificada o su uso ha cambiado drásticamente (al punto de ser abandonado su uso preliminar o censurado). Como señala el antropólogo cultural Eduardo Restrepo, “no hay que confundir la presencia o ausencia de una palabra con la presencia o ausencia de un concepto”⁵. Para poder entender esto es necesario conocer el contexto del despliegue de un concepto o de una conceptualización y para ello es preciso situarlo histórica y culturalmente⁶.

⁴ Arias y Restrepo, “Historizando raza”, 53.

⁵ Eduardo Restrepo, *Intervenciones en teoría cultural* (Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2012), 155.

⁶ Ver Michel-Rolph Trouillot, “Adieu, cultura: surge un nuevo deber”, en Michel-Rolph Trouillot, *Transformaciones globales: La antropología y el mundo moderno* (CESO: Bogotá 2011): 175-209,179.

Si nos permitimos simplificar estos conceptos en términos operacionales, con biopolítica nos referimos a uno de los efectos de la medicalización, que buscó regular ciertos aspectos vitales, como era la natalidad, la maternidad, la vivienda y la productividad a través de estrategias higiénicas y biomédicas, para así promover aquellos “modos de vivir” / “de vida” que eran supuestamente más aptos, productivos y sanos, y a la misma vez limitar aquellos que supuestamente obstaculizan o son problemáticos. Sin embargo, estas estrategias, en su mayoría estatales, son parte de una tendencia gubernamental y economicista cuyo objetivo era controlar la conducta de las poblaciones en una sociedad capitalista. En este contexto de discusión, la medicalización no se limita al proceso de medicar (o recetar medicamentos para) una enfermedad, sino que es un neologismo que, desde la segunda mitad del siglo XX, se ha utilizado por varios académicos para apuntar a cómo muchos fenómenos sociales y culturales son convertidos en —o expresados como— problemas médicos⁷. Hasta cierto punto, bajo “medicalización” incluimos otros términos afines como higienización, psiquiatrización y psicologización que igualmente apuntan a los procesos mencionados⁸.

Nuestro enfoque es una historia sociocultural que asume además una aproximación epistemológica y discursiva (ambas aproximaciones están asociadas, de un modo u otro a la historia intelectual y a la historia epistemológica) para así ofrecer una historia crítica de la medicina en Puerto Rico. La ventaja de una aproximación epistemológica y discursiva, que esté orientada a

⁷ Como lo simplifica Peter Conrad, uno de los sociólogos que más se ha dedicado al tema: “*Medicalization* describes a process why which nonmedical problem becomes defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders”. Ver Peter Conrad, “Medicalization and social control”, *Annual Review of Sociology* XVIII: 209-232, 209

⁸ Me parecen atinadas las demarcaciones que hace Maria Germain en su revisión conceptual e historiográfica respecto al concepto de medicalización, la cual engloba otros términos similares como psicologización, psiquiatrización y terapeutización, a partir de la segunda mitad del siglo XX. Aquí también podemos incluir higienización, este es otro concepto que vemos en varios autores europeos críticos a la medicalización, como Georges Vigarello y Didier Fassin (además de muchos autores latinoamericanos que critican la eugenesia y las teorías racista de higiene mental). Ver Marisa Germain, "Elementos para una genealogía de la medicalización", *Revista Cátedra Parelela* IV (2007): 6-22.

trazar la historicidad de ciertos procesos, es que nos permite comprender cómo ciertos conceptos, modelos y estrategias fueron contruidos y validados en un determinado contexto histórico, social y cultural. Aquí por “epistemología” nos referimos específicamente, si nos permitimos simplificar, a estudiar cómo se construyen y validan ciertos conocimientos bajo la insignia de “científicos”⁹. Por “discurso” nos referimos a ese conjunto de enunciados y red de significados que, de un modo u otro, tienen la pretensión de regir u orientar ciertas prácticas y saberes¹⁰. Ambos procesos se complementan (un enfoque epistemológico y uno discursivo) dado que buscan trazar la historicidad de ciertos conceptos o conceptualizaciones, y su relación con cierto modo de “problematizar”.

Vale aclarar que lo que vamos a hacer no es una historia crítica de todas las teorías y prácticas médicas, y en ese sentido nos centramos, para así delimitar y establecer coordenadas, en aquellas teorías y prácticas que encajen con la acepción foucaultiana de biopolítica como son la natalidad, la mortalidad infantil, la eugenesia (la cual incluye la puericultura), la higiene y las campañas de salud principales (que en Puerto Rico fueron contra la anemia, la malaria y la tuberculosis). A su

⁹ Ya más adelante retomaremos esto en mayor detalle, pero por el momento basta con señalar que esta definición encaja con la vertiente francesa de “historia de la epistemología” y se parece a la utilizada por Nestor Braunstein: la epistemología es el estudio del “proceso de constitución de los conocimientos científicos y de los criterios que permiten distinguir a los conocimientos válidos (científicos) de los que no lo son (ideológicos)”. Nestor Braunstein, “¿Cómo se constituye una ciencia?” En *Psicología: ideología y ciencia*, eds. Nestor Braunstein, Marcelo Pasternac, Gloria Benedito & Frida Saal (México: Siglo XXI Editores, 1985): 7-20, 7.

¹⁰ En la *Arqueología del saber* Foucault definió el discurso de distintas formas, pero en donde quedo más claro fue en la siguiente formulación: un “conjunto de los enunciados que depende de un mismo sistema de formación, y así podré hablar del discurso clínico, del discurso económico, del discurso de la historia natural, del discurso psiquiátrico”. Los enunciados son, según Foucault, las unidades de la formación discursiva. El discurso conforma parte de ese dominio inmenso constituido por enunciados efectivos, entiéndase que “hayan sido hablados y escritos”, y que son dispersos. Lo que a Foucault le interesaba era ver la condición de posibilidad para que existiese y fuese enunciado un particular enunciado (valga la redundancia). Ver Foucault, *La arqueología del saber* (México: Siglo XXI, 1979): 43-45, 181. La definición que hemos propuesto la tomamos de Foucault, pero también sintetiza otras definiciones, ver: Omar Medina Cárdenas, “El gobierno de la felicidad. Análisis de los discursos de autoayuda de la Psicología Positiva”, *Quaderns de Psicologia XXI*, n°1 (2019), 1-16, 4; Niels Akerstrom Andersen, *Discursive analytical strategies. Understanding Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann* (Bristol: The Policy Press, 2003): vi, 3-11, Teun Van Dijk, “Aims of Critical Discourse Analysis”, *Japanese Discourse I* (1995): 17-27, 17-19; Teun Van Dijk, “El análisis crítico del discurso”, *Anthropos CLXXXV* (1999): 23-36; 23-25; Teun Van Dijk, “Análisis del discurso del racismo”, *Crítica y Emancipación II*, n°3 (2010): 65-94, 67.

vez, no nos centramos solamente en las prácticas estatales, sino en aquellas promulgadas por otras intervenciones e instituciones que buscaban, de un modo u otro, dirigir, regular y corregir la conducta de los individuos en Puerto Rico, en especial cuando estas eran vinculadas con aspectos socioeconómicos y políticos (por ejemplo, la relación entre enfermedad y productividad laboral, o entre degeneración y modernización). He ahí la utilidad del concepto de gubernamentalidad en Foucault, el cual nos permite enlazar lo biopolítico con ciertas exigencias en torno a cómo gobernar la conducta de los individuos, lo cual nos remite a exigencias que ya no son médicas ni sanitarias sino económico-políticas. Para entender esto mejor, empezamos delimitando y contextualizando las críticas a la medicalización.

A. Críticas a la medicalización

Si nos permitimos resumir y simplificar la definición, por “medicalización” apuntamos a cómo diversas instancias que no eran objeto de intervención y conocimiento médico (digamos, problemas que inicialmente no eran identificados como médicos ni patológicos) se convirtieron, a partir de los siglos XVIII y XIX, en objetos de vigilancia, control y regulación médica, usualmente a través de mecanismos estatales (aunque también se incluyen estrategias y mecanismos no estatales). Igualmente, este proceso de medicalización refleja no solo una influencia mayor del rol y saber médico en la regulación de la vida cotidiana, sino que ha reemplazado otras instituciones clásicas de control social, como había sido la Iglesia (o la religión institucionalizada), y otros modos de explicar ciertas conductas (por ejemplo, no ya como pecados, vicios o rarezas sino como enfermedades) ¹¹.

¹¹ La definición que ofrecemos es una síntesis de las discusiones que aparecen en Tiago Correia, “Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts as Medical Knowledge”, *Frontiers in Sociology* II, n°14 (2017): 1-9, 1-2; Silvia Quadrelli, “La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera” *RAMR* I-II, n°10 (2015): 2-10, 1; Paula G. Rodríguez Zoya, “La medicalización como estrategia biopolítica”, *A Parte Rei* LXX (2010): 1-27, 4; Robert. A. Nye, “The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century”, *Journal of History of Behavioral Sciences*, 39 (2) (2003): 115-129, 117; Conrad, “Medicalization and social control”, 210, 213; Germain, “Elementos” 6.

De suyo, muchos pudiesen interpretar este proceso de “medicalización” como indicativo de un progreso positivo y que promueve el mayor beneficio posible para la sociedad. De hecho, durante la primera mitad del siglo XX encontramos una tradición historiográfica (obra mayormente de médicos, entre quienes se destacan René Sand y George Rosen) que celebraba los logros de una “medicina social” que estaba expandiendo su influencia para así resolver finalmente los diversos “problemas sociales” (usualmente ignorados por el Estado y los sectores privados), desde la pobreza y la sobrepoblación hasta la delincuencia juvenil y las enfermedades mentales, que se consideraban a su vez asociados al incremento de enfermedades infecciosas, crónicas y epidémicas¹². Sin desprestigiar los adelantos y contribuciones particulares de esta “medicina social”, y de la labor archivística de sus historiadores, encontramos un giro importante a partir de la década de los sesenta del siglo XX, con una serie de textos que van a cuestionar esta imagen optimista y heroica de la expansión de la influencia, saber y poder médico. Entre otras cosas, estas nuevas aproximaciones indicaban una patologización de condiciones, situaciones o modos de vivir que antes eran identificados y aceptados como no patológicos ni enfermizos. No solo eso, sino que varios autores señalaban como se habían llegado a medicalizar/patologizar ciertas conductas

¹² Esta tradición se va conformando desde la década de los treinta y cuarenta del siglo XX, en ocasiones tomando por designación el término de “medicina social” para así celebrar como los campos de la medicina y la sanidad/higiene pública habían logrado la aspiración, presente desde finales del siglo XIX, de tener un mayor rol e influencia política en mejorar los servicios y condiciones sanitarias/higiénicas de los países. Aquí se destacan las obras de René Sand (*The Advance of Social Medicine*) y George Rosen (*A History of Public Health*). Los textos de Sand y Rosen promulgaban la imagen victoriosa y heroica de las luchas y logros de la salud pública, las cuales habían logrado una reducción significativa y general de mortalidad general. Se destacaba que la reducción de mortalidad se había logrado tanto por los adelantos tecnológicos médicos como de la organización de campañas y servicios médicos. Sand había ganado prestigio por haber creado en el 1912 la Asociación de Medicina Social en Francia, y en muchos sentidos pudiese ver como propulsor del estudio académico de la medicina social, usualmente con un enfoque holístico (que consideraba la relevancia de factores sociales como parte de la educación médica). Sand no solo contribuyó en una producción académica e intelectual, sino que participó en promover programas internacionales de campañas de salud (lo cual incluía también el trabajo social). Este enfoque también influyó en como en Latinoamérica se enseñó la “medicina social”, integrándose la relevancia de servicios nacionales públicos y accesibles (aspecto que no se dio en Estados Unidos, pero sí en gran parte de Europa y Latinoamérica a partir de mediados del siglo XX). Ver Dorothy Porter, “How did social medicine evolve, and where is it heading”, *PLoS Medicine* III, nº10 (2006): 1667-72, 1667-68; Marcos Cueto, Theodore Brown y Elizabeth Fee, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”, *Apuntes XXXVIII*, nº69 (2011): 129-56, 133-34.

por ser no conformistas (*non-conforming behavior*), indeseables o “problemáticas” respecto a los intereses de ciertas ideologías, profesiones, instituciones o grupos sociales en poder¹³.

Resulta difícil agrupar bajo una misma sombrilla argumentativa todos aquellos textos que, de una forma u otra, han contribuido a la discusión crítica en torno a la medicalización. Si nos permitimos simplificar, encontramos que, en un inicio (desde mediados del siglo XX, pero mayormente durante las décadas de los sesenta y setenta), hubo dos vertientes principales asociadas a la crítica de la medicalización: 1) la francesa, organizada principalmente alrededor de los trabajos de Foucault y, en menor medida (pero no menos significativa), la obra de Georges Canguilhem¹⁴ y un grupo de autores que, a su modo siguieron algunas de las pistas foucaultianas (desde Robert Castel hasta Georges Vigarello¹⁵); 2) la estadounidense, que se asocia a los debates en torno a la antipsiquiatría (principalmente, los trabajos del psiquiatra Thomas Szasz), la antimedicina (liderado por el pedagogo y filósofo Iván Illich), las “instituciones sociales” (a partir del trabajo del sociólogo Erwin Goffman) y críticas en torno a la sociología de la medicina y de la desviación (por ejemplo, Peter Conrad)¹⁶. Aquí también podemos añadir a los autores que

¹³ Correia, “Revisiting Medicalization”, 2; Nye, “The evolution”, 117.

¹⁴ Una figura que tiende a ser ignorada en muchos de los debates respecto a biopolítica, en gran medida porque no emplea explícitamente el término, es el filósofo e historiador de la ciencia Georges Canguilhem, quien influenció a Foucault (basta ver el último texto –La vida, la experiencia y la ciencia– que él, poco antes de fallecer, le dedicó a su “maestro”) y cuyas interpretaciones nos pueden ayudar a repensar las relaciones entre vida, salud y normatividad. Una versión en español puede encontrarse en Michel Foucault, “La vida: la experiencia y la ciencia”, en Gabriel Giorgi y Fermín Rodríguez (eds.), *Ensayos sobre biopolítica: Excesos de vida* (Buenos Aires: Paidós, 2007): 41-58.

¹⁵ Las divisiones de “vertientes” por país que ofrece al respecto Germain me son muy atinadas división de “vertientes”, la cual podemos reducir principalmente a la vertiente francesa y la estadounidense. La vertiente francesa puede iniciarse con los trabajos de Georges Canguilhem en la década de los cuarenta y cincuenta, pero será uno de sus discípulos, Michel Foucault, quien marcará esta vertiente dado a que en sus textos se puede observar una tendencia a estudiar la “medicalización de la locura” como una práctica de control social. Siguiendo esta vertiente tenemos los trabajos de Francois Ewald, Jacques Donzelot y Robert Castel sobre las distintas instituciones que operaron como mecanismos de “normalización”. Recientemente también se ha incluidos los temas de inmigración e higiene y como ciertas exigencias estéticas han sido medicalizadas, como lo han discutido Didier Fassin y Georges Vigarello. Ver Germain, “Elementos”, 6-15

¹⁶ No es posible hacerles justicia a estos textos en un espacio tan breve, pero vale la pena hacer una mención breve de su publicación y enfoques. En el 1961 se publican *The Myth of Mental Illness* de Thomas Szasz, y *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients* de Erwin Goffman. Ambos fueron textos importantes que, desde perspectivas distintas, criticaban la institución médico-psiquiátrica, mostrando como tales instituciones no “curaban” como suponían, sino que llevaban a cabo estrategias de control y represión. Szasz desacreditaba el propio constructo de

criticaban la prominencia del sistema médico y el modelo biomédico, destacando como muchas de las mejoras asociadas a salud se debían más a transformaciones socioeconómicas que a los adelantos tecnológicos médicos (por ejemplo, los trabajos de Thomas Mckeown¹⁷).

Frecuentemente, se han confundido las posturas de la vertiente estadounidense, en particular la de la antipsiquiatría, con las de Foucault (en particular, sus primeras obras), considerándolo en ocasiones una influencia y en otras un continuador de estas críticas, pese a sus distanciamientos con la vertiente estadounidense. Usualmente estas interpretaciones no toman en consideración (o

"enfermedad mental" y criticaba el monopolio del "Estado Terapéutico" (una versión médica de la vieja autoridad teológica-medieval), proponiendo una visión psicoterapéutica alterna enfocada en las relaciones objetales psicoanalíticas, el análisis del juego y los roles sociales. Goffman hizo un análisis sociológico sobre la "vida cotidiana" dentro de un espacio, el asilo, que denominó como "institución total" y cuya función no era la cura sino "institucionalizar". Goffman no duda en describir la vida cotidiana del denominado "paciente mental" como "áspera y desnuda", inmersa en un atolladero y una "autoalienante servidumbre moral del yo", en donde los pacientes mentales "pueden encontrarse aplastados por el peso de un ideal de servicio, que a las demás personas nos allana la vida". Vale también hacer mención a dos figuras emblemáticas del movimiento antipsiquiátrico (hoy en día olvidadas en estos debates), como el psiquiatra sur-africano David Cooper (*Psychiatry and Anti-Psiquiatry*, 1967) y el psiquiatra italiano Franco Basaglia (*La institución negada*, 1968), al igual que otros contribuyentes indirectos que se enfocaron en la "experiencia esquizofrenica" desde un modelo alterno pero fundado mayormente en el psicoanálisis como el psiquiatra escocés R.D. Laing (*The divided self: An existencial study in sanity and madness*, 1960, *The politics of experience*, 1967) y el psicólogo/psicoanalista Felix Guattari (*La révolution moléculaire*, 1977; *Cartographies schizoanalytiques*, 1989). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriation of Health* de Ivan Illich, publicado en el 1976, calificaba la intervención médica como iatricidio, proponiendo que las mejoras en expectativas de vida no se debían a las intervenciones (quirúrgicas, inmunológicas o farmacéuticas) directas de los médicos sino en mejoras socioeconómicas, que a su vez facilitaban mejores condiciones de higiene y nutrición. Favor ver Thomas Szasz, *El mito de la enfermedad mental* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 1973); Thomas Szasz, *Teología de la medicina* (Barcelona: Tusquets Editores, 1981); Ervin Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 1970), 377-78; Ivan Illich, *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (New York: Penguin Books, 1976). Para un resumen de esta vertiente ver Germain, "Elementos para", 15-20; Correia, "Revisiting Medicalization", 2; Nye, "The evolution", 116-17.

¹⁷ El texto de Thomas Mckeown, publicado en el 1976, *Modern Rise of Population* argüía que las mejoras en natalidad y mortalidad se debían más a reformas ambientales y nutricionales que a la intervención de la medicina clínica. Se supone que esta perspectiva defendía que las mejoras en el medioambiente, que también requería de intervenciones sanitarias, eran más eficaces que la inversión en fármacos, tecnologías quirúrgicas y el desarrollo de vacunas (un argumento que Illich también va a utilizar). En ese sentido, McKeown argüía que las medidas que mejoraban el crecimiento económico, lo cual ayudaba a inversiones ambientales y nutricionales, iban a facilitar beneficios de salud. Lamentablemente las tesis de McKeown fueron selectivamente apropiadas por el discurso neoliberal en las décadas de los setenta y ochenta para justificar la necesidad de maximizar los alcances del libre-mercado y reducir los servicios públicos estatales y dependientes de impuestos. Esto no era lo propuesto por McKeown, quien criticaba más la inversión millonaria en la tecnología y farmacia médica, la cual parecía solo cumplir con las necesidades e intereses de una profesión que buscaba lucrarse. Como señala el historiador Simon Szreter la noción de que el crecimiento económico basta es una falacia, dado que el crecimiento mismo no lleva automáticamente a mejoras de salud (y en ocasiones, a través de ciertos tipos de consumerismo lleva a un empeoramiento de la salud). Según Szreter se requiere tanto de crecimiento económico y de un Estado que regule, intervenga y supla recursos y servicios médicos. Ver Simon Szreter, "The Population Health approach in historical perspective", *American Journal of Public Health* XCIII, n°3 (2003): 421-32, 423-24, 426-28; Porter, "The History", 9-10.

lo hacen de forma muy superficial) las discusiones de Foucault en sus seminarios en el Collège de France y malinterpretan las implicaciones de su conceptualización en torno a la biopolítica (la cual discutiremos más adelante en este capítulo)¹⁸. Las diferencias entre Foucault y la antipsiquiatría y la antimedicina son similares a la diferencia general que vemos entre ambas vertientes (la francesa y la estadounidense). Si nos permitimos generalizar, la vertiente estadounidense tendió a destacar más los abusos, excesos y hasta errores cometidos por el campo médico, en ocasiones en pro de fomentar una desmedicalización de ciertas condiciones, promulgar modelos holistas o alternativos (por ejemplo, las estrategias, técnicas y terapias propuestas por la antipsiquiatría) o criticar la intervención estatal. Esto no quiere decir que muchos de estos objetivos no estuviesen presentes en algunos trabajos de la vertiente francesa, sin embargo, el enfoque de aquellos influenciados por los trabajos de Foucault y Canguilhem tendió a ser más epistemológico y menos centrado en auspiciar discursos holistas o “alternativos” al campo médico¹⁹. A su vez, la crítica de Foucault y Canguilhem no buscaba señalar que la medicina erraba o se equivocaba (dado que un señalamiento de este tipo presume que existe tal cosa como un saber que no erra), sino que analizaba tanto las premisas (o supuestos), las tensiones, contradicciones y transformaciones del saber médico, lo que incluía dar cuenta de sus implicaciones e intersecciones con otros saberes. Como veremos más adelante, a Foucault le interesaba esencialmente entender cómo operaba, a nivel histórico, el poder a través de los saberes médicos, para así entender las transformaciones que hubo en torno a cómo

¹⁸ Para una discusión que delimita esta distinción entre la teoría de Foucault y los de la antipsiquiatría, la antimedicina y otros autores vinculados a la medicalización favor ver Pat Bracken, “From Szasz to Foucault: On the role of Critical Psychiatry”, *Philosophy, Psychiatry and Psychology* XVII, n°3 (2010): 219-228.

¹⁹ Por ejemplo, Foucault en el 1974 dejó claro, al discutir la postura de antimedicina, que no estaba interesado en destacar los errores médicos o sus ignorancias, ni le interesaba fomentar métodos alternativos (como si tales fuesen la “verdadera medicina”) ni limitar el acceso a servicios médicos estatales. Inclusive, como señalaba Foucault, estas críticas rara vez cuestionaban la cientificidad de la medicina y podían presumir que existía una medicina mejor o más pura (lo cual es igualmente problemático). Ver Michel Foucault, “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?” en Fernando Álvarez Uría y Julia Varela (trads.) *Estrategias de poder: Obras esenciales, Volumen II* (Buenos Aires: Paidós, 1999): 344-361, 347-48

se politizaba los modos de vivir. Para nuestros fines, tendemos a darle mayor prioridad a la vertiente francesa y, entre los críticos de la medicalización de la vertiente estadounidense, a aquellos que buscaban demostrar histórica y empíricamente los límites y complicaciones del proceso de medicalización. Ya esto lo veremos mejor en nuestro recorrido historiográfico en el próximo capítulo.

Existen muchas críticas historiográficas contra los que critican la medicalización, en particular contra Foucault, porque consideran que estas vertientes simplemente buscaban descalificar o demonizar las ciencias, e invertir injustificadamente el discurso (digamos que buscan, por ejemplo, convertir a los enfermos mentales en héroes anónimos, en oposición a los médicos). Esto ha hecho que las posturas de Foucault, y de otros autores similares que también critican la medicalización y los excesos de las ciencias, sean leídos como figuras exóticas e interesantes, pero que carecen de sostén empírico y/o archivístico²⁰. Esta crítica no es del todo falsa, en especial cuando consideramos que no pocos foucaultianos hicieron lecturas "idealistas" y anacrónicas (que ignoraban los aspectos y contextos sociales, históricos y culturales particulares de cada país) de los argumentos aportados por ambas vertientes²¹. Esta crítica también acierta con ciertos

²⁰ Este tipo de crítica puede verse en Nye, quien considera que muchos de los foucaultianos (y el propio Foucault), pese a su "originalidad" y capacidad para hacer "operaciones intelectuales bellas", no tienen experiencia en estudios de campo y a nivel archivístico. Otros han sido más severos en sus críticas, como Gerald Grob que consideraba los análisis de Szasz, Foucault y Scull demasiados hostiles contra la psiquiatría (pese a que, de un modo u otro coincidía y confirmaba los controles sociales ejercidos a través de las instituciones médico-psiquiátricas). Su texto buscaba destacar los esfuerzos de las instituciones psiquiátricas como instituciones que ofrecieron servicios para poblaciones y espacios en donde no los había. Este señalamiento no es nada novedoso ni ajeno a lo que muchos de los críticos y "hostiles" al espacio psiquiátrico expusieron. Ver Nye "The evolution", 116-117; Gerald N. Grob, *Mental illness and American Society, 1875-1940* (New Jersey: Princeton University Press, 1983): x, 318-319.

²¹ Por ejemplo, un problema que hubo de ciertas interpretaciones influenciadas por los argumentos de Foucault fue generalizar las condiciones del sistema francés de finales del siglo XVIII e inicios del XIX a otros países, obviando así las particularidades del contexto local como fue, en el caso de España y varios países latinoamericanos: 1) la insuficiencia asistencial; 2) los pobres y locos siguieron bajo la custodia de familiares e instituciones caritativas; 3) las legislaciones en muchos países limitaban aún el rol del psiquiatra frente a los poderes de la familia; 4) hubo, en varios países una escasez de alienistas y muchas de las posturas de estos alienistas no necesariamente representaban las prácticas concretas de sus instituciones. Por ende, no hubo, en muchos países, un proceso general como el propuesto por Foucault bajo el llamado *Gran Encierro* (el cual, autores como Roy Porter, cuestionaron si alguna vez fueron así también en Inglaterra y Alemania) ni una hegemonía del saber psiquiátrico. Ver Cristina Sacristán, "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar" *Cuicuilco* XVI, n°45 (2009): 163-189; Nye, "The

problemas en lo que concierne el rigor archivístico de algunos textos críticos sobre medicalización, así como la carencia a la hora de contextualizar debidamente estos procesos fuera de Europa o Estados Unidos (por ejemplo, no toman en consideración los efectos diversos de la colonización)²². Sin embargo, una lectura simplista de Illich, Foucault y otros pensadores similares presume que estos autores buscaban demonizar toda práctica médica o estrategia preventiva de salud pública, o que tales pensadores obviaban la pertinencia de estudiar y contextualizar los efectos locales de la medicalización²³.

Para nuestros fines, hay una serie de argumentos y críticas que, a modo de resumen, nos parecen pertinentes porque nos permiten repensar los efectos de esa extensión del saber y quehacer médico más allá de las narrativas panegiristas e idealistas, que por lo general tienden a asumir que la culpa de todo recae sobre “la política”, “la ignorancia de la gente”, “las emociones”, “la subjetividad” o la falta de suficiente influencia médica o científica (y como veremos en los próximos capítulos, estos eran señalamientos muy frecuentes entre los médicos e higienistas de nuestro periodo). Una crítica que se repite y sigue siendo pertinente en la actualidad es que los discursos de la medicalización presumen selectivamente que los orígenes de “los problemas de salud” son biológicos e individuales (o individualistas) y, por lo tanto, se da menos importancia al entorno o a las estructuras sociales, lo cual también afecta las intervenciones, en su mayoría

Evolution”, 120-21.

²² Un asunto que ha sido criticado por varios historiadores (desde Roy Porter hasta Diego Armus) es que las interpretaciones foucaultianas son interesantes y seductoras, pero carecen de evidencia empírica o pecan de generalizar y/o exagerar ciertos procesos asociados a la medicalización. Por lo general, las historias de corte sociocultural han optado por distanciarse, en mayor o menor medida, de algunos modelos críticos a la “medicalización” (incluyendo algunas interpretaciones foucaultianas), dado a que consideran que tal modelo obvia, en ocasiones, asuntos pertinentes como: 1) la influencia y contexto colonial; 2) la agencia y apropiación dinámica de los médicos y pacientes en estos procesos (junto a sus respectivos procesos de resistencia); y 3) la búsqueda de datos empíricos de los procesos de hospitalización y de los servicios médicos regionales que ponen en duda la supuesta “superioridad”, “dominio” o “hegemonía” de las ideas y proyectos de la medicina y psiquiatría de finales del siglo XIX y principios del XX. Ver Diego Armus, “Legados y tendencia en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna”, en *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, ed. Diego Armus (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005): 17-24.

²³ Ver Martín de la Ravanal & Diana Aurenque Stephan, “Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault”, *Tópicos LV* (2018): 408-437, 408.

centradas en el modelo biomédico (en oposición a posturas biopsicosociales o de carácter social)²⁴. A nivel no solo clínico sino investigativo (dentro de las ciencias naturales y sociales), esto ha llevado a favorecer enfoques cuantitativos que, si bien no son problemáticos en sí (y facilitan cierto tipo de resultados concretos), tienden a obviar los aspectos cualitativos y las experiencias de los pacientes (más allá de la identificación y cuantificación de los síntomas)²⁵. Este tipo de reduccionismo epistemológico fuese entendible y justificable para ciertas patologías (o condiciones biológicas), cuya etiología o causa puede remediarse a través de enfoques biomédicos especializados, pero no a todo lo que se considera bajo la categoría actual de “problemas de salud”.

He aquí la pertinencia de analizar cómo, bajo el proceso de medicalización, se han convertido en patologías situaciones, instancias o problemas que no son médicos sino sociales y de carácter interpersonal, creando así nuevas enfermedades y enfermos que, a su vez, tampoco son curados por esta vía biomédica²⁶. A su vez, una definición cada vez más idealizada de salud ha llevado a que se cree, de forma artificiosa, una percepción peor de la salud, un estado de “alerta permanente sobre salud y/o enfermedad” (como advertía Ivan Illich) y a crear una serie de problemas

²⁴ Quadrelli, “La medicalización”, 2-3; un argumento similar, pero defendido una perspectiva biopsicosocial puede encontrarse en Brett J. Deacon, “The biomedical model of mental disorder: A critical analysis for its validity, utility, and effects on psychotherapy research”, *Clinical Psychology Review* XXXIII (2013): 846-861, 856-57

²⁵ Por ejemplo, varios críticos de la antimedicina y la antipsiquiatría denunciaban la falta de analizar los aspectos cualitativos y subjetivos, como la experiencia de los enfermos. Ver Ravanal & Aurenque Stephan, “Medicalización, prevención”, 417. Una crítica similar puede encontrarse contra los excesos del modelo de *Evidence Based Practice*, que, pese a sus adelantos, tiende a homogenizar las muestras, obviar factores cualitativos o fenomenológicos (las experiencias culturales, la relación entre paciente y médico/psicólogo/psiquiatra, la percepción de trato y dolor, etc.) e incluso evitar considerar factores sociológicos o individualizados (como son la combinación de condiciones o comorbilidad). Ver Gerardo Primero y Juan Antonio Moriana, “Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora”, *Revista IIPSI Facultad de Psicología* XIV, nº2 (2011): 189-207, 194-98, 202; Enrique Echeburúa, Karnele Salaberría, Paz De Corral, y Rocío Polo-López, “Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y Retos de Futuro”, *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XIX, nº3 (2010): 247-56, 251-53; Deacon, “The biomedical model”, 854-56.

²⁶ Ramón Orueta Sánchez, Coral Santos Rodríguez, Enrique González Hidalgo, Eva Fagundo Becerra, Gemma Alejandre Lázaro, Javier Carmona de la Morena, Javier Rodríguez Alcalá, José María del Campo, María Luisa Díez Andrés, Natalia Vallez Fernández, Teresa Butrón Gómez, “Medicalización de la vida”, *Revista Clínica de Medicina de Familia* IV, nº2 (2011): 150-61, 151; Ramón Orueta Sánchez, Coral Santos Rodríguez, Enrique González Hidalgo, Eva Fagundo Becerra, Gemma Alejandre Lázaro, Javier Carmona de la Morena, Javier Rodríguez Alcalá, José María del Campo, María Luisa Díez Andrés, Natalia Vallez Fernández, Teresa Butrón Gómez, “Medicalización de la vida (II)”, *Revista Clínica de Medicina de Familia* IV, nº3 (2011): 211-218, 212.

iatrogénicos²⁷ que son producto de identificaciones e intervenciones excesivas o irreflexivas de carácter farmacológico, quirúrgico y terapéutico, además de comportar la deshumanización de la atención médica²⁸. El problema no yace simplemente en una idealización sanitaria que exige demasiado o resulta incómoda, sino en un constructo que selectivamente favorece ciertos modos de vida/modos de vivir individualistas (por ejemplo, vía la noción de *life style diseases*²⁹), que busca estigmatizar, corregir y excluir ciertos grupos humanos en pro de favorecer, por razones poco científicas y médicas, una imagen no solo reduccionista sino clasista, sexista y/o racista a través de un lenguaje sanitario y científico³⁰.

²⁷ Por “iatrogénicos” nos referimos, siguiendo a Illich, a problemas que son creados exclusivamente por la intervención médica. Illich distingue entre distintos niveles de iatrogenésis (la social y la cultural), pero para nuestros fines lo que interesa apuntar es a cómo la medicalización puede llevar a una serie de complicaciones y daños que, en vez de curar enfermedades, crea nuevas dolencias, patologías e incluso discapacidades. Ver Illich, *Limits to Medicine*, 30-42.

²⁸ Como señala Ramón Orueta Sánchez y sus colegas, la definición utópica y subjetiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 1948 “eleva el estado de bienestar absoluto, contribuye a la incorporación al ámbito médico de nuevas situaciones y problemas”. Ciertamente esta idealización de los criterios de “lo saludable” no comienzan en el 1948, pero sí pudiésemos decir que oficialmente dicha definición marca un momento clave en donde vemos no solo cierta idealización de la salud, sino también una psicologización de la salud (aspecto que retomaremos más adelante). Ver Orueta Sánchez et al, “Medicalización de la vida (I)”, 151; Orueta Sánchez et al, “Medicalización de la vida (II)”, 212-13; Ravanal & Aurenque Stephan, “Medicalización, prevención”, 417.

²⁹ En el contexto estadounidense el enfoque que más popularidad tuvo a partir de la segunda mitad del siglo XX fue el “*lifestyle medicine*” (en oposición a perspectivas más socializadas de medicina o centradas en salud ambiental), que era un modelo preventivo enfocado en cambiar la conducta individual más que las estructuras sociales. Este tipo de enfoque se ha vuelto cada vez más popular y económico, en particular vía el auspicio de psicoterapias como el *wellness*, la adopción de regímenes de ejercicios y dietas “milagrosas” y otros enfoques similares que responsabilizan al individuo de “cultivar” su salud. La socióloga Sylvia Noble Tesh encuentra que este tipo de enfoque existe desde el siglo XIX (la autora los une bajo el término *Personal Behavior Theory*) que integraba posturas higienistas, moralistas y psicológicas de carácter individualista. Ver Sylvia Noble Tesh, *Hidden Arguments: Political ideology and disease prevention policy* (New York: Rutgers University Press), 21-24; Porter, “How did social medicine”, 1668-69.

³⁰ Por ejemplo, este tipo de problema se resume bien en una compilación publicada con el título sugestivo de “*Against Health*”, la cual retoma y resume cuán pertinente sigue siendo el cuestionamiento crítico de los usos del concepto “salud” y “enfermedad”. Retomando influencias varias que provienen de ambas vertientes críticas a la medicalización (y otras más que provienen de la antropología y la psicología) encontramos aquí artículos que discuten los modos que se identifican y estigmatizan a los “enfermos”, los excesos de la experimentación farmacológica y los prejuicios raciales, sexuales y de género que se llevan a cabo en nombre de la “salubridad internacional” (y/o para detener supuestas epidemias, como fue el caso del VIH). De acuerdo con los autores, el dilema radica en cómo la medicina se presenta como una “nueva moral” cuyos propósitos y finalidades es defender idealizaciones y motivaciones que no son sólo discriminatorias sino contrarias a lo que debería ser la salud. La palabra clave en estos debates es “uso”, dado a que la finalidad de muchos de estos autores es promover una concepción de salud más a tono con las necesidades y contextos socioculturales sin que tal se ampare en posturas puritanas, colonialistas, racistas, sexistas o motivadas por el lucro de las farmacéuticas. Hago mención solo de algunos de los temas y argumentos hechos por los autores de la compilación. Vincanne Adams arguye que conceptos como “salud global” se han reducido a cuestiones de regulación de tabaco, expansiones de CDCs, experimentación farmacéutica y enfoques estrictamente empíricos, dejando a un lado acercamientos antropológicos, históricos y sociológicos que permiten expandir más sobre las condiciones

Si hay un aspecto importante que comparten las vertientes y críticas que hemos mencionado es demostrar cómo la medicalización utiliza y lleva a cabo técnicas de control social. Sin embargo, la mayoría de estas críticas reconocen que dicho control no era exclusivo del proceso de medicalización (ni tiene que ser intrínseco a ello)³¹. Eso dicho, estas críticas no presumen que se trataba de que “la política”, el Estado o los intereses socioeconómicos pervertían los ideales médicos (un argumento común entre los médicos desde el siglo XIX) sino de que los controles sociales habían logrado validarse y legitimarse mejor gracias a su asociación con -y al uso de- los saberes médicos y científicos. Hay que resaltar que este proceso no dependió exclusivamente de la existencia de un determinado saber (o saber-hacer), como por lo demás es propio de la mayoría de los fenómenos históricos, sociales y culturales. La gran contribución de muchos de los textos de la segunda mitad del siglo XX fue desmontar y deconstruir la noción de que la medicina, la higiene y/o la salud pública operaban por encima, independientemente o manteniéndose inmunes respecto a los demás procesos socioeconómicos y culturales. A su vez, y como aclara el sociólogo Peter Conrad, la medicalización es un proceso sociocultural que puede involucrar o no directamente a los médicos. En ese sentido, cuando estudiamos sus efectos podemos encontrar que dichos saberes y prácticas trascienden los típicos espacios y agentes asociados a la salud (por ejemplo, los hospitales y los médicos)³². No obstante, esto no quita que los profesionales de la

políticas de un país y sus necesidades. Dorothy Roberts critica el uso de drogas hechas en acorde con la raza (como BiDil para fallos cardiacos), con la esperanza de desarrollar tratamientos específicos de acuerdo con genotipos que sostienen que la raza es un concepto enteramente biológico y objetivo (obviando las condiciones sociales, económicas y políticas). Richard Klein, siguiendo una re-interpretación epicúrea, resalta el problema con auspiciar un concepto de salud que aminora o elimina por completo la mesura y el placer (según él, tal regulación pareciera re-enviar a una suerte de totalitarismo o teocracia). Tanto Christopher Lane como Lennard J. Davis destacan la preocupante proliferación de “diagnósticos basura” (bipolaridad, OCD, ADD y otras “neurastenias”), sumamente ambiguos y que sirven como una canasta en donde se ubican todo lo “indeseable” (y se asocia con *lifestyle diseases*), se basan en un ideal abstracto de normalidad que hace casi imposible diferenciar entre conductas normales y patológicas. Pareciera, como señala Davis “Indeed, a general trend toward the medicalization of virtually every emotional and cognitive state is upon us. Ver la compilación de Jonathan M. Metzl y Anna Kirkland, *Against Health: How Health Became the New Morality* (New York: New York University Press, 2010), 15-39, 40-71, 105-132.

³¹ Ver Conrad, “Medicalization and social control”, 215-16.

³² Conrad, “Medicalization and social control”, 211.

salud se encuentren, como aclara Paula G. Rodríguez Zoya, en el núcleo de la medicalización y que, de cualquier manera, los pacientes no son receptores pasivos, sino que se apropian y resisten estos procesos³³.

Por esa razón, varios trabajos, en particular los de carácter histórico, han destacado la necesidad de tomar en consideración esas coyunturas históricas en la que se procedió, al menos desde finales del siglo XVIII y principios del XIX, a una institucionalización de los controles sociales y una profesionalización y especialización de los saberes médicos y científicos que correspondió también a cierto desarrollo del capitalismo y de una sociedad industrializada y consumerista³⁴. La profesionalización apunta a un relativo monopolio por parte del campo de la medicina (y otros afines, como la psicología) para discutir e intervenir en cualquier asunto que utilice las etiquetas de “salud” y “enfermedad” (y otros conceptos análogos como, entre otros, “sanidad”, “higiene”, “desorden”, “trastorno”, “síndrome” y “afecciones”). Por ejemplo, Fernando Álvarez-Uría no duda en considerar un peligro el “poder medicalizador”, el cual refleja como el médico se ha convertido en un agente privilegiado y autorizado para definir la “verdadera salud” — convirtiéndose así en un especialista de la “normalización”, dado que constituye un eficaz dispositivo de dominación política, con extensiones totalitarias, utilizado por los Gobiernos en las sociedades industriales—³⁵. A su vez, varios autores han criticado la tendencia, desde finales del siglo XIX, a capitalizar la salud como un objeto de inversión y consumo a través de la justificación de que afecta la productividad laboral. Igualmente, se buscó regular la reproducción o más precisamente la calidad biológica de la especie para así disponer individuos más productivos (de ahí la pervivencia de

³³ Paula G. Rodríguez Zoya, “La medicalización como estrategia biopolítica”, *A Parte Rei* LXX (2010): 1-27, 4; un argumento similar puede encontrarse en Quadrelli, “La medicalización”, 4-5.

³⁴ Ver Correia, “Revisiting Medicalization”, 5; Ravanal & Aurenque Stephan, “Medicalización, prevención”, 416.

³⁵ Fernando Álvarez Uría, “Salud sin límites. Datos para una sociología del proceso de medicalización” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* IV, nº9 (1984): 4-17, 7.

estrategias eugenésicas)³⁶.

Ya estos asuntos los retomaremos más adelante, en particular cuando toquemos los argumentos de Foucault y otros autores afines, por el momento lo que nos interesa es ir definiendo los alcances de este concepto (la medicalización) y su pertinencia. Este proceso de medicalización y capitalización va de la mano con la psiquiatrización o psicologización de los comportamientos, las acciones y los rasgos individuales, en particular a partir del desarrollo de las psicociencias, las cuales tienden a auspiciar, de forma directa o indirecta, ciertos tipos de actividades y modos de vivir que se corresponden con ideologías capitalistas o neoliberales³⁷. Un ejemplo de ello es el fenómeno de la “psicologización del yo”³⁸, asociado a los valores modernistas del individualismo y que opta por cierto tipo de ensimismamiento y distanciamiento social que favorece posturas neoliberales. Algunos han señalado, siguiendo algunas observaciones de Foucault, que esta “psicologización” es una especie de medicalización del rol del confesor religioso, parcialmente

³⁶ Ver Anna Quintanas, “Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares”, *Isegoría* XLIV (2011): 273-84, 278-79; asimismo hay argumentos similares en Conrad, “Medicalization and social control”, 214; Quadrelli, “La medicalización”, 6.

³⁷ El término “psicociencias” fue empleado por Niklas Rose, para denominar el conjunto de psicoanálisis, psiquiatría y psicología). Respecto a los argumentos aludidos ver Mauricio Bedoya-Hernández, Pablo Andrés de Francisco-León, Lina Juliet Mesa-Osorio, “La medicalización de la infancia como estrategia de gobierno”, *Política & Sociedade- Florianópolis* XIX, n°46 (2020): 175-203, 177.

³⁸ Álvarez-Uría la considera la “psicologización del yo” un fenómeno moderno que ha llevado a cierto tipo de aislamiento y encierro de grupos de personas que tienden a obviar la relevancia de los procesos sociales. De acuerdo con Álvarez-Uría la “psicologización del yo” remite a ciertos “estilos de vida” y determinados “estilos de pensar” (y para se valen de la antropóloga Mary Douglas) que son de “individuos que tienden a encerrarse sobre sí mismos y buscan en sí mismos, es decir, en su mundo interior, en su *alma*, convertida en una especie de fortaleza que los protege del exterior, una razón para vivir, pues *han elegido* vivir para buscar incesantemente dentro de sí una especie de inagotable tesoro escondido”. De suyo esto pudiese parecer una actitud inofensiva, pero cuando tal tipo de actitud se encuentra en algunas profesiones, como la psicología, se tiene el peligro de que los psicólogos promuevan medidas individualistas y de corte neoliberal que obvian la pertinencia de factores sociales. Algo similar, encontramos también en la crítica de otros autores como, como el historiador español Enric Novella, a la conformación de un *homo psychologicus* que desde el siglo XIX tendió a favorecer valores burgueses e individualistas y teorías nihilistas asociadas a las teorías de degeneración. Algunos foucaultianos apuntan a un problema similar, pero pensado desde la conceptualización de la biopolítica y la gubernamentalidad, de una imagen medicalizada, psicologizada y neoliberal de que los sujetos son responsables de su salud y de adaptarse a las exigencias del capitalismo. Se exige que cada cual sea optimista, feliz y aspire a ser un “empresario de sí mismo”. Ver Fernando Álvarez-Uría, Julia Varela, Ángel Gordo y Pilar Parra, “El estudiante de psicología. La socialización profesional de los futuros psicólogos y la cultural”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* XXVIII, n°101 (2008): 167-196, 170, 194-95; Novella, Enric J. “La política del yo: Ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX”, *Asclepio* LXII, n°2 (2010): 453-482; Bedoya-Hernández, Francisco-León, Mesa-Osorio, “La medicalización”, 181.

secularizado en los roles del psiquiatra y el psicólogo³⁹. Evidentemente, el rol del médico es distinto al del confesor, sin embargo este tipo de analogía resulta pertinente para apuntar cómo, a partir del siglo XVIII, se fue dando un proceso de “medicalización de la moral” que buscó regular, controlar y corregir aspectos no médicos vinculados tradicionalmente al alma o a la mente, como la voluntad, las pasiones, la imaginación, el juicio moral y la consciencia, a través de una medicalización de la sexualidad, las intoxicaciones y todo aquello que se clasifica bajo la insignia de lo “psicológico”⁴⁰. Este proceso de psicologización no puede pensarse sin tomar en consideración la conformación de la Higiene como una ciencia que, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, va a ir promulgando la imagen de una “medicina social” capaz de resolver los “problemas/la cuestión social” (tratar aquellos “vicios” sociales como eran el pauperismo, la vagancia, la prostitución, el alcoholismo, la ignorancia y el fanatismo). Como ha señalado Anna Quintanas, vía Foucault, hay una “intención moralizante” en los discursos médicos, enfocados desde el siglo XIX en resolver “la cuestión social” (categoría que algunos asociaban con las llamadas “enfermedades morales” o asociadas a la voluntad), que consideraban que la medicina y la higiene eran determinantes para regular y corregir la moral y la conducta, para así “regenerar” la raza/especie/nación⁴¹.

³⁹ Ver Michel Foucault, *Los Anormales. Curso en el College de France (1974-1975)* (Fondo de Cultura Económica: México, 2007), 187-188.

⁴⁰ Desde finales del siglo XVIII puede verse una “medicalización” de todos aquellos “actos de la voluntad” (o “voliciones”) asociados a la sexualidad y el placer. Esto puede verse más claramente en la conceptualización de la ebriedad como un *disease of the will* (en George Cheyne, Thomas Trotter y Benjamin Rush) y no como un vicio (*vice*) hacia mediados y finales del siglo XVIII. Lo mismo sucederá, alrededor de inicios del siglo XIX, cuando la medicina y la psiquiatría diagnostiquen la masturbación o el onanismo, la “promiscuidad” (casi exclusivamente en las mujeres), la histeria y las toxicomanías, como “enfermedades de la voluntad”, neutrastenias (a partir de George Beard) y como enfermedades degenerativas (a partir de Bénédicte Morel). Toda esta terminología va a conformar lo hoy llamamos psiquiatría y, posteriormente psicoanálisis y psicología (obviamente con matices y registros distintos). Ver Harry G. Levine, “The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America”, *Journal of Studies on Alcohol* XXXIX, n°1 (1978): 143-174; Heidi Rimke y Alan Hunt, “From sinners to degenerates: the medicalization of morality in the 19th century”, *History of the Human Sciences* XV, n°1 (2002): 59-88; y Singy Patrick, “Friction of the Genitals and Secularization of Morality”, *Journal of the History of Sexuality* III (2003): 345-364

⁴¹ Quintana, “Higienismo y medicina social”, 276, 278-79.

Lo útil de lo propuesto por varios autores de la vertiente francesa, en particular Foucault, es que permite establecer unos parámetros temporales mínimos para ir trazando ciertos procesos clave que pueden servir, al menos inicialmente, como puntos de comparación (pero no de generalización) para entender la extensión del saber médico. Si nos permitimos resumir algunas de estas coordenadas, encontramos las siguientes características y fases que reflejan, a partir del siglo XVIII, la expansión del ejercicio del poder medicalizador (al menos en Europa y, a su modo, en Estados Unidos): 1) la extensión del modelo hospitalario como espacio hegemónico de tratamiento (o al menos la intención de convertirlo en uno de los espacios dominante de medicalización, en oposición al trato domiciliario); 2) el emerger de la medicina social, justificada por la conformación de la Higiene como una ciencia médica (y que se convertirá en lo que hoy llamamos “Salud Pública”) que buscaba incidir en políticas para remediar “problemas sociales” (o la “cuestión social”) como eran el pauperismo, la mortalidad infantil, la prostitución, la pobreza y las condiciones laborales y de vivienda de los más “desfavorecidos” (uno, entre muchos eufemismos, para designar a las personas pobres); 3) paulatinamente, hay una transición que va de enfocarse en la higiene de las ciudades a ir higienizando las escuelas, las factorías y los espacios domésticos, dirigiéndose cada vez más a regular los procesos, usualmente considerados más privados e internos de las familias e individuos; 4) una mayor especialización de la medicina (y de su educación formal), cada vez más ligada a las ciencias naturales (empezando, por lo general, con la fisiología, después la química, la microbiología y la genética), que no solo buscó inicialmente tratar y curar, sino cada vez más prevenir y extender la vida, para así mejorar la “calidad de vida”⁴².

Obviamente se trata de coordenadas y tendencias generales, cuya existencia y variabilidad va a depender del contexto histórico y cultural, pero que nos sirven de referencia y punto de partida

⁴² Álvarez Uría, “Salud sin límites”, 8, 11-13; Correia, “Revisiting Medicalization”, 3; Quintana, “Higienismo y medicina social”, 274-75.

parcial. Lo mismo sucede con los demás argumentos en torno a la medicalización, cuya relevancia consiste en cuestionar ciertas premisas ingenuas y reduccionistas que encontramos en la historiografía de la medicina en Puerto Rico. Tal vez la contribución más relevante, tanto de Foucault, como de otros autores similares, es cierto modo de cuestionar y repensar la producción de conocimiento y de las prácticas asociadas a la medicina y las ciencias, las cuales aún siguen siendo, en gran medida, percibidas como objetivas, neutrales y universales, y por lo tanto, independientes e inmunes de los procesos sociales, culturales e históricos que conforman los demás conocimientos, técnicas y prácticas humanas. Se trata de cierto enfoque epistemológico que nos permite comprender mejor cómo es que se problematizan ciertos aspectos de la actualidad; y, en ese sentido, nos permite “problematizar” los modos en que ciertos saberes, en este caso el médico, “problematizan” sus objetos de estudio e intervención. Es preciso que discutamos bien este modo de “problematizar” los modos que la ciencia y la medicina “problematizan” sus objetos de estudios, dado que es troncal al marco teórico y a la metodología de esta disertación; a la vez que permite comprender mejor cómo interpretamos las críticas a la medicalización.

B. “Problematizar” los problemas científicos y médicos

Aunque parezca obvio, no lo es y es preciso aclararlo: eso que nosotros llamamos “problemas” no son eventos, situaciones, objetos o personas que, por sus cualidades intrínsecas, causan o son automáticamente identificadas como lo que comúnmente llamamos “problemas⁴³”. Cuando algo se “problematiza” esto no quiere decir que simplemente se ha identificado un asunto, evento u objeto que inherentemente es relevante, importante o responde a alguna suerte de necesidad

⁴³ Entiéndase por ello al menos una “cuestión que se trata de aclarar”, una “proposición o dificultad de solución dudosa”, un “conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin” y menos aún un “planteamiento de una situación cuya respuesta desconocida debe obtenerse a través de métodos científicos”. Evidentemente con esto solo nos aproximamos al léxico de diccionario, pero tal nos da una idea general del asunto. Ver RAE, “Problema”, Real Academia Española, 2021. Accesado en <https://dle.rae.es/problema>,

colectiva, natural o universal. La distinción que trazaba Foucault nos parece útil y sencilla, dado que interpreta la “problematización” como un proceso mediante el cual un conjunto de prácticas (discursivas y no discursivas) insertaban un determinado objeto dentro de un régimen de verdades o dentro de un particular juego de relaciones que definen sus condiciones de veracidad, de aceptabilidad y, entre otras cosas, de visibilidad⁴⁴. Para entender esto mejor, es preciso que notemos que este modo de conceptualizar el proceso de “problematización” requiere que asumamos, como sugiere el historiador Paul Veyne, una postura ligeramente nominalista⁴⁵, que a la vez reconozca la importancia del lenguaje y de los procesos sociales en la construcción y validación de los conocimientos y las prácticas.

Evidentemente, Foucault no fue el único que cuestionó los modos en que la medicina o las ciencias en general “problematizan” sus objetos de indagación e intervención. Basta ver, por ejemplo, las discusiones suscitadas a partir de la conceptualización por Thomas Kuhn en torno a cómo las ciencias naturales enmarcan e identifican sus descubrimientos a partir de su

⁴⁴ Al respecto Foucault aclaraba “problematización no quiere decir representación de un objeto preexistente, ni tampoco la creación por el discurso de un objeto inexistente: problematización es el conjunto de prácticas discursivas o no discursivas que hace que cualquier cosa entre en el juego de lo verdadero o lo falso y la constituye como un objeto para el pensamiento, sea bajo la forma de la reflexión moral, del conocimiento científico, del análisis político, etcétera”. Por ejemplo, la figura que hoy designamos comúnmente bajo el significante de “locura” (y que médicamente tiene varias designaciones y variedades, desde psicosis y esquizofrenia hasta demencia), no es ahistórica ni universal, pero tampoco es un simple invento. Foucault no diría que no existen “locos”, sino que aquellos que hoy reconocemos como “locos” no siempre existieron así, y el modo que los vemos, representamos, tratamos y entendemos fue a partir de una construcción y conjunto de prácticas, históricamente localizables, que los constituyeron como objeto de saber (y para intervenir). En ese sentido, Foucault cuestiona cómo fue que se “problematizó” eso que hoy reconocemos bajo la etiqueta de “locura”. Ver Francoise Ewald, “La inquietud de la verdad. Entrevista a Michel Foucault (1984)”, *Historias X* (1985): 3-10, 4.

⁴⁵ Con nominalismo Veyne se refiere a centrarnos en las prácticas específicas y detalladas, en lo que fue dicho y hecho, en vez de partir de la identificación de ideas o verdades universales. En este sentido, no se trata de una postura nominalista estricta ni pura, como fue propio de algunos filósofos medievales (por ejemplo, Guillermo de Ockham), pero evidentemente parte de algunas de sus premisas fundamentales. Vale recordar, como señala José Ferrater Mora, que los nominalistas medievales argüían que los universales no eran una entidad real (opuesto a lo que proponía el platonismo) y por esa razón se aclaraba que “los universales eran simplemente *nomina*, nombres, voces, vocablos o *termini*, términos”. Ver Paul Veyne, *Foucault: His thought and his Character* (Polity: Cambridge, 2010), 10; José Ferrater Mora, “Nominalismo”, en *Diccionario de filosofía de bolsillo (I-Z)*, Priscilla Cohen (comp.) (Madrid: Alianza Editorial, 1985), 564.

correspondencia a un “paradigma⁴⁶”, el cual guiaba el programa investigativo, y relativamente dogmático, de una “ciencia normal⁴⁷”. Igualmente, tenemos teorías diversas que acentúan cómo la ciencia (cualquier ciencia, sea esta “natural” o “social”) es una producción social y lingüística como son el resto de los artefactos, las tecnologías y los quehaceres humanos mediados por el lenguaje y la cultura. En ese sentido, es preciso que notemos cómo este proceso de problematización no descubre ni reproduce una “esencia” real que existe independientemente de los procesos sociales, incluyendo las dinámicas que conforman al grupo que identifica “el problema” (y esto incluye a los científicos y los médicos). Si nos permitimos la simplificación, este proceso está regido por unas “reglas de juego” y con esto aludimos parcialmente, por un lado,

⁴⁶ Kuhn no es el primero en utilizar la palabra “paradigma”, que originalmente era utilizada en la lingüística, pero sí es quien va a popularizar su uso en las ciencias sociales y humanas (más que en las propias ciencias naturales) a partir de la década de los sesenta en el siglo XX. Kuhn ha ofrecido varias definiciones para paradigma, entre ellas: 1) el paradigma es “la constelación de creencias, valores, técnicas, (...) que comparten los miembros de una comunidad (científica) dada”; 2) el paradigma está “constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica”. Como bien lo resumen Isabel Jaidar, Margarita Baz y Lilia Esther Vargas un “paradigma científico delimita qué es la realidad, cuáles son y cómo se definen los objetos del conocimiento, quién es y cuál es el lugar del sujeto del conocimiento y qué relación debe establecer con la realidad y sus objetos para conocerlos”. Como bien lo resume Alan Chalmers: “el paradigma establece las normas necesarias para legitimar el trabajo dentro de la ciencia que rige. Coordina y dirige la actividad de ‘resolver problemas’ que efectúan los científicos normales que trabajan dentro de él”. En otras palabras, en el paradigma tenemos incluidos las maneras normales/normativas de aplicar las leyes fundamentales a los distintos (pero definidos) tipos de situación, junto a las respectivas técnicas instrumentales y sus posibles modificaciones, lo cual incluye también ciertas prescripciones metodológicas. Las mayoría de las definiciones aparecen discutidas y reproducidas en Alan F. Chalmers, *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* (Madrid: Siglo XXI Editores), 129-130; Isabel Jaidar Margarita Baz y Lilia Esther Vargas, “Los actores del conocimiento. ¿Qué es un paradigma?” en *La psicología un largo sendero: una breve historia*, Isabel Jaidar, Margarita Baz y Lilia Esther Vargas (México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Educación y Comunicación, 2002): 53-67, 53,55. Accesado en <http://bidi.xoc.uam.mx>.

⁴⁷ Kuhn ofrece varias definiciones de lo que es una ciencia normal, entre ellas: 1) “la investigación basada firmemente en uno o más logros científicos pasados, logros que una comunidad científica reconoce durante algún tiempo como fundamento de su práctica ulterior. Hoy en día tales logros se recogen en los libros de texto científicos, tanto elementales como avanzados, aunque rara vez en su forma original”; 2) “una actividad de resolver problemas gobernada por las reglas de un paradigma” (los cuales son tanto de naturaleza teórica como experimental); 3) “la actividad de resolver rompecabezas”, la cual “una empresa enormemente acumulativa y eminentemente eficaz en la consecución de su finalidad, que es la ampliación, continuidad del alcance y precisión del conocimiento científico”. De forma resumida y simplificada, una ciencia normal es aquella que está adherida a un paradigma, y por esa razón está regida por una serie de normas y reglas que guían su quehacer. Sin embargo, dicha “normalidad” se ha logrado porque se obtuvo unos hallazgos valorados y aceptados como exitosos por una comunidad científica. Vale resaltar que para Kuhn es este proceso social de aceptación por parte de una llamada comunidad científica lo que va a permitir darle cierta coherencia y organización normativa al quehacer científico. Para las definiciones citas y su discusión ver Thomas Kuhn, *La estructura de las revoluciones científicas* (México: Fondo de Cultura, 2004), 37, 102; Alan F. Chalmers, *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* (Madrid: Siglo XXI Editores), 131.

a Ludwig Wittgenstein, y a sus “juegos del lenguaje⁴⁸” y, por el otro, a las reglas metodológicas que guían de forma implícita al quehacer de una “ciencia normal” según Thomas Kuhn.

La perspectiva crítica de los autores aludidos se interesa esencialmente por comprender, en términos epistemológicos y lingüísticos, cómo un determinado hecho, dato, idea, concepto, técnica y/o práctica es un producto complejo e históricamente situado que no existe de forma independiente de los modos en que se organizan, representan y median las diferentes actividades humanas. De un modo u otro, se trata de comprender cómo un determinado objeto es convertido en “problema” y es insertado dentro de unas dinámicas y procesos que suponen regular sus condiciones de veracidad o, si seguimos a Foucault, de veridicción⁴⁹. Lo que une las conceptualizaciones de Wittgenstein, Kuhn y Foucault, aunque sea desde registros y cuestionamientos distintos, es que el proceso de “problematización” no es algo que sea reconocido

⁴⁸ Si bien Wittgenstein evita, como aclara Pierre Hadot, dar una definición lógico-operacional y sistemática de los “juegos del lenguaje”, sí ofrece varias definiciones generales, entre ellas que por juego de lenguaje podemos entender la “totalidad formada por el lenguaje y las acciones con las que se entretiene [*verweben*]”. Wittgenstein utiliza esta conceptualización para demostrar la diversidad de los “usos” del lenguaje, en vez que proponer una definición lógica, matemática, metafísica o esencialista de lo que es el lenguaje. Para Wittgenstein, usar y hablar del lenguaje es una actividad o “forma de vida”, por la cual se hacen cosas (dar órdenes, se construye un objeto, se especula, se miente, etc.). Estas “formas de vida” son aprendidas. Para Wittgenstein, el error de muchos filósofos y científicos era no entender el juego del lenguaje que se estaba jugando. En ese sentido, las personas llaman o hablan sobre algo no porque lo conozcan íntimamente ni porque han aprehendido la esencia del objeto (que es lo que los filósofos buscan cuando ofrecen definiciones metafísicas), sino porque hablan de ello. Por ende, lo expresado a través del lenguaje no es la traducción de un pensamiento ni de una experiencia. Wittgenstein se centra en lo que hacemos en y a través del lenguaje, sin con ello asumir que el lenguaje funciona de una sola forma (que cumple una función universal, biológica o orgánica). Eso no quiere decir que no existan reglas ni que se pueda hacer cualquier cosa en o a través del lenguaje, sino que el lenguaje, en tanto y en cuanto actividad humana, hace y se rige por “convenciones”, “acuerdos” u otros tipos de relaciones. Esto explica por qué Thomas Kuhn alude a Wittgenstein para demostrar que el modo en que usamos el lenguaje depende de que sea entendible o comunicable, y este proceso no depende de un conocimiento del conjunto de atributos inherentes que supuestamente definen al objeto (u objetos). Kuhn señalaba que algo similar sucedía en el proceso de identificación de problemas, técnicas y métodos dentro de una ciencia normal. Ver Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigation* (Oxford: Basil Blackwell, 1986): 5, 11, 90; Pierre Hadot, *Wittgenstein y los límites del lenguaje*. (Pre-Textos: Valencia, 2007), 101-104; Kuhn, *La estructura*, 82-84; Raymundo Mier, “Formas de vida. De Wittgenstein a la semiótica: el perfil incierto de los actos del lenguaje”, *Tópicos del Seminario I* (1999): 17-67, 33; Anat Biletzki y Anat Matar, “Ludwig Wittgenstein”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2020). Accesado en <https://plato.stanford.edu/entries/wittgenstein/>.

⁴⁹ Con veridicción (o *véridiction* en francés) Foucault buscaba “connotar las condiciones de posibilidad de una producción de verdad irreductible a su carácter de objetividad, por cuanto se encuentra referida a un determinado régimen u orden de prácticas históricas de validación y legitimización de lo verdadero”. Ver Iván Torres Apablaza, “Soberanía política, inmunidad y excepción. Claves hermenéuticas sobre la gubernamentalidad neoliberal”, *Ideas y Valores LXVI* (164) (2017): 79-104, 82.

como explícito por aquellas personas que participan de ello, en particular si pertenecen a algún campo de conocimiento afiliado a las llamadas ciencias naturales, que presumen disponer un conocimiento privilegiado que es objetivo y neutral. Por lo general, un médico o científico asume que los problemas que identifica son obvios y evidentes, tanto en términos de cognoscibilidad como de validez y veracidad. En contraste, el desconocimiento o resistencia que exista entre los legos, pacientes o demás personas (los que no son médicos) se debe a que no poseen la educación suficiente o adecuada que es exclusiva del campo de saber médico. Es justamente aquí, en ese tipo de actitud y pretensión donde vemos cómo opera la ideología, según la entiende Lizcano⁵⁰, en particular la ideología científica, la cual eclipsa que las generalizaciones propuestas (en particular cuando tienen un carácter universalista) son en realidad una perspectiva particular (o un modo particular de ver el Mundo) y no una descripción, reflejo o representación fidedigna de la Verdad y/o de la Realidad.

Lo interesante de cómo opera aquí la ideología, en particular cuando se trata de las ciencias naturales, es que no solo se opone a cualquier deconstrucción o cuestionamiento que no se someta a sus particulares criterios de verificación y/o validación, sino que omite las contradicciones obvias a nivel epistemológico. En particular, busca omitir y borrar cualquier rastro de que dicho conocimiento científico sea una construcción social y cultural. Como ha señalado Lizcano, rearticulando los argumentos de Steve Woolgar, Bruno Latour y Michael Mulkey (que son sociólogos de la ciencia), la ciencia pudiese pensarse como ese mito que busca destruir todos los

⁵⁰ Según Lizcano:

En concreto, consideraremos ideológico a aquel conjunto de ideas y valores —y a los discursos y prácticas que lo sostienen— orientado a: 1) presentar como universal y necesario un estado de cosas particular y arbitrario, haciendo pasar así cierta perspectiva y cierta construcción de la realidad -la que favorece una relación de dominio- por la realidad misma, y 2) borrar las huellas que permitan rastrear ese carácter construido de la realidad, de modo que tal presentación llegue a percibirse como mera y rotunda representación de 'las cosas tal y como son', de 'los hechos mismos'.

Ver Emmanuel Lizcano, "La ideología científica", *Nómadas* XCIX, 1-11,1; una argumentación similar puede encontrarse en Emmanuel Lizcano, *Metáforas que nos piensan: Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones* (Creative Commons 2.1, 2006), 247-49.

demás mitos, a la vez que se niega a reconocer su propia constitución mítica⁵¹. Se trata de esa ciencia con mayúsculas (La Ciencia), que como discurso y práctica tiene la pretensión de operar como un metadiscurso que está por encima de los demás discursos, por encima de los demás ideologías y saberes. En muchos sentidos, esa “Ciencia” ha sido exitosa en persuadirnos de que no estamos siendo persuadidos; y es justamente esto lo que la hace tan efectiva, según Lizcano, como una ideología⁵². Esa ideología es parte de lo que Lizcano ha llamado el “fundamentalismo científico”, que a través de los “nombres de *progreso, desarrollo y modernización*” ha conformado una especie de “nueva religión de la Humanidad” que asume que la “creencia en la ciencia” es la última y única verdad, la última instancia de salvación⁵³. Algunos, como el epistemólogo Carlos Pérez Soto, han destacado cómo la obsesión por el Método —lo que Pérez Soto llama el “metodologismo”, que es la “escolástica” de la racionalidad científica— opera de forma similar a una ideología, enfocándose más en los modos de legitimar, controlar, administrar, burocratizar y reproducir el saber para así homogenizar, crear cohesión y persuadir⁵⁴.

Según Lizcano, la Ciencia busca proponerse como el “único discurso verdadero —pues él define qué sea la realidad y los intereses generales— y los restantes discursos que entonces quedarían desvalorizados, marginados o silenciados”⁵⁵. Esta pretensión no es exclusiva del discurso de la Ciencia asociado a las ciencias naturales (y por extensión las ciencias médicas, las ciencias sociales y otros campos afines), el cual busca establecer hegemonías e intenta homogenizar, disciplinar y controlar la diversidad de conocimientos, técnicas y experiencias. Esta

⁵¹ Dicho de otra forma, la Ciencia utiliza un lenguaje privilegiado que identifica a los demás conocimientos como si fueran meras fabricaciones lingüísticas (de esa forma desprestigiando y degradando todo aquello que es una “construcción” como si fuese algo, de suyo, “falso”), a la vez que omite como estas mismas condiciones de posibilidad inciden en su quehacer y saberes. Ver Emmanuel Lizcano, *Metáforas que*, 230-31.

⁵² Lizcano, “La ideología científica”, 3; Lizcano, *Metáforas que*, 250.

⁵³ Lizcano, *Metáforas que*, 251-52.

⁵⁴ Carlos Pérez Soto, *Sobre un concepto histórico de ciencia. De la epistemología actual a la dialéctica* (Universidad Arcis: Santiago, 1998), 317.

⁵⁵ Lizcano, *Metáforas que*, 248.

pretensión e intencionalidad la encontramos también en discursos asociados a la Modernidad y, más importantemente todavía, a la colonización y el eurocentrismo. Por esa razón, los argumentos de autores como Foucault, Kuhn, Wittgenstein al saber científico y médico, tenemos que actualizarlos y repensarlos desde los debates en torno al colonialismo y el poscolonialismo.

Como lo ha mostrado Aníbal Quijano, el concepto de modernidad se asoció a las ideas de novedad, de lo avanzado, de lo racional-científico y secularizado, como si fuesen características exclusivas de Europa.⁵⁶ En muchos sentidos, los análisis poscoloniales⁵⁷ han puesto en evidencia y abierto el interés de aplicar el concepto foucaultiano de biopolítica a las empresas colonialistas europeas, y en ese sentido alejarlo del enfoque casi exclusivo dado en las últimas décadas a los campos de concentración en Europa⁵⁸. Por esa razón, notamos que más que descartar las teorizaciones de Foucault, lo que han hecho varios autores es rearticularlas, repensarlas y mejorarlas al tomar en consideración lo que varios estudiosos, en particular después de Quijano, llaman la “colonialidad del poder”⁵⁹. Para nuestros fines, lo que interesa no es adoptar

⁵⁶ De esa forma, como también lo ha apuntado otros (por ejemplo, Enrique Dusserl, Walter Dignolo y Emmanuel Wallerstein) tenemos la conformación de un sistema mundo capitalista europeo que, al menos desde el siglo XVI (pero de forma más contundente en los siglos XVIII y XIX) se antepone a las demás culturas, ahora categorizadas como “primitivas” y con una mentalidad “mítico-mágica” (por ejemplo, China, India, Egipto, Grecia, Maya-Azteca, Tawantinsuyo), pese a que estas culturas mostraban avances y características que correspondían al significante europeo de “moderno” (y mucho antes que Europa). Ver Aníbal Quijano, “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”, en *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas latinoamericanas*, Edgardo Lander (ed.) (Ediciones CLACSO: Buenos Aires, 2000): 201-246, 212-13.

⁵⁷ No es posible poder hacerle justicia a todo el complejo grupo de autores que han escrito críticamente sobre los procesos de colonización y sus revisiones. Para más detalles favor ver la revisión que hace al respecto Rodrigo Castro Orellana, “Foucault y el debate postcolonial. Historia de una recepción problemática”, *Quadranti* II (1) (2014): 216-249.

⁵⁸ Como señalan Alejandro de Oto y María Marta Quintana, al “problema de la biopolítica le falta el colonialismo como una dimensión constitutiva —tanto por la vía de la omisión como por la vía de inclusión”. Ver Alejandro de Oto & María Marta Quintana, “El fauno en su laberinto. Las ambivalencias de la biopolítica”, *SUR/versión: investigación y creación de América Latina y el Caribe* (2012): 108-132, 113.

⁵⁹ La colonialidad, según de Oto y Quintana, se refiere “al patrón de poder que emerge en relación con el colonialismo moderno y que perdura, inclusive, una vez que la relación de sometimiento (explícito) desaparece. Por consiguiente, la “colonialidad es aquello que aún hoy sobrevive como efecto de inscripción del poder colonial sobre los cuerpos y narrativas”. Los análisis de la colonialidad del poder piensan los efectos de la colonización más allá de la existencia o presencia de autoridades coloniales, imperialismos y sociedades esclavistas. De esa forma, la “colonización” no es un simple exceso o error del pasado, sino parte de un proceso cuyos efectos perduran y se han ido transformando para conformar, entre otras cosas, ciertas dinámicas biopolíticas. Ver Oto y Quintana, “El fauno”, 112, fn.4.

simplemente una postura poscolonialista, colonialista o foucaultiana, dado que cada una de estas tiene limitaciones, en particular cuando concierne a análisis históricos locales y concretos⁶⁰. Resulta más oportuno integrar las tesis foucaultianas de la biopolítica, las críticas mencionadas a la medicalización y las críticas de la colonialidad del poder a los discursos y las prácticas políticas y médicas en Latinoamérica y el Caribe. En particular, lo que interesa es la intersección entre raza, clase y género en estos discursos y prácticas de medicalización en los contextos de colonización⁶¹. En muchos sentidos, el contexto latinoamericano y caribeño enriquece el análisis foucaultiano porque permite trazar mejor (y de forma más compleja) cómo convergieron los discursos de Modernidad, Higiene, Raza y Nación, para así conformar distintas estrategias de poder que

⁶⁰ En lo que concierne la postura poscolonialista, coincidimos con lo que expone el filósofo español Rodrigo Castro Orellana en torno a que algunas de estas interpretaciones han hecho una apropiación “tergiversada, selectiva o insuficiente” de la obra de Foucault. Igualmente, en términos metodológicos, las interpretaciones poscolonialistas llevan a cabo “inflaciones teóricas” que llegan a minusvalorar el trabajo archivístico de estudios históricos respecto al Caribe y Latinoamérica. Inclusive, no pocas veces algunas de estas interpretaciones poscolonialistas padecían del mismo eurocentrismo que criticaban. Este no es el espacio para discutir un debate que amerita mayor análisis y aclaración, en particular si consideramos los más recientes en torno al concepto de biopolítica (particularmente en Brasil e Italia) y los modos que se han rearticulado las posturas poscoloniales y decoloniales. Ver Castro Orellana, “Foucault y el debate”, 217, 229.

⁶¹ Hay muchos conceptos y teorías que hemos optado por simplificar bajo las etiquetas de “poscolonial” y “decolonial”, en particular cuando remitimos a las relaciones de poder. Agradezco a Marcelo Luzzi sus observaciones en torno a la necesidad de reconocer estos otros debates, en donde se destacan, entre otros, Santiago Castro Gómez, Nelson Maldonado, María Lugones y Max Hering Torres. Por ejemplo, el concepto de interseccionalidad, que proviene de la crítica anglosajona que, por lo general, se asocia al *Critical Race Theory* (o más específicamente con Kimberlé Crenshaw) ha sido integrado a los análisis de colonialidad de poder para conformar, según María Lugones, un feminismo descolonial. Asimismo, tenemos otras reformulaciones interesantes a la crítica decolonial, como son las “colonialidad del ser” en Norman Maldonado y las críticas de Max Hering en torno a los conceptos de raza y racismo en el contexto colonial y su relación con las dinámicas de “limpieza de sangre” medievales e hispanas. Igualmente, vale la pena tomar en consideración la crítica de Jean-Frédéric Schaub en torno a las posturas decoloniales y anticolonialistas (muy a tono con Danilo Martuccelli), las cuales pueden simplificar, generalizar y por lo tanto obviar el trazar las continuidades complejas entre, por ejemplo, las dinámicas raciales hispanas europeas y las latinoamericanas. Igualmente, puede simplificar o homogenizar las dinámicas raciales en países que no fueron colonizados por europeos. Schaub considera que tanto en Europa como en las colonias americanas encontramos unas dinámicas similares que mezclaban lo natural con lo social: “separación de lo visiblemente diferente, investigación de lo invisiblemente diferente y segregación contra los todavía-diferentes-pero-no-del todo”. Evidentemente, hemos simplificado el asunto y por esa razón remitimos, para una discusión más detallada, a Jean-Frédéric Schaub, “En defensa de una historia colonial —no decolonial— de la raza”, en *Las ilusiones de la igualdad. Mestizaje, emancipación y multiculturalismo*, ed. Max-Sebastian Hering Torres (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2020), 18-41, 36-38; María Lugones, “Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial”, en *Género y descolonialidad*, ed. Walter Mignolo (Buenos Aires: Del Signo, 2008), 13-54; Max Hering Torres, “La limpieza de sangre. Problemas de interpretación: acercamientos históricos y metodológicos”, *Historia Crítica* XLV (2011): 32-55; Jane Coaston, “The intersectionality wars”, *Vox*, 28 de mayo de 2019. Accesado en <https://www.vox.com/the-highlight/2019/5/20/18542843/intersectionality-conservatism-law-race-gender-discrimination>.

buscaron regular los modos de vivir de aquellos grupos (esos “Otros”) que consideraban inferiores, inmorales, degenerados. Estos mismo grupos serán a su vez los que podían ser “redimidos” y “salvados” a través de la modernización/europeización blanca e ilustrada, justificando de esa forma las intervenciones coloniales y modernizantes⁶².

Utilizamos la conceptualización foucaultiana como punto de partida porque su análisis del poder va más allá de las usuales “problematizaciones” propuestas por las teorías clásicas del tema, que tendían a asumir una dicotomía y antagonismo entre saber y poder, lo cual reforzaba la noción de que ciertos modos de saber (como los saberes ilustrados, racionales y/o científicos) eran inmunes o ajenos a las dinámicas sociales y políticas⁶³. Para Foucault, el poder no es un fenómeno homogéneo y uni-direccional, sino que es multi-direccional y funciona en una red. Por esa razón fuese más preciso “hablar de los poderes o intentar localizarlos en sus especificidades históricas y geográficas”⁶⁴. En resumidas cuentas, a Foucault le interesaba reflexionar filosóficamente sobre la historia de los saberes y de las estrategias del poder, para así comprender cómo, a través de ciertos saberes y prácticas, se creaban ciertos modos de sujeción, de identidad (y de identificar) e incluso de control y dominio sobre grupos particulares de personas (consideradas “problemáticas”)⁶⁵.

⁶² Ver Hilderman Cardona Rodas, “Colonialidad del poder y biopolítica etnoracial: Virreinato de Nueva Granada en el contexto de las Reformas Borbónicas”, *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas* 12 (2) (2017): 571-594, 572.

⁶³ No se trataba de señalar simplemente, como ya lo había hecho el filósofo del siglo XVI Francis Bacon, que el saber es poder (o “que los que saben tienen poder”), porque esta postura simplificaba las estrategias de resistencia y apropiación (presumiendo que existían sujetos pasivos y otros activos); además de que perdía de perspectiva las rupturas y las discontinuidades que existían a nivel local y particular a través de esas dinámicas de apropiación, resistencia y transformación de los saberes. Esto no debería reducirse tampoco al ya trillado y simple señalamiento de “aquellos que saben ejercen el poder” o que existe una dicotomía fija entre los que tienen poder (los dominadores/los poderosos/los nobles) y los que no lo tienen (los dominados/oprimidos); dado a que tales dicotomías pudiesen reiterar la supuesta existencia de poderes fijos, ontológicos o naturales (y con ello invocar esos reduccionismos clasistas y racistas de que si unos tienen más poder es porque saben utilizarlo mejor, supieron aprovecharlo o algo tendrán para detenerlo, captarlo y volverlo productivo). Ver Michel Foucault, “Las redes del poder”, en *El lenguaje libertario: Antología del pensamiento anarquista contemporáneo*, Christian Ferrer, ed. (Argentina: Altamira, 1999): 15-29, p.29.

⁶⁴ Castro-Orellana, “Foucault y el debate postcolonial”, 162. Argumentos similares pueden verse en Foucault, “Las redes del poder”, 19 y en Foucault, “Diálogo sobre el poder”, en Ángel Gabilondo (Eds.) *Michel Foucault, Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III* (Barcelona. Paidós, 1999): 61-63.

⁶⁵ Michel Foucault, “El estilo de la historia”, en Edgardo Castro (Ed.), *¿Qué es usted, profesor Foucault? Sobre la arqueología y su método* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2013): 177.

Para comprender esto mejor, discutamos y contextualicemos la conceptualización de Foucault en torno al poder y la biopolítica, su pertinencia para pensar la “medicalización de la vida” y como puede actualizarse para así analizar los efectos de la medicalización, la eugenesia y el racismo científico en Latinoamérica y el Caribe.

C. La pertinencia de Foucault y su conceptualización en torno a biopolítica y gubernamentalidad

Es harto conocido el giro que Foucault estipula en la última sección del primer tomo de *Historia de la Sexualidad*, vuelto en ocasiones lema y muletilla entre sus interlocutores, en donde el viejo Derecho y poder soberano “de vida y muerte”, apalabrado por él en términos operativos como aquel poder que “hace morir o deja vivir”, es transformado, a partir del siglo XVII, por un poder que “hace vivir o deja morir”⁶⁶. Este proceso de transformación, que es lo que Foucault identificó bajo el nombre de “biopolítica”, reflejaba una dinámica de poder distintiva cuya lógica y manifestación era, en apariencia, menos punitiva y coercitiva que las anteriores. A su vez, este tipo de relación de poder buscaba problematizar, gubernamentalizar, politizar y regular los procesos vitales y generativos de la “vida” (o “lo vivo”). La conceptualización foucaultiana de biopolítica nos permite pensar cómo esas instancias que hoy llamamos “vida”, “salud” y “sanidad” (o inclusive, para algunos “bienestar” o *wellness*), conceptos que no eran exclusivamente científicos ni médicos, van a enmarcarse y significarse cada vez más a partir de los registros y modos de ver de ciertos campos de conocimientos científicos y médicos de finales del siglo XVIII y principios del XIX (en particular, la medicina, la higiene, la biología, la patología y la demografía). Este proceso de transformación forma parte de lo que Foucault llamó la “medicalización indefinida”, la que se impone sobre los individuos más allá de los criterios usuales

⁶⁶ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2007): 164-167.

y clásicos de enfermedad (de estar o no enfermos). Si nos permitimos la simplificación, eso que hoy identificamos como “vida” va a ir, desde el siglo XVIII, medicalizándose hasta el punto de que hoy día se nos hace difícil pensar las condiciones de existencia, los modos de vida o simplemente “lo vivo” fuera del registro, cada vez más expansivo e indefinido, de las ciencias médicas y biológicas⁶⁷.

En términos metodológicos, no hay razón ni ganancia intelectual alguna en enclaustrar las teorías de Foucault, en particular su conceptualización en torno a la biopolítica. En términos conceptuales, se sabe que Foucault no siempre fue preciso con la terminología, dado que no buscó proveer un análisis conceptual, filológico ni semántico riguroso⁶⁸. Por ende, lo que nos interesa es como la conceptualización de Foucault apuntaba a un proceso particular de medicalización y de biologización que, a nivel histórico, posibilitó una serie de saberes, prácticas e instituciones que llevaron, entre otras cosas, a una particular politización de los modos de vivir, de conducirse y de ser. En ese sentido, la conceptualización foucaultiana nos permite pensar cómo el rol de la medicina y de la higiene instauró paulatinamente, a partir del siglo XVIII, una nueva racionalización y lógica del poder. Según Foucault, esta transformación en las dinámicas del poder reflejaba la conjunción de dos “tecnologías⁶⁹” (no excluyentes entre sí): la disciplinaria, que es

⁶⁷ Antes de siquiera acuñar el término “biopolítica”, Foucault había aludido a este proceso en el 1974 y lo vinculaba con el proceso de “medicalización indefinida” que fue posible a través de la “medicina social” y la mayor intervención sobre la vida de los individuos (independiente estuviesen ellos enfermos o no). Hasta mediados del siglo XVIII las actividades de los médicos se limitaban a la demanda de los enfermos y sus enfermedades; después se dirigió a otros aspectos que no eran las enfermedades y “dejó de ser esencialmente clínica para comenzar a ser social”. Sus repercusiones se hacían sentir en la actualidad (el siglo XX para Foucault), en su mayor intervención sobre la vida misma. Ver Foucault, “Crisis de la medicina”, 351-53

⁶⁸ Al respecto Salinas, resume bien lo que encontramos en la conceptualización foucaultiana de la biopolítica: 1) un discurso en transformación y no una doctrina fija; 2) la descripción de una serie de tecnologías que son formas concretas del capitalismo y que están en relaciones de desplazamiento y superposición; 3) un léxico operativo o herramientas conceptuales, y no una ontología léxica; y 4), una investigación inacabada “además, que es una investigación poco divulgada, o con distorsiones en su divulgación”. Ver Adán Salinas Araya, “Biopolítica. Sinopsis de un concepto”, *Hybris* VI, nº2 (2015): 101-137, 114-15.

⁶⁹ El uso del concepto “tecnología” en Foucault es distinto al uso cotidiano o genérico que hacemos del término, usualmente reducido a la identificación de artefactos industriales o asociado a las “ciencias duras”. En Foucault no encontramos una definición precisa del término, dado que en ocasiones parece remitir a una serie de mecanismos,

orgánica, institucional e individualizante (ejemplo de ello son el saber-poder institucional correccional de la psiquiatría y la prisión) y otra, la biopolítica, que es reguladora-poblacional-estadística y cuya producción de saberes y prácticas (la higiene, el malthusianismo y, entre otras, la eugenesia) están asociadas a lo que hoy llamamos “Salud Pública”. Se trata de un proceso dual que busca regular a los sujetos para entonces disciplinarlos. Ambos poderes, y sus respectivos dispositivos⁷⁰, confluían en tanto y en cuanto operaban como técnicas de intervención política y “normalización”,⁷¹. Para entender bien lo que es la biopolítica necesitamos primero comprender qué es el “poder disciplinario” según Foucault.

dispositivos y saberes institucionales (como las tecnologías de poder disciplinarias) y en otras ocasiones a ciertos modos de saber y “gobernar” sobre sí-mismo, asociado a su particular traducción de la frase griega “*techné tou biou*” como “estética de la existencia” y no simplemente “tecnologías de vivir”. En Foucault *techné* puede ser entendida como un saber-hacer, una destreza, o lo que inglés se tradujera como *craft* (lo cual va desde la filosofía y la escultura hasta la agricultura y las estrategias militares). No obstante, es necesario ubicar el empleo del término *techné* en Foucault como parte de su análisis de las relaciones entre el saber, el poder y la vida (o los “modos de vivir”). Foucault pudiese entenderse como un “filósofo de la tecnología” (junto a otros como Jacques Ellul, Carl Mitcham e incluso Martin Heidegger), en tanto y en cuanto su uso del concepto nos permite comprender cómo los sujetos hacen usos de ciertos artificios y constructos para “conocer” y establecer relaciones de saber-poder. Ver Jim Gerrie, “Was Foucault a Philosopher of Technology?”, *Techné* VII, n°2 (2003):14-26, 14-15,18; Wendyl M. Luna, “Foucault and Ethical Subjectivity”, *Kritike* III, n°2 (2009): 139-46,141; Timothy O’ Leary, *Foucault and the Art of Ethics* (London & New York: Continuum, 2002): 3-4, 14,51-56.

⁷⁰ En una entrevista en el 1977 Foucault ofrece una definición muy general, identificando el dispositivo como un caso de “episteme” mucho más general, un sistema de relaciones definido por una estructura compuesta por elementos heterogéneos que incluye discursos, formas arquitectónicas, decisiones regulatorias, leyes, medidas administrativas, declaraciones científicas e incluso, y entre otras cosas, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas; y en ese sentido “no es solo el orden epistémico que agota lo decible y lo enunciable de una época, sino la relación de fuerza que impone unos conocimientos y que se alimenta de los conocimientos”. Una definición más clara y precisa la encontramos en Giorgio Agamben, en un texto publicado en el 2007 *¿Che cos’è un dispositivo?* Según Agamben, Foucault llamó dispositivo “a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos”. Hasta cierto punto, el concepto de dispositivo y de tecnologías están íntimamente ligados en Foucault y sirven para así tomar en consideración como una multiplicidad de objetos y relaciones operan para que ciertos saberes sean, aparentemente, más “visibles” y “eficaces” que otros. Ver Foucault, “The Confession of the Flesh”, en Colin Gordon (Ed.) *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977* (New York: Pantheon Books, 1980): 194-228,194; Giorgio Agamben, “Qué es un dispositivo?” *Sociológica* XXVI, n°73(2011):249-264, 257. Para una discusión más detallada y explicativa ver Luis García Fanlo. “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben”, *A Parte Rei* LXIV (2011): 1-8, y Sandro Chignola, “Sobre el dispositivo. Foucault, Agamben, Deleuze”, en Rodrigo Castro Orellana y Adán Salina Araya (Eds.) *La actualidad de Michel Foucault* (Escolar y Mayora: Madrid, 2016): 169-184.

⁷¹ Ver Michel Foucault, *Defender la sociedad: curso en College de France (1975-1976)* (México: Fondo de Cultura Económica, 2001), 229-30. Una elaboración más profunda puede encontrarse también en las conferencias que da Foucault en el 1976 en Brasil, en especial las que aparecen en la compilación Michel Foucault, *Estrategias del Poder, Obras esenciales, Volumen II* (Barcelona: Paidós, 1999): 327-383.

El poder disciplinario remite a aquellos dispositivos que operan vigilando, controlando, corrigiendo e inclusive castigando al cuerpo a nivel individual, tratándolo como si fuese una máquina, para así incrementar su productividad dentro de una sociedad capitalista. Este poder opera vía dispositivos institucionales (como la fábrica, la escuela, el hospital psiquiátrico y las prisiones) que organizan y manufacturan subjetividades/modos de sujeción que sean a la vez útiles y dóciles ante las exigencias de la sociedad capitalista. La violencia del poder disciplinario tiene una apariencia humanista/humanitaria e ilustrada que opta por controles y manipulaciones que no sean percibidos como abiertamente agresivos sino racionales (y casi “necesarios”). Esta conceptualización de Foucault del poder disciplinario coincide con -y muchas veces influyó en- las historiografías críticas a la medicalización de la locura y de la edificación de instituciones correccionales (escuela, prisión y fábrica) como modelos para (re)educar y (re)producir cierto ideal del hombre/mujer/sujeto productivo⁷².

Esta conceptualización también nos permite pensar el saber médico y sus prácticas como espacios de producción de subjetividades⁷³, tanto para aquellos que la ejercen como para aquellos que son objetos de tal ejercicio (directa o indirectamente). Ambos, tanto el que la ejerce como el que es ejercido por ella (por ejemplo, tanto los médicos como sus pacientes, e incluso los familiares de estos) son sujetados y definidos por la medicina como tecnología del poder⁷⁴. Aunque ha sido un asunto poco estudiado por los foucaultianos, aquí podemos ver, por ejemplo, la pertinencia de

⁷² Esta conceptualización del poder disciplinario influyó mucha de la historiografía crítica de la medicalización de las décadas de los sesenta hasta los ochenta del siglo XX, como fueron los estudios en torno al “orden psiquiátrico” y la psicopatologización de la vida cotidiana (por ejemplo, Robert Castell) y las críticas, desde la historia social, al sistema del manicomio (por ejemplo, Klaus Dorner, Andrew Scull y Roy Porter, además de sus análogos en España y Latinoamérica). Para una discusión en torno a algunos de estos trabajos, incluyendo sus análogos en España, Argentina y México ver Rafael Huertas, “Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”. *FRENIA* I, n°1 (2001): 9-35, 17-21; Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *FRENIA* V, n°1 (2005): 9-33, 23-24; Juan Carlos Stagnaro, “Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina”, *FRENIA* VI, n°1 (2006): 7-37,8-9, 21.

⁷³ Ver Quintanas, “Higienismo y medicina social”, 274.

⁷⁴ Diego Alejandro Estrada Mesa, “La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault”. *Escritos/Medellín* 23 (51) (2015): 331-355, 333, 339, 345, 352

estudios que han analizado cómo la educación médica (entre otros dispositivos) forja un cierto tipo de conducta, actitud, estilo de vida e identificación “profesional” (o promueve un cierto tipo de “profesionalismo”), y con ello una supuesta “cultura médica” que, por lo general, gusta representarse (y tiende a ser igualmente reconocida) como apolítica, libre de influencias ideológicas y poseedora de saberes humanistas y universales⁷⁵. Tenemos también estudios que critican cómo las teorías psicológicas son utilizadas para reforzar ciertas ideologías o modos de vivir (como el neoliberalismo)⁷⁶.

Según Foucault, la biopolítica es un tipo de poder que se conforma un poco más tarde que el poder disciplinario (en Europa a partir de mediados del siglo XVIII y de forma más precisa durante el XIX) y que busca la regulación y politización estatal de “la vida”, entendida ahora como un conjunto llamado “población”⁷⁷. Este tipo de poder busca incentivar cierto tipo de ordenamiento

⁷⁵ Ver Álvarez-Uría, Varela, Gordo y Parra, “El estudiante de psicología”, 167-69; Roberto Castro, *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (México: Universidad Nacional Autónoma de México: 2015), 42, 49-58; Correia, “Revisiting Medicalization”, 3.

⁷⁶ Ver por ejemplo, Sam Binkley, “Happiness, positive psychology and the program of neoliberal governmentality”, *Subjectivity* IV, nº4 (2011): 371-94; María Greco, y Paul Stenner, “Happiness and the Art of Life: Diagnosing the psychopolitics of wellbeing”, *Health, Culture and Society* V, nº1 (2013): 1-17; Medina Cárdenas, “El gobierno”, 1-16.

⁷⁷ Los inicios germinales de esta conceptualización pueden encontrarse en las conferencias dadas en Río de Janeiro en el 1974, donde el filósofo francés ensayó con varios términos similares (por ejemplo, somatocracia, nosopolítica, policía médica, medicina social, biohistoria e incluso biopoder) que remitían a un mismo proceso asociado al emerger de la “medicina social” y la higiene en Europa (en particular, en Francia, Alemania e Inglaterra). A través de dichos términos busco apuntar a la creciente, y aparentemente indefinida, medicalización de la sociedad desde mediados del siglo XVIII, en la cual objetos que antes no eran considerados médicos (o bajo su esfera de influencia, conocimiento y responsabilidad) estaban siendo ahora incluidos (la organización urbana, la limpieza de las calles, la higiene de las viviendas, mecanismos de seguridad en espacios laborales, estudios cada vez más pormenorizados de la calidad del agua y el aire, el cuidado de los niños, los mendigos, etc.). Sin embargo, será en el curso *Defender la sociedad*, impartido en el 1976, donde Foucault definirá directamente los aludidos procesos como una “biopolítica de la población”, la cual apuntaba a la paulatina “estatización de lo biológico”, dirigiéndose tanto al cuerpo individual como al conjunto de características y condiciones biológicas que los constituían como una “especie”. En el próximo curso *Seguridad, territorio y población*, ofrecido en el 1978, Foucault va ampliando cómo en dicho siglo XVIII se fue construyendo una concepción distinta de sujeto bajo el término de “población”. Sea con el término “especie” o “población”, para no mencionar otros, Foucault va a insistir que no se trata de un término nuevo sino de un uso distintivo (y hasta cierto punto novedoso). En otras palabras, durante el siglo XVIII, y sobre todo en el siglo XIX, encontramos que una serie de categorías científicas, como “especie” y “población” (en vez de las ya existentes categorías jurídicas), estaban siendo el foco de atención política. A través de esta nueva concepción del sujeto como “población” se insertan (y producen) toda una serie de saberes y poderes que buscaban disciplinar y regular la “vida”, en este caso la vida humana, reducida desde entonces a variables biológicas y económico-políticas. A eso podemos añadir los usos equívocos que se harán entre población, especie y raza, cuando se emplea aún en la actualidad la noción

y control (como la homeostasis, la normatividad y la seguridad) de las relaciones productivas de los colectivos humanos, ahora significados como una “especie”. Consecuentemente, este tipo de poder interviene y problematiza los procesos vitales y los asociados a la salud “social” (como es el estudio demográfico e higiénico de la natalidad) y opera a través de dispositivos sanitarios/higiénicos (campañas de salud infantil y maternal, regulaciones higiénicas urbanas y laborales, vacunaciones, etc.) para, selectivamente, extender (lo cual implica también hacerlos más productivos) y/o abandonar a ciertos individuos, grupos o “poblaciones/especies” (y ahí la lógica de “hacer vivir, dejar morir”)⁷⁸. Foucault consideraba que el campo médico, el cual produce efectos de subjetivación, tiene un rol esencial en las estrategias biopolíticas⁷⁹. También vale recordar que ambos “polos” (el poder disciplinario y la biopolítica) son en realidad procesos que van de la mano, confluyen y no pocas veces se complementan, en particular dentro de un sistema capitalista. Para comprender cómo estos procesos encajan, tenemos que tomar en consideración lo que Foucault llamó gubernamentalidad.

Dejando a un lado los problemas semánticos y de traducción alrededor del neologismo “gubernamentalidad”⁸⁰, lo que nos interesa, igual que fue en el caso de la biopolítica, es su

de “raza humana” y con ello establecer jerarquías raciales (como se tiende a hacer en las prácticas de la ganadería o el *breeding*). Ver Michel Foucault, “Nacimiento de la medicina social”, En *Michel Foucault, Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II*, (Barcelona. Paidós, 1999), 363-384; Foucault, “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”, 343-361; Foucault, *Seguridad, territorio, población*, 40-44, 100-108; Foucault, *Seguridad, territorio, población*, 100-102; Roberto Esposito, “Vida biopolítica y vida política”, *Revista Pléyade* Julio-Diciembre (2013):15-33, 16-20; Hubert L. Dreyfus and Paul Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (Chicago: The University of Chicago Press, 1983): 134.

⁷⁸ Ver Foucault, *Defender la Sociedad*, 222-227.

⁷⁹ Según Foucault, “la medicina es una estrategia biopolítica”. Ver Foucault, “Nacimiento de la medicina social”, 366; Rodríguez Zoya, “La medicalización como”, 11.

⁸⁰ El término *gouvernementalité*, ese “feo nombre” como admite el propio Foucault, se deriva del francés *gouvernemental* (gubernamental) y tal ya había sido acuñado en la década de los cincuenta por Roland Barthes, refiriéndolo como un “neologismo bárbaro” pero inevitable para denotar un mecanismo que invierte causa y efecto, que presenta al gobierno como la esencia de la eficacia y autor principal de las relaciones sociales. Foucault va articulando el concepto de gubernamentalidad mientras va elaborando lo que es la biopolítica y su relación con la regulación de las poblaciones, para así trazar las transformaciones que hubo en el arte de gobernar desde el siglo XVIII. Similar a cómo había analizado el poder y muchas de las figuras de interés (el loco, el criminal, el anormal, etc.), Foucault remite brevemente a la genealogía conceptual de eso que llamamos “gobernar”. Para ello, Foucault recuerda, y ciertamente no fue el primero en hacerlo, la amplitud semántica que tuvo, a nivel histórico, eso que

pertinencia conceptual. Ambos conceptos (biopolítica y gubernamentalidad) están ligados porque apuntan a cómo se han transformado los modos de concebir el “arte de gobernar”, el cual no siempre se redujo a la figura estatal del Gobierno, ni tampoco al Reinado. Dicho arte remite a una serie de técnicas, tanto dirigidas hacia sí mismos como a colectivos (desde el uso de la meditación en un budista o guía espiritual hasta el capitán de un buque o un pastor con sus ovejas), que también se han ido transformando hasta que, a partir del siglo XVIII, se han centrado en lo que se sitúa dentro o fuera del Estado. De esta forma, Foucault recordaba, y ciertamente no había sido el primero en hacerlo⁸¹, que la palabra “gobernar” tiene un uso semántico amplio antes de emplearse para designar una actividad exclusivamente política o estatal (a partir del siglo XVI⁸²). Semánticamente, eso que llamamos “gobernar”, designaba actividades diversas que iban desde la subsistencia y el cuidado a nivel material o físico (por ejemplo, la alimentación y las dietas o “régimenes” médicos) hasta el dominio, moral, espiritual y económico (en el sentido casi originario antiguo griego de *oikos*), que se puede ejercer sobre sí mismo y los otros, sobre el cuerpo y el alma⁸³. A partir del siglo XVIII, el concepto de “Gobierno” se limita a un conjunto de saberes,

llamamos “gobierno” y “gobernar”, para así deconstruir la noción contemporánea que reduce dicho término a la figura estatal del Gobierno. Por ende, la palabra “gubernamentalidad” buscaba explicar cómo es que se había dado la actual “gubernamentalización” (una particular mentalidad en términos de los modos de gobernar) del Estado. Similar a cómo Foucault buscaba explicar, a través de los saberes médicos, cómo se articuló un cierto saber y verdad sobre la locura, ahora buscaba hacer esto en torno a lo que llamamos Gobierno. Ver Ulrich Brocking, Susanne Krassman & Thomas Lemke, *Governance: Current issues and future challenges* (New York: Routledge, 2011): 1 y Foucault, *Seguridad, territorio, población*, 139.

⁸¹ Muchos de los señalamientos lingüísticos hechos por Foucault no son nuevos, sino que “recuerdan” vínculos que tienden a ser olvidados cuando pensamos ciertos conceptos, como “gobierno”, de forma ahistórica. La mayoría se nutren de la riqueza lexicológica del término gobernar y su etimología, la cual alude, desde la Antigua Grecia, al acto de “pilotar una nave” a “mandar con autoridad o regir algo”, “manejar a alguien”, “regirse según una norma, regla o idea”, “componer, arreglar”, y, entre otras, “comportarse” (o “actuar de manera determinada”. Ver RAE, “gobernar”, Real Academia Española, 2021. Accesado en <https://dle.rae.es/gobernar>; ver Douglas Harper, “Govern”, Online Etymology Dictionary, 2021. Accesado en <https://www.etymonline.com/search?q=GOVERN>.

⁸² Si se pudiese trazar unas divisiones, y Foucault recuerda que este ejercicio es muy esquemático y torpe, se trata de una transformación que va del “Estado de justicia” dentro de los registros de la territorialidad de tipo feudal con leyes consuetudinarias y leyes escritas, la cual cambia paulatinamente a un “Estado administrativo” en los siglos XV y XVI (en una sociedad de reglamentos y disciplina) hasta desembocar en el “Estado de gobierno” (que el sistema contemporáneo), que ya no se define exclusivamente por su relación con el territorio sino con las población, el mercado y el uso de dispositivos de seguridad. Ver Foucault, *Seguridad, territorio, población*, 136-137.

⁸³ Foucault traza una breve genealogía del concepto “gobierno” y del acto de “gobernar”, para así distinguirlo de

prácticas e instituciones que, a través de los aparatos del Estado y de la economía (que va o buscar ir más allá del Estado, como fue el caso del liberalismo económico), buscan regular la conducta y la política de las poblaciones⁸⁴. Para Foucault, a través del término “gubernamentalidad” se apuntaba a un tipo de racionalización centrada en el “gobierno de la conducta”, el cual se ejercía a través de un conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones que iban más allá de las estructuras de control estatal (o religiosas)⁸⁵.

Si la biopolítica nos permite localizar una politización que está orientada, en gran medida, por una medicalización selectiva y la biologización de lo vivo, la gubernamentalidad remite a cómo la conducta humana ha sido politizada (o inclusive como lo político ha sido gubernamentalizado) e insertada dentro de los registros de la economía política (o de cierto tipo de economicismo) y de

“reinar”, “mandar”, “hacer la ley” o “lo que hace el Estado”. A nivel lingüístico, al menos dentro de la lengua francesa, la palabra “gobernar” (*gouvernier*), en los siglos XIII al XV, podía significar algo muy físico o material como era “seguir o hacer una ruta” o “sustentar” (en el sentido de alimentar o de vitualla) y algo moral o más abstracto, entiéndase “conducir a alguien” (inclusive espiritualmente), “imponer un régimen” (como es su uso en la medicina hipocrática como “dieta” o *diata*). En la antigua Grecia se utilizaba el término “gobernar” (*kybernan*) y remitía a la actividad y rol del piloto o de quien guía el timón de una nave. Aunque se trazaban analogías entre dicha destreza náutica y las destrezas de aquellos que tenían cargos y responsabilidades en un determinado espacio (identificar a un rey que como un “buen piloto” de una ciudad), lo “gobernado” eran naves o cosas y no personas (al menos no directamente). La noción de que el gobierno se dirige directamente a las personas, y que tal es la finalidad política de las autoridades (como la Iglesia), los regímenes o de eso que llamamos el Estado se debe a la influencia del judeocristianismo y su particular racionalidad política, la cual Foucault llamó “poder pastoral”. El poder pastoral es un poder, que se presenta como benévolo y omnipotente, y que se ejerce sobre un rebaño, sobre una multiplicidad (un “pueblo” o una “gente”) y no un territorio; es un poder que vela, sustenta, salva y exige obediencia bajo la lógica de *Omnes et singularim* (sobre todos y sobre cada uno). Por eso insistirá en decir que “nunca se gobierna un Estado, nunca se gobierna un territorio, nunca se gobierna una estructura política”, sino que los gobernados son “gentes, hombres, individuos, colectividades”. Ver Foucault, *Seguridad, territorio, población*, 140-158.

⁸⁴ Foucault no ofrece una una definición concreta y operacional de gubernamentalidad, como es propio de muchas de sus conceptualizaciones. Lo más cercano lo encontramos en la cuarta clase del seminario que ofrece Foucault en el 1978. Ahí, el filósofo francés aclaraba que por gubernamentalidad entendía, al menos, tres cosas: 1) el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permitían ejercer una forma específica (y compleja) de poder que tenía por objeto “la población”, por forma de saber la “economía política” y por instrumento técnico esencial “los dispositivos de seguridad”; 2) la tendencia, en todo el Occidente, que condujo a la preeminencia de ese tipo de poder que llamamos “gobierno” sobre todo los demás e indujo al desarrollo de toda una serie de aparatos y saberes específicos de gobierno que tienen por objeto la conducta de los hombres; 3) como el resultado de un proceso en el cual el Estado de Justicia medieval se fue gubernamentalizando en los siglos XV y XVI, lo cual llevó a la formación de lo que conocemos como el Estado-Nación y su relación con el capitalismo (o en específico, el liberalismo económico). Ver Foucault, *Seguridad, territorio, población*, 136, 412 (y de forma más detalla en 225-38).

⁸⁵ Ver Medina Cárdenas, “El gobierno”, 3.

las dinámicas del Estado. En otras palabras, si por un lado, Foucault había apuntado cómo desde el siglo XVIII se estaba conformando una medicalización indefinida de la sociedad y de la vida cotidiana, por el otro, también apuntaba a considerar igualmente cómo eso que llamamos la “actividad humana” y el “género humano” estaban siendo insertados dentro de los registros de no solo el saber médico y el biológico (entendidos como “población” y/o “especie”, y su axiología en torno a lo saludable y lo que enferma), sino también de la economía política, en particular del capitalismo y la economía industrial en torno a “lo productivo” (por ejemplo, solo se califica como “trabajo” aquello que devenga o produce un salario), y de los mecanismos del Estado-Nación (cada vez más definiendo lo que es político y lo que es gobierno/Gobierno a partir de lo que está o no dentro del Estado). De esa forma, se presupone y refuerza la noción de que el mundo o la vida (en mayúsculas como El Mundo/La Vida) es entendible únicamente si es a través de estos crisoles, casi como si la realidad misma (la Realidad, dado a que se asume que es solo una), solo puede entenderse y vivirse, científica, capital y gubernamentalmente. El resto o no existe, o es inadaptable, indeseable o se puede dejar morir (para que así prolifere El Mundo/La Vida).

La biopolítica se relaciona a la gubernamentalidad si entendemos esta como una forma de racionalizar, e incluso ordenar, la práctica de “gobernar sobre los otros”, la cual se ha vuelto, a partir del siglo XVIII, coetánea a una estatización progresiva, fragmentada pero continua, cuyas prácticas y maneras de obrar buscan dirigir la conducta de los seres humanos. Y para ello se nutre de diversos campos de saber, entre ellos la medicina, la psiquiatría, la psicología, la demografía y la economía⁸⁶. El ejercicio del poder, a partir del siglo XVIII, no se reduce entonces solo a los dispositivos disciplinarios y de seguridad, sino que tiene como foco de veridicción de eso que llamamos “el mercado” y sus efectos en la conformación del *homo economicus*⁸⁷. La

⁸⁶ Foucault, *Nacimiento de la biopolítica*, 95 y 364.

⁸⁷ Para dar cuenta de esa figura del *homo economicus*, Foucault, particularmente en las clases nueve, diez y once, se

gubernamentalidad actual está marcada por cierto economicismo que busca capitalizar la conducta humana y definir lo humano a partir de criterios no solo higiénicos y biológicos sino económico-políticos, en particular los del capitalismo (de ahí, el interés que tuvo Foucault en la obra del economista Gary Becker). Por esa razón resulta ingenuo considerar que los saberes científicos y médicos, que son propiamente actividades humanas y sociales, operan de forma independiente o inmune a este proceso de gubernamentalidad, el cual también influye en cómo se financian, regulan y promueven ciertas investigaciones, técnicas, tecnologías, saberes e incluso ciertos modos de investigar y problematizar.

D. Biopolítica y racialismo

La pertinencia de esta conceptualización es que encaja muy bien con los señalamientos de muchos autores, antes y después de Foucault, desde Franz Fanon hasta Edward Said, además de Raymond Williams, Emmanuel Wallerstein, Étienne Balibar y muchos otros asociados a los estudios de colonialismo y poscolonialismo (o estudios afines). Estos invitan a pensar ciertas dinámicas, como el colonialismo y el racismo, como cónsonas con cierto modo de racionalizar científico, el cual a su vez estuvo enmarcado e influyó en cierto modo de racionalizar económico-político (no ya solo el imperialismo sino el capitalismo, el liberalismo económico y el neoliberalismo)⁸⁸. Por ende, no es posible pensar los procesos de medicalización y los asociados a

dedica a analizar los desarrollos recientes del neoliberalismo estadounidense, centrándose en las teorías radicales de Gary Becker sobre el “capital humano”. Una discusión, interesante y llena de muchos equívocos puede encontrarse en una entrevista entre Gary S. Becker, Francois Ewald & Bernard E. Hancourt, “Becker on Ewald on Foucault on Becker. American Neoliberalism and Michel Foucault’s 1979 Birth of the Biopolitics Lectures”, *Coase Sandor Institute for Law and Economics Working Paper* n°614 (2012): 1-20. Lo interesante aquí es como se puede presumir que Foucault, por el hecho de estar interesado en la obra de Becker, coincidía con sus enfoques. A Foucault le interesaba porque permitía apuntar a las ilusiones y malentendidos que tenían los socialistas, en particular los franceses, que pensaban que el capitalismo había sido o iba a ser fácilmente derrotado. Igualmente, lo que proponía Becker permitía ver mejor hacia donde se dirigían las nuevas estrategias del saber que economizaban la conducta humana, buscaban capitalizarla y con ello, supuestamente, “liberarla” (y es durante este periodo, de finales de la década de los setenta, que vemos el crecimiento de lo que hoy llamamos “neoliberalismo”).

⁸⁸ Por ejemplo, Emmanuel Wallerstein en la década de los ochenta había señalado que el racismo era una de las doctrinas o pilares ideológicos del capitalismo y del discurso eurocentrista. Para una discusión al respecto, ver Restrepo, *Intervenciones*, 94,158.

la biopolítica foucaultiana sin considerar también su relación con el colonialismo y el racismo. El concepto raza posee un lugar breve y poco elaborado, aunque no por ello menos significativo, en la interpretación foucaultiana de la biopolítica. La delimitación que propone Foucault respecto a la biopolítica en *Defender la Sociedad* es producto de su exploración de los discursos sobre de la guerra como grilla de análisis del poder⁸⁹. Foucault analiza los usos políticos e historiográficos de la categoría “raza”, desde la colonización de los siglos XVI y XVII, y en particular a través del discurso europeo de la “guerra de las razas”, en los recuentos y modos de “hacer historia/mitos” sobre la fundación de las naciones. A partir del siglo XVIII, según Foucault, tenemos una paulatina estatización de la guerra y un discurso que ya no se centrará en la lucha entre razas sino en la búsqueda de la pureza racial-biológica (y el rol del Estado para preservarla⁹⁰). Según Foucault, el racismo y el concepto de raza son la condición que hace aceptable, en una sociedad que normaliza la muerte (como fue el nazismo), el dar muerte y con ello eliminar no solo a individuos sino los supuestos peligros biológicos (y todo lo que ello implica como, por ejemplo, eliminar la “degeneración” de la especie, las “razas malas/inferiores”, etc.) y con ello hacer que la vida sea, supuestamente, más sana, pura y segura⁹¹.

Sin embargo, el filósofo francés apenas se concentró en desarrollar cómo las dinámicas de la colonización (desde el siglo XVI) facilitaron el desarrollo de la llamada biopolítica, además de que su enfoque fue mayormente en eventos y fuentes europeas. Igualmente, su exploración en torno al

⁸⁹ Foucault, particularmente en *Defender la sociedad*, expone que va a utilizar ciertos discursos como “grillas de análisis”. David Alesio atina con definir tales “grillas” (del francés *grille*) como “operadores epistémicos” que facilitan analizar las relaciones de poder en sus distintos niveles de funcionamiento. Hubert Dreyfus y Paul Rabinow utilizan el concepto de “grilla de análisis” (o inclusive “grilla de interpretación” o de “inteligibilidad”) como si fuese un constructo que le sirve a los historiadores para enfocarse en una serie de “problematizaciones” y de esa manera entender lo que hace a cierto evento “inteligible” (dentro de ciertos discursos o prácticas no discursivas). Hasta cierto punto, nos parece que el concepto de “grillas de análisis” es muy similar al de “problematización” que aludimos en secciones anteriores. Ver David Alesio, “La biopolítica foucaultiana: desde el discurso de la guerra hacia la grilla de la gubernamentalidad”, *A Parte Rei* LX (2008):1-9, 1; y Hubert L. Dreyfus and Paul Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (Chicago: The University of Chicago Press, 1983): xxv, 121.

⁹⁰ Foucault, *Defender la sociedad*, 77, 81-3.

⁹¹ Foucault, *Defender la sociedad*, 233.

concepto raza es breve y carece de una elaboración rigurosa a nivel histórico y cultural. Estas limitaciones son relativamente entendibles cuando consideramos las tendencias eurocéntricas en las interpretaciones de la época o consideramos los objetivos de Foucault (centrados en los efectos del siglo XVIII en la contemporaneidad europea). Lo que resulta más preocupante y menos entendible es la tendencia, entre muchos de los intelectuales que utilizan el concepto de biopolítica, y en particular cuando suponen trazar genealogías e historias conceptuales de larga duración, a obviar casi toda la historia colonial y esclavista caribeña y latinoamericana (igualmente la asiática y africana) cuando se discuten las posibles procedencias del “racismo genocida” y el “racismo de Estado”. Muchos intelectuales, como Giorgio Agamben y Roberto Esposito, se centran en el campo de concentración nazi como paradigma de una biopolítica negativa (que ellos llaman una tanatopolítica) que protege negando/excluyendo/eliminando todas aquellas vidas (reconvertidas ahora en enfermedades, parásitos o degeneraciones) que supuestamente amenazan la integridad orgánica del cuerpo del Estado⁹². Sin desestimar las aportaciones de estos análisis, es preciso

⁹² Sin desestimar los aportes de Giorgio Agamben y Roberto Esposito, las genealogías de ambos autores tienden a hacer cortocircuito o obviar los efectos fundacionales que va a tener la colonización europea a partir del siglo XV y XVI. A continuación, presentamos un resumen muy somero de ambos autores y su uso del concepto de biopolítica. Agamben utiliza el concepto de biopolítica para trazar una genealogía filosófico-política del poder soberano y como este ha definido “la vida” a partir de una relación de exclusión (una delimitación, si nos permitimos resumirlo así, entre “vidas que ameritan ser vividas” y otras “que ameritan ser exterminadas”). De esta forma la vida se ubica en una zona indefinida que, desde la Antigüedad greco-romana hasta los campos de concentración, desemboca en una tanatopolítica (o una biopolítica negativa). Esposito traza una genealogía que revela que la relación entre vida y poder está definida por una particular dialéctica inmunitaria, cuyos orígenes atraviesan, desde la antigua Grecia, la semántica de los campos de la política, la medicina y la ley, y opera como una lógica negativa que protege negando/excluyendo. En el caso de ambos autores, en particular Agamben los campos de concentración nazi (y la figura del *Muselmanner*) son el paradigma que más visiblemente refleja las dinámicas biopolíticas de la modernidad. Si bien ambos autores van a enfatizar el nazismo (más que otros regímenes, como fuese el franquismo español, el fascismo italiano o el estalinismo), el propósito no es ver en tal régimen una anomalía o excepción sino un ejemplo de algo que se ha transmutado y permeado, y que cada vez más puede incluir, aún en las democracias contemporáneas, más poblaciones en sus dinámicas de exclusión (basta pensar, por el ejemplo, en el estatuto de los refugiados y los inmigrantes en la actualidad). Esposito, en su libro *Bios*, se centra en los debates y teorizaciones respecto a la relación entre biología y política para comprender la tanatopolítica del nazismo y su particular racismo biológico. Esposito señala que el discurso de la higiene racial en el nazismo se presentó como una suerte de “terapia inmunitaria” contra los patógenos de las razas inferiores, degenerativas y hereditariamente infecciosas. Este tipo de discurso tuvo una serie de antecedentes (teóricos, semánticos y prácticos) significativos para su emerger, entre los cuales se destacan los puntos de encuentro entre las analogías organicistas del darwinismo social y de la eugenesia de finales del siglo XIX, y los estudios etológicos (en particular en Alemania para la década de los treinta). Obviamente hemos simplificado las posturas de los autores, pero el objetivo es mostrar que los autores no niegan que existan otros puntos de partida para

acentuar que estas interpretaciones obvian cómo la articulación de los campos de concentración nazi tiene su génesis más visible y perdurable en la colonización europea⁹³. A tono con esto, y remitiendo al caso de África, Achilles Mbembe ha denominado como “necropolítica” a la particular biopolítica negativa cuyo paradigma radica no en el campo de concentración sino en la plantación esclavista⁹⁴.

Por esa razón, es preciso complementar y actualizar la conceptualización foucaultiana con

pensar la genealogía de la biopolítica, sino que el nazismo sirve como un caso ilustrativo (como también dirá Laura Bazzicalupo) para hablar de una tanatopolítica o una biopolítica negativa. Sin embargo, su continua ceguera o falta de elaboración sobre los procesos coloniales parece ser sintomático de cierto tipo de eurocentrismo que aun tiene dificultades comprendiendo el Caribe y Latinoamérica, más allá de las influencias y legados europeos. Ver Giorgio Agamben, *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida* (Valencia: Pre-textos, 1998), 27-31, 109-115; Agamben, *Remnants of Auschwitz. The Witness and the Archive* (New York: Zone Books, 1999): 43-48; Roberto Esposito: *Immunitas: Protección y negación de la vida* (Buenos Aires: Amorrortu, 2003), 16-17, 77-84, 198-99; Roberto Esposito, *Bíos: Biopolítica y Filosofía* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006), 194-206, 227-28. Para revisiones en torno a estos autores ver Laura Bazzicalupo, *Biopolítica. Un mapa conceptual* (Melusina: España, 2010), 54-55; Luisa Bacarlett Pérez, “Giorgio Agamben, del biopoder a la comunidad que viene”, *Araucaria* 12 (24) (2010): 29-52, 40, 48; Adán Salinas Arayas, “La biopolítica como léxico. Revisión de las propuestas de Roberto Esposito”, *Hermeneútica Intercultural* 23 (2013): 63-99, 66.

⁹³ Como señalan, desde una perspectiva poscolonial, Alejandro de Oto y María Quintana, más que el campo de concentración “el espacio por excelencia donde el poder soberano se constituye bajo el paradigma de la excepción es el ‘espacio colonial’: invención profundamente marcada por la *exceptio* (jerárquica) del poder imperial –de la que aún vemos sus efectos”. Inclusive, como expuso Enzo Traverso, el nazismo permitió fusionar dos figuras paradigmáticas: la del judío como el “otro” del mundo occidental y la del “subhombre” del “otro” del “mundo colonizado” (tesis presente en las críticas al colonialismo de Aimé Césaire y Franz Fanon). Ver Alejandro De Oto y María Quintana, “Biopolítica y colonialidad. Una lectura crítica de *Homo Sacer*”, *Tabula Rasa Bogotá* XII (2010): 47-72, 50-2 y Achilles Mbembe, “Necropolitics”, *Public Culture* XV, n°1 (2003): 11-40.

⁹⁴ Sin necesariamente invocar el concepto de biopolítica, Enrique Dussel había señalado algo similar cuando discutía como la crueldad de la Modernidad estaba invisible ante los ojos de los europeos ilustrados (y sus legados en los letrados). Aun en la actualidad, se menosprecia o minusvalora cómo la colonización española masacró a indios y esclavos africanos, en particular la trata esclava, conformándose así los genocidios fundacionales de la Modernidad: Y, si es cruel y violento el holocausto de los judíos perpetrado por Hitler (cuyo racismo era general en Francia, Italia, Alemania desde fines del siglo XIX, y no era sino la aplicación del racismo originario de la Modernidad como superioridad de la raza blanca europea sobre los indios, africanos y asiáticos; racismo hoy renaciente en el Mercado Común Europeo), en la refinada y sistemática manera de “matar”; es necesario no olvidar que cerca de cinco millones de africanos “murieron” en los barcos negreros cruzando el Atlántico. Pero el resto, más de seis millones, “vivieron” largos años, tuvieron hijos e hijas, fueron tratados como “animales”: murieron en vida durante casi cinco siglos, los cinco siglos de la Modernidad. Igualmente, fuera preciso aclarar que esta crítica no quita que existiesen elementos que son únicos al campo de concentración (o que lo distinguen de otros proyectos y modos de exterminio), como lo ha sugerido Enzo Traverso. Traverso considera que la Shoah ha sido una síntesis de las violencias del siglo XX, lo cual no quita que otros genocidios y violencias no tengan sus particularidades, pero “el hecho de compararlas puede favorecer su comprensión”. Ver Enrique Dussel, *1492: El encubrimiento del Otro. Hacia el origen del “mito de la Modernidad”* (Plural editores: La Paz, 1994), n.153; De Oto y Quintana, “El fauno”, 120-123; Achilles Mbembe, “Necropolitics”, *Public Culture* XV, n°1 (2003): 11-40, 18. Ver además, para una postura distinta, Enzo Traverso, “Comparar la Shoah. Preguntas abiertas”, en *La historia como campo de batalla. Interpretar las violencias del siglo XX*, ed. Enzo Traverso (Fondo de Cultura Económica: México, 2011), 175-208, 208.

estudios pensados, no ya desde un registro europeo y anglosajón, sino desde las historias y transformaciones en países latinoamericanos y caribeños (que son, para nuestros fines, los más pertinentes para pensar el contexto de Puerto Rico). A su vez, no basta con integrar las críticas relacionados al colonialismo —y a sus efectos, transformaciones y pervivencias—, sino que también se deben considerar los análisis en torno a las dinámicas del racismo fuera de los registros europeo y estadounidense (éste se ha convertido, en muchas ocasiones, en el paradigma interpretativo para discutir lo que es o no es racismo). Un buen punto de partida para este tipo de discusión son los análisis poscolonialistas y de decolonización, empezando con Aníbal Quijano, quien consideró el racismo y la racialización un aspecto intrínseco de la colonialidad del poder.

Ya desde la década de los noventa del siglo XX, Quijano apuntaba que la racialización era uno de los aspectos centrales de la colonialidad del poder y de los discursos europeos de Modernidad. Quijano señalaba que la idea de raza se utilizó como un instrumento de clasificación social y un modo de otorgar legitimidad a las relaciones de dominación coloniales. Asimismo, este modo de racializar y clasificar reguló las relaciones y divisiones de trabajo, esclavitud y explotación. Este proceso de racialización de las relaciones de poder ubicaba a los europeos como los “dominantes/superiores” y a los colonizados como los “inferiores”⁹⁵. En un tono similar, Walter Dignolo aclaraba que la racialización no solo se amparaba en fenotipos percibidos (como el color de piel y más tarde el tamaño de ciertas partes del cuerpo) sino que tal proceso pudiese entenderse como de “inferiorización de la diferencia” (o de aquellos denominados, despectivamente, como “otros”) que justificó, como ha señalado también Enrique Dussel, una violencia genocida. Lo pertinente a notar en estas críticas es que las estrategias para racializar buscan construir y justificar

⁹⁵ Quijano, “Colonialidad del poder”, 202-04; Arias y Restrepo, “Historizando raza: propuestas conceptuales y metodológicas”, *Crítica y Emancipación* II, n°3 (2010): 45-64, 51; Restrepo, *Intervenciones en*, 158. El concepto de colonialidad de poder fue discutido por Quijano en el artículo “Colonialidad y modernidad/racionalidad” *Perú Indígena* XIII, n°29 (1992): 11-20

una relación desigual y de inferiorización hacia aquellos significados como “colonizados” y por ende “inferiores”. Tal inferiorización operaba no solamente a partir de una semántica amparada en una percepción selectiva de diferencias físicas sino también a la hora de percibir y atribuir características morales, no pocas veces inhumanas, animalescas, primitivas, infantiles o degenerativas, a los colonizados⁹⁶. Cada vez más, esta semántica de la racialización y la inferiorización se fue transformado y articulándose a través de los campos de conocimiento que tenían mayor legitimidad y, por eso, a partir del siglo XVIII, notamos un giro paulatino pero definitivo en el cual se utiliza el concepto “raza” para clasificar y justificar, según Peter Wade, la “biologización de las diferencias naturales”⁹⁷.

Estas identificaciones “raciales” (o mejor dicho “racializadas”) no se amparan en diferencias y realidades objetivas —aun aquellas que buscaban (re)presentarse como físicas, científicas y empíricas—, sino que son percepciones e interpretaciones selectivas y mediadas por el lenguaje, la cultura y las condiciones históricas del contexto. Por ende, cuando hablamos de la “raza” y la “racialización”, estos no son el producto de un saber objetivo sobre la supuesta pureza de sangre, el color de la piel o los fenotipos, porque estos conceptos, y sus respectivas disciplinas (o campos de conocimientos) son tan producidos como la misma cultura⁹⁸. De forma semejante a cómo hemos aludido a un proceso de medicalización, de biologización y de gubernamentalización de la vida cotidiana, tenemos también la racialización como un proceso que buscaba significar y problematizar ciertos aspectos que, determinados grupos, consideraban relevantes para organizar, regular e imponer su hegemonía sobre otros. La racialización no es un proceso ni efecto natural de

⁹⁶ Además de los autores citados en la cita anterior ver Walter D. Mignolo, “Delinking. The rhetoric of modernity, the logic of coloniality and the grammar of de-coloniality”, *Cultural Studies* XXI, n°2-3 (2007): 449-514, 479; Catherine Walsh, “‘Raza’, mestizaje y poder: horizontes coloniales pasados y presentes”, *Crítica y Emancipación* II, n°3 (2010): 95-124, 105.

⁹⁷ Arias y Restrepo, “Historizando raza”, 59; Restrepo, *Intervenciones*, 168.

⁹⁸ Arias y Restrepo, “Historizando raza”, 52-53; Restrepo, *Intervenciones*, 159-61.

que existan “las razas” (o razas diferentes), como si fuesen un dato o hecho biológico, dado que existieron (y existen) sociedades que pudiésemos identificar como multirraciales (desde Egipto y el Imperio Romano hasta las culturas mesoamericanas), que no requirieron de un sistema de clasificación jerárquica, o que determinase roles sociales a partir del significante “raza”, como sucedió a partir de la colonización europea⁹⁹.

En ese sentido, y a tono con otras críticas (como el orientalismo en Edward Said y el colonialismo de Franz Fanon), lo que encontramos a partir de la colonización europea es una racionalización particular que pudiésemos llamar “racialización del Otro”, en la cual aquellos que buscaban establecer cierto dominio y hegemonía trazaron una dicotomía entre “el Nosotros”, que representaba las cualidades positivas, buenas y superiores, y “los Otros”, que es calificado negativamente como carente, primitivo, inferior (en el siglo XX se añadiera, entre otros significantes, el de “tercermundista”) y que necesita ser colonizado, civilizado y/o modernizado¹⁰⁰. Lo curioso de esto es, si seguimos al historiador y lingüista Tzvetan Todorov, que se trató de un racionalización relativista que se impuso y representó como universalista y absoluta, ayudada en gran parte por el cientificismo europeo a partir del siglo XVIII, para así fundamentar como se relacionan los que están dentro y fuera de una determinada comunidad a través de discursos etnocentristas y nacionalistas (entre quienes son o no de mi raza, son o no mis compatriotas, etc.)¹⁰¹.

⁹⁹ Ver Cynthia E. Winston & Michael R. Winston, “Cultural Psychology of Racial Ideology in Historical Perspective: An Analytic Approach to Understanding Racialized Societies and Their Psychological Effects on Lives”, en *Oxford Handbook of Culture and Psychology*, ed. Jaan Valsiner (Oxford University Press: London, 2012): 558-581, 560-61, 566-67.

¹⁰⁰ David Theo Goldberg, “Racial Knowledge”, en *Theories of Race and Racism*, eds. Les Back y John Solomos (Routledge: London, 2000): 154-180, 155-62. Aunque lo hemos simplificado, este es también el argumento en Tzvetan Todorov, *Nosotros y los otros* (Madrid: Siglo XXI, 2007).

¹⁰¹ Con esto, Todorov no busca defender un universalismo humanista en oposición al relativismo. En realidad, se opone tanto al universalismo que fundamenta al etnocentrismo como al relativismo que cae en constantes contradicciones. Aunque Todorov discute esto a través del texto, este asunto puede verse mejor en sus conclusiones, en particular cuando defiende su acepción de un humanismo crítico. Ver Todorov, *Nosotros y los otros*, 431-35, 437-39.

Obviamente, el concepto raza y sus precedentes no se crean ni aparecen exclusivamente a partir del cientificismo y determinismo biológico del siglo XIX y principios del XX, el cual conforma lo que hoy llamamos el racismo científico¹⁰². No obstante, su significación actual dentro de los diversos campos de conocimientos está marcada por los modos en que los procesos de racialización colonial se rearticulaban a mediados del siglo XVIII para así conformar un conjunto de doctrinas, ideas y premisas que Todorov ha reunido bajo el concepto de “racialismo”¹⁰³. El concepto de “racialismo” nos parece útil porque resume bien una serie de premisas, doctrinas y actitudes que van a estar muy presentes dentro de los ya aludidos procesos de medicalización y biopolítica. Una de estas premisas es que supuestamente existen biológicamente las razas y que las diferencias físicas percibidas, entendidas desde este registro como diferencias objetivas, biológicas y hereditarias, son fijas y determinaban la moral y cultura de los individuos dentro de un grupo racializado. En otras palabras, los racialistas asumen que existe una correspondencia entre las características físicas y las morales y, por lo general, asumen que las diferencias físicas, aquí entendidas como raciales y/o biológicas (porque en ocasiones ambos conceptos se confunden entre sí), determinan las diferencias culturales y/o morales percibidas¹⁰⁴. Este racialismo no siempre se manifestó abiertamente como lo que hoy llamamos racismo, y no siempre buscó representarse como explícitamente confrontativo o dirigido a excluir y destruir a aquellos grupos considerados “razas inferiores” o “degeneradas”. Eso no quitó que dicho racialismo tuviese efectos

¹⁰² Arias y Restrepo, “Historizando raza”, 51, 54.

¹⁰³ De acuerdo a Todorov, el racismo es un comportamiento que existe desde la Antigüedad y puede considerarse de extensión global/universal, mientras que el racialismo es un movimiento de ideas que se origina en Europa, desde mediados del siglo XVIII y presenta, más o menos, un conjunto coherente de proposiciones, entre ellas: 1) que existen razas, con atributos y rasgos físicos visibles y en ocasiones con fronteras fijas y delimitadas (confundiendo raza y especie como biológicamente equivalentes); 2) las diferencias físicas corresponden y determinan las diferencias morales y culturales, las cuales son asumidas como hereditarias; 3) que el comportamiento individual depende del grupo racial y cultural al que pertenece o del que procede; 4) que las diferencias morales no son relativas y corresponden a una única jerarquía de valores morales e incluso estéticos; 5) que todas estas distinciones y jerarquías están fundamentadas en un saber y en “hechos”, y por eso la “familia espiritual del racialismo es el cientificismo”. Ver Tzvetan Todorov, *Nosotros y los otros* (Madrid: Siglo XXI, 2007), 115-127.

¹⁰⁴ Todorov, *Nosotros y los otros*, 117.

racistas.

Igualmente, este racialismo no buscaba solo apuntar a las diferencias físicas o aparentes, sino que también buscaba trazar distinciones jerárquicas a partir de un tipo de “racismo psicológico” (que aludía a espíritus, almas y voluntades raciales) o lo que Todorov también llamó un tipo de “culturalismo” (y a su modo Etienne Balibar llamó “racismo cultural” y Michel-Rolph Trouillot lo consideraba uno de los problemas intrínsecos de las usuales acepciones de “Cultura”)¹⁰⁵. Sin entrar en una discusión conceptual detallada, se pudiese decir que este “culturalismo” apunta a cómo discursivamente el racialismo y el racismo operaban a través de distinciones entre la “alta” y “baja cultura”, y mediante la oposición entre aquellas sociedades que se identificaban como “civilizadas”, “ilustradas” y, por consecuente, “superiores”, y aquellas otras (usualmente no europeas) que eran “salvajes” (o como “animales”) o carecían de cultura¹⁰⁶. Lo interesante de este tipo de “culturalismo” es que podía emplear estrategias racistas sin necesariamente utilizar un lenguaje explícitamente racializado. Por ejemplo, se trazaban distinciones de clase y sexualidad, proponiendo que las diferencias entre las clases altas y clases bajas —así como entre los hombres y las mujeres—, eran homólogas a las diferencias entre las razas superiores y las razas inferiores¹⁰⁷. Igualmente, se podían trazar analogías y “parentescos” entre los modos de pensar las mujeres, los delincuentes y las razas inferiores, como si existiese un factor común a nivel biológico o cognitivo

¹⁰⁵ Según Trouillot, la palabra “cultura” esta “irremediamente contaminada por la política de la identidad y de la culpa —incluyendo la racialización del comportamiento que estaba destinada a evitar”. Con esto Trouillot apuntaba a cómo el concepto de cultura (en particular con mayúsculas, La Cultura) fue utilizado para sedimentar estrategias de invisibilización y exclusión, particularmente en Estados Unidos. Aunque esto no sea exactamente lo expuesto por Todorov, podemos notar correspondencias entre ambos usos racistas del concepto de cultura (igualmente, desde un registro, más marxista, en Balibar). Ver Todorov, *Nosotros y los otros*, 71, 184; Etienne Balibar, “¿Existe un neorracismo?”, En *Raza, Nación y Clase*, Etienne Balibar & Immanuel Wallerstein (Madrid: IEPALA, 1991), 31-48, 42-44; Trouillot, “Adieu, cultura”, 175.

¹⁰⁶ Algunos filósofos y antropólogos del siglo XIX argüían que existía un incomunicabilidad que hacía imposible la colonización o educación de aquellas razas/culturas inferiores Este tipo de postura podía verse en pensadores como Joseph Ernest Renan, Hippolyte Taine y Gustave Le Bon (y hasta cierto punto, el conde Arturo de Gobineau). Ver Todorov, *Nosotros y los otros*, 156-58, 184.

¹⁰⁷ Ejemplo de ello fue el psicólogo social del siglo XIX Gustave Le Bon. Ver Todorov, *Nosotros y los otros*, 136-39.

que los uniera a nivel taxonómico. Lo útil de estas distinciones provistas por autores como Todorov, Trouillot y los decolonialistas latinoamericanos es que nos permite pensar la medicalización y la biopolítica de forma más compleja al considerar cómo el racismo y el racismo operaron distintivamente fuera de Europa y Estados Unidos, creando así modos de subjetivación que no se consideran bajo las acepciones usuales de racismo (o cualquiera otro “ismo”).

Unir el conjunto de teorías poscoloniales/sobre colonialismo/decoloniales (incluyendo aquí también a Todorov y Trouillot) a las teorías foucaultianas de biopolítica nos permite pensar la particular relación que tuvo el racismo, la racialización y la biopolítica en el pensamiento y las prácticas de los intelectuales y letrados coloniales/colonizados. El racismo y los procesos de racialización no solo se daban entre los colonizadores y los colonizados, sino también entre los propios colonizados, en particular entre las elites criollas: letrados y/o intelectuales que buscaban establecer un vínculo de afinidad “espiritual” o “cultural” con la “raza europea”. Los discursos en torno al mestizaje son también parte de esa colonialidad del poder aludida por Quijano, en particular cuando servían (y sirven aún) para negar la existencia o invisibilizar ciertos grupos como parte de la “cultura nacional” (por ejemplo, los negros en Latinoamérica)¹⁰⁸. Este discurso del mestizaje operaba también, como aclara Catherine Walsh, para imponer cierto movimiento jerárquico “hacia arriba”, entendiéndose de “blanqueamiento físico y cultural”¹⁰⁹. Por ende, no es solo una biologización de la raza lo que opera aquí, sino también cierto tipo de culturalismo/racismo cultural que podía fomentar el mito de una “democracia racial” o de que no existía un “problema racial”. Este mito se justificaba parcialmente porque las relaciones y dinámicas de racialización latinoamericanas eran distintas a las estadounidenses, y esta diferencia (o falta de correspondencia)

¹⁰⁸ Walsh, “‘Raza’, mestizaje”, 107.

¹⁰⁹ Walsh, “‘Raza’, mestizaje”, 103.

se utilizaba para demostrar que no existía racismo en Latinoamérica o el Caribe. A tono con esto, los intelectuales criollos insistían en que los prejuicios existentes eran más de índole económico y social que racial¹¹⁰. Se buscaba así auspiciar la imagen de que existía una “armonía racial”, la cual estaba fundamentada y dirigida por la influencia cultural y racial europea. Por lo tanto, los países colonizados eran aptos para civilizarse y modernizarse como sus “amos” europeos, siempre y cuando siguiesen las directrices de sus elites, letrados e intelectuales que eran racialmente mixtos, pero “estables” al ser “espiritualmente europeos” (o cargar con la “herencia” europea). De ese modo, el discurso intelectual, el cual influía y coincidía con los discursos nacionales en torno al mestizaje, se representaba (y posiblemente se percibió a si mismo) como no racista pese a que evidentemente lo era.

Las elites latinoamericanas y caribeñas que auspiciaban el blanqueamiento no buscaban simplemente una transformación física, sino mental/cultural a través de imponer ciertos modos de vivir, de comportarse, de realizar (o aceptar ciertas) actividades culturales y de educarse que invisibilizaban la existencia y pertinencia de las culturas indias y negras. También estaba el deseo de cierta transformación física o, para ser más precisos, “biológica”, la cual podía lograrse a través de estrategias de regulación poblacional (lo que, en términos foucaultianos, pudiésemos llamar una estrategia biopolítica) empleadas desde finales del siglo XIX y principios del XX, como fue la eugenesia, para así limitar el nacimiento de aquellos que supuestamente degeneraban la raza. También utilizaron políticas de inmigración para incentivar la entrada de aquellas razas más “cultas/blancas” y prohibir o limitar la entrada de las razas que consideraban más salvajes, incultas/no blancas y enfermizas/degeneradas. Para entender mejor estas dinámicas, es pertinente complementar las teorías e historiografías poscolonialistas y decolonialistas con las historiografía

¹¹⁰ Walsh, “‘Raza’, mestizaje”, 97-98, 110; Arias y Restrepo, “Historizando raza”, 47.

reciente de la medicina, en particular la que se centra en la llamada “eugenesia latina”, para así ver cómo ciertas estrategias racistas, elitistas y biopolíticas pudieron lograrse a través de la medicalización.

E. Biopolítica, eugenesia y psicopatologización

Aunque en el próximo capítulo haremos una revisión más detallada de esta historiografía —y su relación dentro de la historiografía crítica de la medicalización—, lo que ahora nos interesa es traer los argumentos más relevantes que nos permiten atar conceptualmente la eugenesia como un elemento importante para pensar la relación entre medicalización, biopolítica y racismo. En primer lugar, tenemos que aclarar la distinción conceptual e historiográfica entre una “eugenesia latina” y una “eugenesia clásica” (digamos, mayormente anglosajona y alemana), distinción que ha proliferado a partir de la década de los noventa del siglo XX gracias, en gran medida, a los señalamientos de la historiadora Nancy Stephan¹¹¹. Su argumento principal buscaba distinguir entre la eugenesia ortodoxa anglosajona (que también influyó en su modalidad alemana), que fue mayormente una “eugenesia negativa” que utilizaba estrategias para eliminar a los “disgénicos” (entiéndase aquí “degenerados” o “biológicamente no aptos”) vía el aborto y la esterilización, y la eugenesia latina, la cual era “preventiva” y buscaba evitar la reproducción de los “disgénicos” y la diseminación de los “venenos sociales¹¹²” a través de certificados médicos prenupciales y

¹¹¹ Aunque en realidad ya algo similar había hecho Raquel Alvarez Peláez a finales de la década de los ochenta, cuando señalaba que la eugenesia “podía ser un instrumento muy flexible de control social, cumpliendo, además, con una importantísima labor de medicina social y preventiva”. Con ello remitía específicamente a la modalidad de eugenesia en Latinoamérica. Sin embargo, será Stepan quien conceptualizará más formalmente el asunto, unos años más tarde. Ver Raquel Alvarez Peláez, “Eugenesia y control social”, *Asclepio* XL, n°2 (1988): 29-80, 45.

¹¹² El término “veneno social” es muy común para finales del siglo XIX y principios del XX en Latinoamérica, España y el Caribe (términos análogos los encontramos también en Europa y Estados Unidos). El término aparece frecuentemente entre los eugenistas (aunque igualmente lo encontramos en los higienistas), para referirse a que existían ciertos hábitos que llevaban o reflejaban (ambos procesos se confunden fácilmente en este discurso) disposiciones a “vicios”, como el alcoholismo, la prostitución, las enfermedades venéreas e incluso la pobreza. Este tipo de conceptualización, que se enfocaba en la posibilidad de que ciertos hábitos y ambientes pudiesen afectar la herencia, fue más común, según Stepan, en la eugenesia latina que en la eugenesia alemana y anglosajona (la cual daba mayor énfasis en el determinismo biológico hereditario). Ver Nancy Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America* (New York: University of Cornell Press, 1996), 85.

restricciones a la inmigración¹¹³. Para entender esto mejor, es preciso que tracemos algunos aspectos epistemológicos e históricos de los movimientos eugenésicos desde finales del siglo XIX. Para ello remitimos a las aclaraciones del filósofo de la ciencia argentino Héctor A. Palma en torno a las características de la eugenesia clásica y las dificultades historiográficas que implica el historiar las distintas modalidades de la eugenesia, desde la clásica u ortodoxa a la latina.

Las tres características que, como bien apunta Palma, resumen la eugenesia clásica son: 1) la selección de grupos definidos con vistas a modificar (o “mejorar”) la población, la raza, el grupo o la nacionalidad; 2) la implementación de políticas e instituciones públicas (asociadas a la concesión de certificados prenupciales, controles de natalidad, esterilización de determinados grupos, abortos eugenésicos y restricciones a la inmigración, sea vía identificación racial, nacional o de afiliación política) ; y 3) estos elementos o prácticas se implementaron en nombre de la “preservación de la sociedad”, la “defensa social” y del “orden público”, no por iniciativa o elección individual. En ese sentido, según Palma, la eugenesia clásica es autoritaria y tecnocrática, aun cuando buscaba establecer ciertas “libertades”, porque su objetivo es preservar la pureza racial y/o deshacerse de los individuos indeseables tipificando y controlando según ciertos criterios precisos de inclusión y exclusión¹¹⁴. Es importante notar que la eugenesia, desde su formulación por parte de Francis Galton (que es quien acuña oficialmente el término de “eugenesia” y lo bautiza como “ciencia”) a finales del siglo XIX, contenía técnicamente muchas de estas características y, al conformarse en un movimiento social, integró posturas y modalidades diversas que nos permiten ver la recepción y apropiación amplia que tuvo esta teoría.

Palma resume esta variabilidad al trazar ciertos patrones epistemológicos y retóricos que

¹¹³ Stepan, *The Hour*, 84-85, 114-34.

¹¹⁴ Héctor A. Palma, “Consideraciones historiográficas, epistemológicas y prácticas acerca de la eugenesia”, en *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, eds. Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005): 115-44, 134-137.

estuvieron presente dentro del movimiento eugenésico de la primera mitad del siglo XX. El autor citado los reduce a una serie de conceptos, aparentemente opuestos pero dialécticamente implicados, que nos permiten ver las tensiones y contradicciones dentro del discurso eugenésico: 1) diversidad/ desigualdad; 2) decadencia/progreso; 3) herencia/ambiente; 4) natural/artificial; 5) superior/inferior; 6) individuo/sociedad; 7) sano/enfermo. Estos patrones de tensión dialéctica son inherentes al pensamiento eugenésico y explican las distintas variantes que hubo de su práctica en distintos países.

Tenemos primero, según Palma, la confusión epistemológica de los eugenistas entre desigualdad y diversidad. Esto llevó a correlacionar y confundir la desigualdad social con la diversidad biológica, un patrón que es propio del “determinismo biológico”. Dentro de esta correlación, los eugenistas tendieron a favorecer y promulgar (aunque ellos no fueron los únicos) que lo biológico determinaba y explicaba la desigualdad social (y vale notar aquí como esto encaja con algunas de las premisas del racismo según Todorov)¹¹⁵. A su vez, desde finales del siglo XIX en Europa y Estados Unidos hubo una retórica pesimista, centrada en la decadencia y la degeneración (como procesos biológicos y como metáforas explicativas de situaciones sociales y culturales), que fue también acompañada de un optimismo científicista y modernista que presentaba dicha decadencia como un problema médico y biológico que no era irresoluble y que podía resolverse a través de la medicina y la tecnología. Estas aparentes dicotomías de decadencia/pesimismo/degeneración y de progreso/optimismo/normalidad son, según Palma, “dos caras de una misma moneda, que su fuerza práctica sobreviene precisamente de que operan conjuntamente”¹¹⁶. Estos opuestos aparentes forman parte de una “dialéctica que se resuelve en

¹¹⁵ Héctor A. Palma, “Tensiones biopolíticas en el movimiento eugenésico de la primera mitad del siglo XX”, *Revista Espacios nueva serie* VII (2012): 271-88, 275-76.

¹¹⁶ Palma, “Tensiones biopolíticas”, 277.

una apuesta político-tecnocrática” que buscaba implementar políticas de control y administración de los cuerpos, en particular por lo que concernía a la reproducción/la natalidad¹¹⁷.

Desde los inicios formales de la eugenesia a finales del siglo XIX con Galton, encontramos una dicotomía entre lo innato/biológicamente hereditario y lo adquirido/lo ambiental (lo que en inglés va a ser típicamente la división antagónica, y también acuñada por Galton, entre *Nature vs. Nurture*) que apuntaba al carácter determinista de lo hereditario, entendido aquí como un mecanismo biológico. Sin embargo, he ahí la contradicción curiosa, la eugenesia misma se ampara en la posibilidad, no solo teórica sino también práctica, de intervenir artificialmente en las condiciones de la vida para así lograr una “incidencia evolutiva” que incentivara el nacimiento de los “mejores” y minimizara los efectos de los “inferiores”¹¹⁸. En Estados Unidos y Europa el enfoque fue hereditario y de carácter biologicista (que presume que el ambiente no tiene efectos sobre la herencia), favoreciendo así medidas de eugenesia negativa (para detener el nacimiento de los “disgénicos” o “degenerados”), mientras que en Latinoamérica se le dio mayor acento a regular el ambiente (un tipo de “ambientalismo”). A su vez, dentro de esta tensa y ambigua división y relación entre lo biológico/natural y lo ambiental/artificial, encontramos una curiosa contradicción en torno a lo natural y lo artificial, dado que la eugenesia suponía que lo que no se podía realizar a través de la “Selección Natural” darwiniana se debía lograr artificialmente a través de la medicina social y las técnicas que evitasen la proliferación de la degeneración (como fue, por ejemplo, con el uso de certificados médicos prenupciales, la esterilización o un control diferenciado de la concepción) que evitasen su proliferación¹¹⁹. En otras palabras, la eugenesia exigía emplear métodos ambientales/artificiales para lograr su enfoque biologicista/naturalista.

¹¹⁷ Palma, “Tensiones biopolíticas”, 277.

¹¹⁸ Palma, “Tensiones biopolíticas”, 277-78.

¹¹⁹ Palma, “Tensiones biopolíticas”, 279-80.

La distinción que trazaban los eugenistas entre superior e inferior no solo apuntaba a diferencias anatómicas, sino a aquellas raciales, de clase y de estilos vida, distinguiendo así entre blancos y no-blancos (los negros, los indios y asiáticos), entre clases altas y pobres, delincuentes, prostitutas, inmigrantes de otras nacionalidades e incluso agitadores políticos (como los anarquistas y marxistas, en oposición a los supuestos “patriotas verdaderos”). Con estas estrategias vemos que la distinción entre “superior” e “inferior” quedaba supuestamente justificada científicamente a finales del siglo XIX, trazando correlaciones entre la supuesta “historia natural del Hombre” como determinante de (o que explicaba) la “historia cultural nacional del Hombre”, logrando así explicar por qué ciertas razas habían logrado o no ser “civilizaciones”. Así, con esta correlación equivoca (y equivocada) se justificaba científicamente el racismo, no como una ideología sino como un dato médico de carácter eugenésico.

A nivel de ética, Palma considera que la intervención eugenésica era “cientificista, medicalista, utilitarista, naturalista” y con una axiología que suponía poner el “colectivo superior” (entiéndase aquí aquellos que eran biológica/culturalmente superiores según los registros eugenistas) por encima de los individuos o aquellos grupos “inferiores”¹²⁰. En este contexto, la medicalización (aquí la argumentación de Palma es muy similar a la de Foucault y otros críticos¹²¹) es aquí clave al promoverse como un factor de Civilización y Progreso que podía detener la degeneración y como un poder que buscaba legitimizar métodos de control social y de exclusión contra los “elementos decadentes e inferiores” en pro de la “defensa social”¹²². Aquí los médicos, según

¹²⁰ Palma, “Tensiones biopolíticas”, 281-82.

¹²¹ Los efectos de la medicalización que señala Palma coinciden con los señalados por Foucault y otros (como Álvarez-Uría) en torno al “poder medicalizador” o de la “medicalización indefinida”. Ver Palma, “Tensiones biopolíticas”, 285.

¹²² Según Palma las intervenciones eugenésicas se articulaban ante el Estado como si fuesen en pro de la “defensa social” y del “orden público”, y pueden resumirse de la siguiente manera: “es bueno intervenir, a través de todos los recursos disponibles en la sociedad implementando políticas públicas —aún a expensas de los intereses individuales— para obtener una selección científica artificial que permite la subsistencia y crecimientos de los mejores grupos de individuos y la eliminación paulatina de los elementos decadentes e inferiores”. Ver Palma, “Tensiones biopolíticas”,

Palma: “ya no sólo curan enfermos sino al organismo social y extienden su campo de acción hacia esferas nuevas, ahora interpelan al Estado y le reclaman acciones tanto preventivas como de control y represión, conforme a los diagnósticos que ellos mismo en tanto especialistas elaboran”¹²³.

Análogamente a los malentendidos en torno a las dinámicas del racismo —que no pueden circunscribirse a sus manifestaciones en un solo contexto histórico (por ejemplo, Estados Unidos)—, encontramos que existen otros en torno a las distintas manifestaciones y dinámicas de la eugenesia. Al respecto, Palma señala varios errores e incomprensiones típicas que existen a nivel historiográfico, entre los cuales están el error epistemológico que apunta a que la eugenesia es una pseudociencia y el error historiográfico que reduce la eugenesia al nazismo¹²⁴. Palma arguye que resulta ingenuo calificar la eugenesia como pseudociencia cuando fue un pensamiento hegemónico durante la primera mitad del siglo XX, abarcando diversas ideologías (desde los nazis hasta anarquistas, socialdemócratas y progresivistas) y captando la atención de una gran cantidad de integrantes de la comunidad científica, que produjo publicaciones, conferencias e instituciones y legislación respecto a inmigración, matrimonio y esterilización¹²⁵. En otras palabras, la eugenesia no fue una “ideología” asumida por un sector, pequeño y ajeno a las comunidades científicas. Además, su científicidad no tendió a ser cuestionada durante la primera mitad del siglo XX. La asociación exclusiva con el nazismo obvia que la eugenesia comenzó en Gran Bretaña y se

283-84.

¹²³ Palma, “Tensiones biopolíticas”, 285.

¹²⁴ Otro aspecto interesante que discute Palma, que no es inmediatamente relevante a nuestra discusión, es la tendencia en ver una “eugenesia liberal” o “nueva eugenesia” en las Manipulaciones actuales sobre la herencia, el ADN, etc. Según Palma, la eugenesia liberal actual está caracterizada por la privacidad (o el acto individual), la voluntariedad (por ejemplo, en los diagnósticos prenatales y postnatales, las técnicas de inseminación artificial y los abortos electivos) y supone la no discriminación, pues se opone al carácter obligatorio, coactivo y poblacional de la eugenesia clásica. Esto no quita, aclara el filósofo argentino, que haya peligros o prejuicios en las prácticas de la nueva eugenesia, en la cual imaginarios influenciados por la sociedad capitalista, las formas de control y dominio políticos actuales llevan a estrategias de exterminio. Ver Palma, “Consideraciones historiográficas”, 138-143.

¹²⁵ Palma, “Consideraciones historiográficas”, 119-120, 126-27.

diseminó en otros países dentro del sistema capitalista, en particular en Estados Unidos, influenciando la formación de *tests* de inteligencia, leyes de inmigración y la esterilización de enfermos mentales, criminales y otros considerados *unfit*¹²⁶.

Estas dificultades historiográficas nos permiten ver nuevamente la incomodidad que existe cuando se busca discutir no solo los usos ideológicos o sesgados de las ciencias, sino cómo la ciencia misma se nutrió de prejuicios y sesgos para así legitimizar su autoridad. Esto también nos exige ver la complejidad de las dinámicas del racismo, la eugenesia y la medicalización, para así no reducir estos fenómenos a ciertas representaciones que son vistas como eventos anómalos o radicales del pasado y que, por lo tanto, han sido superados (por ejemplo, el nazismo y las expresiones clásicas del racismo de principios del siglo XX)¹²⁷. Por eso es importante ver las modalidades locales de estos fenómenos, trazando así tanto las rupturas y discontinuidades como también (y cuando aplique) las continuidades o pervivencias de ciertos discursos o prácticas. Sin embargo, lo local hay que verlo en relación con procesos de larga duración cuyas rupturas aparentes no son tan absolutas ni nítidas como se sospecha. Por ejemplo, llama la atención cómo en la eugenesia podemos ver, durante el siglo XIX, una trasposición burguesa de los temas de ascendencia y descendencia de la nobleza, centrándose no ya en la “sangre” sino en preceptos

¹²⁶ En este sentido, no hay que olvidar que ya en el 1910 se había formado la Oficina de Informes Eugénicos en pro de eliminar el "plasma germinal defectuoso de la población americana". También fue Estados Unidos la primera nación en la época moderna en promulgar y aplicar leyes de esterilización eugenésica (iniciándose en Indiana en el 1907 y en el 1915 se extendió a doce estados). A partir de la década de los 1910 vemos su expansión internacional en Europa (Italia, Francia, España, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Suecia), Latinoamérica (Brasil, México, Argentina y Perú) y el Caribe (Cuba). Ver Palma, “Consideraciones historiográficas”, 122-125.

¹²⁷ Vale mencionar que, entre las dinámicas biopolíticas, tanto en el Caribe como Latinoamérica, estuvo también el genocidio como una opción (explícitamente eugenésica o no) para promover ciertas ideologías racialistas e higienistas. Igualmente, la expropiación de grupos nativos de sus terrenos y los modos que se buscó “modernizar” a través de técnicas de control y represión no deben subestimarse como estrategias que no solo fueron pensadas sino también practicadas. No obstante, en el contexto de esta disertación, nos hemos limitado más a las dinámicas asociadas a la eugenesia y el higienismo, cuyas intenciones genocidas y totalitarias eran más sutiles o se rearticulaban de otra forma, como ha argüido Armando García en torno al caso de la eugenesia en Cuba. Ya este asunto lo veremos brevemente en el próximo capítulo. Ver Armando García González, "El desarrollo de la eugenesia en Cuba" *Asclepio* III, nº (2) (1999): 85-100, 97.

biológicos, médicos y eugenésicos (en vez que los clásicos argumentos sobre la genealogía de la nobleza se trataban ahora de argumentos biológicos sobre la herencia)¹²⁸.

Dicho esto, se hace necesario aclarar que la eugenesia era una de las vías —junto al higienismo, las teorías psiquiátricas de degeneración y de la medicina tropical— que articulaban un nuevo tipo de racismo y control social. Pensar las dinámicas del racismo, como también otros reduccionismos y prejuicios (como el sexismo y el clasismo), a través del proceso de medicalización nos permite comprender cómo ciertos tipos de controles sociales y métodos de exclusión pueden pervivir siempre y cuando se acomoden o correspondan con ciertos valores y modos de problematizar la realidad. Consecuentemente con esto, la epistemóloga Sandra Caponi acierta cuando apunta a la necesidad de pensar los modos distintos en que operan las estrategias biopolíticas más allá del clásico problema del racismo, en particular los nuevos discursos y saberes inscritos en el eje normal-patológico, los cuales a su vez confunden lo saludable con ciertos ideales sociales y selectivos de normalidad y de seguridad. Ya esto lo había entrevisto parcialmente Canguilhem¹²⁹, autor que es utilizado por Caponi para así analizar cómo los mecanismos biopolíticos actuales operan a través de las clasificaciones psiquiátricas y las políticas sanitarias que buscan patologizar aquellas conductas que no encajen con los ideales neoliberales o sean considerados indeseables

¹²⁸ Este señalamiento fue aportado por Foucault mientras hacia una de sus primeras formulaciones de la biopolítica. Sorprende que pocos especialistas de Foucault aludan a la eugenesia como parte de los dispositivos de la sexualidad, en particular cuando el filósofo francés señaló cómo los conceptos de “ascendencia y descendencia de la nobleza” reaparecen en la burguesía, pero a través de “preceptos biológicos, médicos y eugenésicos”. En ese sentido, el cuidado del “cuerpo sexual” implicaba cuidarse de esas herencias no visibles que traían las enfermedades transmitidas sexualmente, las cuales incluían no solo infecciones fisiológicas sino mentales (neurastenias e histerias) y los matrimonios no eran ya solo asuntos de linaje económico y político sino de preservación biológica. Y vemos aquí también la conformación de un racismo muy particular, más dinámico que el compartido por la nobleza, y que se fue conformando a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Ver Foucault, *Historia de*, 151-52.

¹²⁹ Caponi remite aquí a la problematización que hizo Georges Canguilhem cuando advirtió, desde mediados del siglo XX, de los problemas epistemológicos que existen cuando cierto ideal de salubridad confunde e imbrica los lenguajes de la estadística, la fisiología y la patología para establecer una sinonimia entre la anomalía fisiológica, la anormalidad y la enfermedad. Caponi se hace eco de Canguilhem al recordar los peligros de confundir lo sano con lo normal (entiéndase, aquello que siga las normas) y con lo seguro (que garantiza la preservación del orden establecido), dado a que pierde de perspectiva que las anomalías y las propias enfermedades son propiamente normativas y constituyentes de los seres vivos. Ver Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* (México: Siglo XXI, 1978): 149.

(para determinados grupos en poder). De esa forma, lo que supone ser médicamente sano se confunde con “lo normal” y “lo seguro” bajo un ideal de salubridad que tiene poco de científico o médico. Aunque estos métodos de patologización y normalización no sean idénticos a los de la eugenesia o del racismo, sí podemos notar que confluyen entre sí, a través de la medicalización, como mecanismos biopolíticos.

Canguilhem ya había señalado los problemas que comportaba la definición idealizada de la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), centrada en una concepción poco científica de “bienestar”¹³⁰, que reflejaba no solo la ampliación del control administrativo de la salud, sino que confundía lo que suponían ser fenómenos biológicos con exigencias sociales, políticas y económicas. El problema no es que exista un pensamiento biológico, o uno médico e higiénico, en torno a lo social. El problema es el determinismo biológico, el cual, al trascender los límites de los conocimientos biológicos se torna reduccionista y lleva a correlaciones y confusiones epistemológicamente cuestionables¹³¹. Así, como se apuntó a las tensiones y contradicciones del movimiento eugenésico, los discursos sanitarios del siglo XX confunden lo enfermo con situaciones, conductas o contextos que no son de suyo patológicos sino “problemáticos” para ciertos grupos e intereses. Desde este discurso de “salubridad”, el “individuo anormal” se define como un “individuo enfermo”, en tanto y en cuanto es un “desviado” / “disidente” que no cumple con su debida “naturaleza” y no distribuye bien su “economía” (tanto la biológica como la

¹³⁰ Como bien señala Canguilhem: “La amplificación histórica del espacio en que se ejerce el control administrativo de la salud de los individuos desembocó, hoy, en la Organización mundial de la salud que no podía delimitar su ámbito de intervención sin publicar ella misma su propia definición de salud. Aquí le tenemos: ‘La salud es un estado de completo bienestar físico, moral y social, que no consiste solamente en la ausencia de invalidez o de enfermedad’”. Ver Georges Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004): 59.

¹³¹ Caponi, haciendo eco de Canguilhem, advierte sobre los peligros de reducir el dominio de la ética y del actuar político al registro del campo de lo biológico (o de los biologicismos), sustituyendo así el diálogo argumentativo por la urgente inmediatez de las necesidades, de la patologización y la medicalización. Ver Sandra Caponi. “Biopolítica y gestión de los sufrimientos”, en María Luisa Bacarlett Pérez & Gustavo Caponi *Pensar la vida. Filosofía, naturaleza y evolución* (Toluca, México: UAEM, 2015): 125-51, 139.

financiera e incluso psicológica), la cual está en “desequilibrio” (o en “pérdida”) y “desequilibra” el “medio” (la sociedad a su alrededor). Estos saberes y discursos promueven un ideal de la salubridad que no se acerca al padecimiento de los individuos para curarlos, sino para evitar que tales padecimientos causen un malestar o interrumpan los modos de producción impuestos en el espacio público y/o en las instituciones¹³² (y la aplicación del *DSM* pareciera ser un ejemplo de ello¹³³).

A través de un discurso que busca garantizar un estado indefinido y casi angelical de “bienestar”, en donde salud y estatuto económico van de la mano, nos encontramos ante una coyuntura en la cual cualquier conducta, acto o pensamiento indeseable puede ser minusvalorado como una enfermedad peligrosa¹³⁴. Dicha medicalización/psicopatologización puede obviar o negar que muchos de los padecimientos no emergen exclusivamente de un desajuste o perturbación biológica, sino que remiten a problemas históricos, sociales y políticos. Igualmente, los problemas que reflejan la existencia de prejuicios y desigualdades sociales pueden quedar eclipsados o traducidos a problemas conductuales de “adaptación” (en detrimento de las víctimas o agredidos, convertidos ahora en enfermos mentales). Muchos de los nuevos “remedios” que se han impuesto en las últimas décadas, en particular a través de la psiquiatría y la psicología, lucran más a grupos

¹³² En otras palabras, dentro de estos parámetros salubristas, el “individuo sano” fuese aquel que demuestre (o al menos simule lo suficientemente bien) un bienestar físico y obedezca las normas sociales, y el individuo enfermo el que discurre sobre su vivencia y perturba el “orden silencioso del organismo social”. Ver Georges Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004): 61-2.

¹³³ Para Caponi, un ejemplo contemporáneo e inquietante de este problema se encuentra en los usos hegemónicos, tanto en la psicología como en la psiquiatría, del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), que reflejan una estrategia biopolítica y económica que busca identificar cada pequeña anomalía, angustia cotidiana o leve desviación de la conducta, para insertarla dentro del campo de la psicopatología. Dicha estrategia garantiza la casi indefinida ampliación de la psicopatología en la vida cotidiana. Ver Caponi, “Biopolítica y gestión de los sufrimientos”, 127, 144.

¹³⁴ Por esa razón, Caponi insiste en que es preciso negarse a aceptar “cualquier tentativa de caracterizar a los infortunios como patologías que deben ser médicamente asistidas, así como es preciso negarse a admitir un concepto de salud fundado en una asociación con todo aquello que consideramos como moral o existencialmente valorable”. Sandra Caponi. “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos* IV (2) (1997): 287-307, 299-300.

selectos, y se amparan en la ya aludida figura individualista del *homo economicus*, del empresario de sí mismo, la cual patologiza a todos aquellos sujetos que sean definidos como “dependientes” (percibidos como vagos o deprimidos) o no suficiente competitivos por no alcanzar su rendimiento óptimo. El “sujeto enfermo” construido por la medicalización — y que conforma parte de las estrategias biopolíticas aludidas por Foucault—, coincide también hoy en día con la imagen del sujeto neoliberal y “empresario de sí-mismo¹³⁵”, impulsado a través de imperativos respecto a la productibilidad y la optimización. Esta situación ha llevado a una “medicalización de la vida” que (psico) patologiza cada vez más cada registro de los “modos de vivir” que no se adapte mecánicamente a —o “encaje” con— una imagen idealizada, sesgada y reduccionista de lo que llamamos la condición humana. Asimismo, Sandro Chignola apunta a un proyecto biomédico contemporáneo de “gubernamentalidad de la vida”, que une los “nuevos poderes pastorales” de los “expertos de la salud” con la “responsabilidad individual de los sujetos” (propio de la razón neoliberal), cuyo enfoque en la prevención, el potenciamiento y la optimización, que no está realmente accesible a otros, conlleva una lógica de exclusión (a un “dejar morir”)¹³⁶.

II. Metodología

Ya hechas las aclaraciones en torno a las herramientas/conceptos analíticos, vamos ahora a discutir como hemos planificado utilizar estas herramientas/conceptos. Antes que continuemos es lícito hacer algunas aclaraciones metodológicas. No es posible delimitar tal cosa como un Método foucaultiano o un conjunto de pasos y procesos exactos que pudiesen cualificar como “foucaultianos”. Ese no era el propósito de los análisis y reflexiones de Foucault, en particular

¹³⁵ Ver Estrada Mesa. “La medicina”, 351.

¹³⁶ En este sentido, vemos un giro en como el monopolio de los médicos sobre la salud ha sido compensado por la conformación de diversas figuras y profesiones (consejeros, expertos en tests, dietistas, etc.) que corresponden a procesos de mercantilización (y de *marketing*) que integran y justifican lo privado, el individualismo y la empresa como oportunidades de ganancia (y vale añadir, como “terapéuticos”). Ver Sandro Chignola, “Vida, trabajo, lenguaje. Biopolítica y capitalismo”, *Revista Barda* II, nº2 (2016): 200-221, 206-7.

cuando el filósofo francés dejó claro que su interés era que sus teorías fueran utilizadas como una “caja de herramientas”, y que su uso, al igual que sus objetos de estudio, no estaban prefijados: “Que se trata de construir no un sistema sino un instrumento: una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se establecen alrededor de ellas. Que esta búsqueda no puede hacerse más que gradualmente, a partir de una reflexión (necesariamente histórica en algunas de sus dimensiones) sobre situaciones dadas”¹³⁷.

Dicha postura nos parece oportuna y permite muchas aperturas que permitan establecer diálogos más allá de las encerronas disciplinarias del trabajo académico. Esto implica que no hay ninguna razón ni ganancia de no integrar a las observaciones e “instrumentos” foucaultianos (si nos permitimos llamarlos así) perspectivas y metodologías de otros modelos, teorías o disciplinas¹³⁸. Esta postura se enfoca, si nos permitimos la simplificación, más en los usos y funciones del lenguaje, en los modos de significación y en cómo es que ciertos saberes o prácticas son validados, legitimados o privilegiados por encima a otros. No obstante, esta postura no es única

¹³⁷ Michel Foucault, “Poder y estrategias”, en Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (eds.), *Michel Foucault: Microfísica del poder* (Ediciones Piqueta: Madrid, 1979): 163-74, 173.

¹³⁸ A su vez, Foucault evidentemente no ha sido el único pensador que ha evitado el “Metodologismo” característico del discurso científico o que se resiste a que su pensamiento se reduzca a un conjunto dogmático de técnicas de uso (desde Friedrich Nietzsche y Walter Benjamin hasta Paul Feyerabend y Giorgio Agamben). Se trata de una postura epistemológica que se opone al metodologismo, el biologicismo, el naturalismo y el objetivismo del discurso científico (y con confundamos el discurso científico con lo que efectivamente hacen muchos científicos responsables). Esta postura es parte de una tradición muy heterogénea y heterodoxa que existe desde al menos la segunda mitad del siglo XX, con diversas posturas y propuestas (desde el construccionismo social, el constructivismo y un conrainductivismo anárquico hasta los conocimientos situados y la nueva sociología del conocimiento). Dichas críticas forman parte también de una amplia historiografía y revisión disciplinaria por parte de no solo historiadores sino de físicos, biólogos, sociólogos, antropólogos culturales y psicólogos que han cuestionado la supuesta objetividad ingenua (o “objetivismo”) de los saberes aliados al campo de las ciencias naturales. A esta postura científica le han dado múltiples nombres diferentes, como por ejemplo “paradigma mecanicista”, “empirismo vulgar”, “saberes paternalistas”, “inductivismo ingenuo” o simplemente “fundamentalismo científicista”. Ver Peter L. Berger y Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality* (New York: Random House, 1966); Thomas Kuhn, “The Function of Dogma in Scientific Research”. En Crombie (ed.), *Scientific Change* (London: Heinemann, 1963): 347-69; Paul Feyerabend, *Against Method* (London: NLB, 1975); Alain F. Chalmers, *What is this thing called Science?* (St. Lucia: University Queens Press, 1976); Bruno Latour y Steve Woolgar, *Laboratory Life. The Constuction of Scientific Facts* (New Jersey: Princeton University Press, 1979); Josep Vicent Marqués, *No es natural: Para una sociología de la vida cotidiana* (Barcelona: Anagrama, 1982); Donna Haraway, *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature* (New York: Routledge, 1991); Esther Díaz, “Conocimiento, ciencia y epistemología”, en E. Díaz (ed.) *Metodología de las Ciencias Sociales* (Buenos Aires: Biblos, 1995): 13-26; Ernst von Glasersfeld, “Farewell to Objectivity”, *Systems Research XIII*, n°3 (1996): 279-286.

y forma parte de un conjunto heterogéneo de teorías y perspectivas que reconocen que la “lingüística” y la “historicidad” son aspectos inherentes de eso que llamamos “el mundo”, “la experiencia” o “la realidad social”¹³⁹. Este tipo de acercamiento metodológico (si nos permitimos llamarlo así) lo comparten diferentes autores y teorías, además de Foucault y Canguilhem, desde la filosofía del lenguaje de Wittgenstein y la teoría de los paradigmas en Kuhn hasta las interpretaciones de Hayden White en torno a los tropos literarios presentes en las interpretaciones históricas, la hermenéutica y fenomenología de Paul Ricoeur y, entre otros, la historia conceptual crítica de Reinhart Koselleck. Para nuestros fines, nuestro acercamiento, si nos permitimos simplificarlo, busca integrar elementos metodológicos de la historia intelectual y epistemológica, para así llevar a cabo un análisis de discurso que se concentre y contextualice (a nivel histórico, social y cultural) “lo dicho” por el campo médico.

Si retomamos la analogía que trazamos con Foucault en torno a la “caja de herramientas”, lo que hemos hecho hasta el momento es ir nombrando los “instrumentos” de nuestra “caja” (que es nuestro marco teórico), lo que en la introducción llamamos los “conceptos” o “instrumentos analíticos”. En este aspecto, los conceptos como biopolítica y racialismo son herramientas analíticas creadas por los historiadores, sociólogos y filósofos para facilitar organizar, identificar y pensar unos fenómenos concretos. El marco teórico supone decirnos lo que son las herramientas y cómo se relacionan (o pueden relacionarse), mientras que la metodología nos permite ver cómo ese conjunto de herramientas/instrumentos/conceptos analíticos puede ser utilizado (y de qué modo) para un trabajo particular. Para entender bien la metodología tenemos que también definir cómo van a ser usados dichos instrumentos y con qué objetivos concretos. Por lo tanto, lo que proponemos en esta sección es discutir tanto el aspecto operacional de nuestra metodología (qué

¹³⁹ Javier Fernández Sebastián y Juan Francisco Fuentes, “A manera de introducción. Historia, lenguaje y política”, *Ayer* LIII, n°1 (2004): 11-26, 12.

vamos a hacer y cómo vamos a hacerlo) como justificar y explicar su lógica.

A. Preguntas y objetivos metodológicos

Retomemos nuevamente la pregunta principal de investigación y el argumento que buscamos constatar: 1) ¿cuáles fueron los discursos y prácticas, articulados por el campo médico en Puerto Rico, desde finales del siglo XIX hasta mediados del XX, respecto a “lo sano” y “lo enfermo”, y cómo tales reflejaban juicios respecto a las habilidades/capacidades de gobierno de los puertorriqueños?; 2) el argumento principal es que en Puerto Rico se articuló un discurso médico, desde finales del siglo XIX, que representó “lo puertorriqueño” como algo inherentemente enfermizo, desordenado y falto de voluntad (o “dependiente”) que requería ser controlado y corregido para así sanarlo, salvarlo o completarlo. A partir de lo que hemos discutido hasta el momento, tanto la pregunta como el argumento principal a demostrar van a tono principalmente con las críticas que hemos mencionado en torno a la crítica a la medicalización y los modos que el campo de la medicina “problematizó” ciertas conductas o formas de vivir. Sin embargo, para poder constatar que existió tal cosa como un “discurso médico” que buscó (re)presentar lo puertorriqueño como inherentemente enfermizo, desordenado y falto de voluntad, tenemos que también contestar otras preguntas:

1. ¿Cómo definen los médicos lo que es salud (o saludable) y lo que enferma (o enfermizo)?
Aquí también tomamos otros términos, significaciones y procesos asociados a estos conceptos, como son: lo que es sano, lo que es sanitario, lo limpio, lo saludable, lo higiénico, lo insano, lo enfermizo, lo infeccioso, lo que intoxica, lo degenerado, lo disgénico, los trastornos y, entre otros los desórdenes.
2. ¿Qué cosas, aspectos, condiciones o conductas son las que los médicos y las autoridades sanitarias “problematizan” cómo “problemas médicos” (o que podían ser resueltos por

medios médicos, higiénicos o sanitarios)? Obviamente esto va de la mano con también analizar cómo son “problematizadas” dichas instancias y qué remedios proponían los médicos o autoridades sanitarias. Para esto, es necesario identificar cuáles eran los “problemas” que fueron identificados como los más necesarios, urgentes o relevantes a resolver médica o sanitariamente.

3. ¿Cómo definen los médicos sus roles y saberes? Entiéndase aquí, que lo que interesa es ver cómo los médicos definían sus funciones y roles ante la sociedad puertorriqueña. Igualmente, cómo definían y validaban sus saberes ante dicha sociedad. A su vez, para poder abarcar esta pregunta es preciso ver como dichos roles encajaban con los roles adjudicados por el Estado y las instituciones sanitarias o autoridades afines. Estos nos permiten ver, aunque sea de forma somera, los procesos de subjetivación y gubernamentalidad en y de los médicos.
4. ¿Cómo son descritos, por parte del campo médico, los puertorriqueños (saludables o enfermos), en particular los pobres, las mujeres y los negros? Como veremos en el próximo capítulo, hay tres figuras que han tendido a ser objeto de “medicalización”, tanto en Europa y Estados Unidos como Latinoamérica: los pobres (en particular los campesinos y/o grupos obreros), las mujeres (en particular lo que concierne su sexualidad, embarazo y rol en la crianza de los niños) y aquellos grupos que tienden a ser racializados como inferiores o “problemáticos” (que en el caso de Puerto Rico tienden a ser el grupo de denominamos como “negros”, junto a sus distintas variantes asociados al mestizaje y la “negritud”, como el “mulato”, el “moreno”, el “trigeño”, etc.). Aquí podemos ir identificando, en donde aplique, la presencia de racialismo, patologización y estrategias eugenésicas.

Aunque el objetivo es identificar cierto discurso médico, no es posible hacer esto

adecuadamente sino se contextualiza dicho discurso en relación con los saberes, prácticas e instituciones que existían durante el periodo de interés (1880-1948). Por esa razón nuestra metodología se enfoca en lo discursivo, lo epistemológico y el contexto social e institucional a partir de una selección de fuentes primarias asociadas mayormente al campo médico. En otras palabras, se trata de una historia sociocultural que integra acercamientos asociados a la historia intelectual (en particular la historia epistemológica) y que toma como punto de partida la conceptualización foucaultiana en torno a la biopolítica y la gubernamentalidad. El objetivo es identificar y analizar los discursos (y en ese sentido, hacemos un “análisis de discurso”) producidos por un grupo particular, en este caso el campo médico en Puerto Rico, en torno a lo sano, lo que enferma y su relación con los puertorriqueños. No es una historia de todas las prácticas médicas, y en ese sentido nos centramos, para así delimitar y establecer coordenadas epistemológicas y discursivas, en aquellas teorías y prácticas que encajen con la acepción foucaultiana de biopolítica como son la natalidad, la eugenesia, la higiene, las campañas de salud principales, etc.

Para facilitar la organización y división del análisis podemos decir que nos centramos en dos aspectos: lo institucional y lo “dicho”. Con “lo institucional” nos referimos a que vamos a discutir las institucionales principales que existían en los periodos estipulados, proveyendo así una cronología de los espacios, lugares, servicios y actividades asociados al campo médico y sanitario. Con esto como punto de partida, tenemos una idea en torno a qué era lo que supuestamente había y qué se estaba haciendo, mientras que en las otras secciones analizamos más las implicaciones, significación y relación de dichos servicios, prácticas y temas a nivel discursivo. Evidentemente no vamos a analizar “todo lo dicho” por el campo médico. Para analizar “lo dicho” o lo discursivo, lo cual va de la mano con lo epistemológico, tenemos tres ejes de análisis que nos permiten discutir cómo los médicos representan, narran y discuten: a) su saber, roles y autoridad; b) lo que es lo

saludable y lo que enferma; c) las figuras principales y “modos de vivir” a tratar, regular y corregir (que vamos a llamar “figuras biopolíticas”).

Todos los capítulos van a empezar primero con una descripción del contexto institucional. La razón de ello es que para entender los aspectos epistemológicos y discursivos tenemos que mínimamente contextualizar dichos saberes, narrativas y prácticas a partir de los aspectos institucionales, que van desde los hospitales, los centros, los departamentos y los servicios médicos y sanitarios existentes hasta las campañas sanitarias y otras actividades medicas o sanitarias relevantes. A su vez, se requiere conocer el panorama epidemiológico, el cual es registrado e informado a través dichos espacios institucionales (en su mayoría gubernamentales). No se puede analizar un discurso médico y científico sino tomamos en consideración la producción intelectual existente a nivel médico y científico, centrándonos en aquellos temas que eran representados como los más relevantes o urgentes. A falta de un mejor término, utilizamos “producción intelectual” para referirnos a las publicaciones que hace un campo de conocimiento particular, lo cual les permite tener visibilidad y con ello autoridad y/o prominencia. El vehículo por excelencia, en particular desde el siglo XIX, han sido las llamadas revistas o *journals* científicos, los cuales siguen siendo visto, a nivel discursivo, como “indicadores” del supuesto Progreso de la Ciencia, y como el espacio que le da validez y veracidad a ciertos modelos, terapéuticas y estrategias médicas o sanitarias¹⁴⁰.

¹⁴⁰ En la actualidad se sigue presumiendo que las revistas científicas de carácter investigativo contribuyen o son un reflejo del “progreso de la ciencia”. Como señala al respecto Mónica Mihaela Marta, no solo contribuyen al progreso científico, sino que además proveen beneficios individuales a los autores, dándoles mayor autoridad y prestigio. Este prestigio a su vez afecta los fondos que puede adquirir dicho individuo para sus investigaciones. Hoy día la inversión de fondos dado a instituciones y universidades depende de esa llamada “producción intelectual”, la cual supone guiar ciertas tendencias de investigación e influir, de un modo u otro, en futuras legislaciones gubernamentales, en el desarrollo de estrategias y tecnologías diversas. A su vez, al trazar las publicaciones científicas puede verse la conformación de ciertos programas investigativos y paradigmas, o mejor dicho la “prominencia” que puede tener cierta escuela de pensamiento o enfoque. Sin embargo, como ya había señalado el sociólogo Bruno Latour, la prominencia de cierta teoría, escuela de pensamiento o modelo está determinada por factores sociológicos y no científicos, entre los cuales estaba cuán exitosa había sido un determinado modelo o teoría en ser publicado y comprendido. Ver Monica Mihaela Marta, “Brief history of the evolution of the medical research article”, *Clujul*

En otras palabras, dado que el enfoque es analizar los discursos médicos producidos a partir del campo médico, las fuentes elegidas para análisis son los textos escritos por médicos, en particular aquellos textos publicados a través de medios científicos (como los boletines y revistas científicas) y oficiales. Estas fuentes van a ser complementadas con otros informes o fuentes primarias similares (informes del Gobernador, informes de higiene, estadísticas epidemiológicas). Evidentemente no ofrecemos un análisis exhaustivo de todo el campo médico, y de todo aquello que también lo conforma e influye, sino que se trata de identificar aquel discurso o discursos asociados a nuestro problema de investigación. Es a partir del análisis de estas fuentes que tratamos de dar cuenta del discurso a través de “lo dicho” por el campo médico. Lo “dicho” tiene que ver con ese conjunto de “enunciados” que, de un modo u otro, conforman lo que llamamos un “discurso”, y mediante el cual no solo se “dice” algo sino se pretende “hacer algo”. Este modo de dar cuenta y de analizar “lo dicho” va a tono con las teorías lingüísticas que arguyen que las prácticas sociales son mediatizadas, representadas y “actuadas” a través del lenguaje (y la medicina y la ciencia son y están involucradas en prácticas sociales)¹⁴¹. Los “enunciados” no se reducen a declaraciones explícitas ni necesariamente son parte de un corpus o conjunto preestablecido de ideas, ideologías o teorías; y por esa razón un discurso no se reduce a una teoría, un modelo o una ideología, aún si algunas teorías (o ciertos elementos de estas) pueden remitirnos o estar asociados a un discurso. La noción de “discurso” que utilizamos se basa mayormente en Foucault, y se parece parcialmente a la noción de paradigma de Kuhn, con la diferencia, de que el concepto de discurso es algo más amplio, va más allá de una “visión de mundo” y no tiene que ser exclusivo a un solo

Medical Journal (Medicine and Pharmacy Reports) LXXXVIII, n°4 (2015): 567-70, 570; Jessica L. Tracy, Richard W. Robins & Samuel D. Gosling, “Tracking trends in psychological science: an empirical analysis of the history of psychology”, en *The life cycle of psychological ideas: Understanding prominence and the dynamics of intellectual change* (eds) T. C. Dalton & R. B. Evans (Eds.) (105–130). New York: Kluwer Academic/Plenum Press, 2003): 105-130, 107-198, 124.

¹⁴¹ Teun Van Dijk, “Aims of Critical Discourse Analysis”, *Japanese Discourse I* (1995): 17-27, 17-18.

campo de conocimiento (un discurso puede apelar a diferentes campos de conocimientos)¹⁴². Para poder identificar un “discurso” se requiere buscar en los textos los patrones, las tensiones, las contradicciones e incluso las omisiones curiosas que forjan un conjunto más o menos regular de dispersión de saberes y prácticas. Este tipo de análisis requiere una lectura hermenéutica y lingüística que no se quede en la descripción literal ni en la reproducción de una serie de presupuestos o teorías.

Lo útil de la perspectiva de Foucault en torno a los “discursos” es que permite repensar y contextualizar asuntos y “problematizaciones” actuales (y en la actualidad, con la pandemia del COVID-19, los discursos médicos tienen una relevancia social, política, económica y cultural sin precedentes). Varios autores coinciden en apuntar que la propuesta historiográfica de Foucault está amparada en la idea de una “historia pensada desde el presente”, que asume que “la inteligibilidad del presente es histórica¹⁴³”. Esto va de la mano con proponer estudiar lo insignificante, lo marginal, lo que muchos pudiesen considerar objetos no históricos o que han tendido a ser naturalizados o universalizados (como la locura, la homosexualidad, la niñez, la violación, etc.), pese a que tales objetos fueron problematizados en determinados contextos históricos y a través de saberes y dispositivos específicos y locales. Aunque Foucault no delineó ni explicitó el uso de

¹⁴² Según Agamben, Foucault no coincidía con la estrategia kuhniana de trazar la historia de una ciencia a partir de tal cosa como una “ciencia normal” o los paradigmas. Foucault evita identificar los discursos con una visión de mundo o con cierta estructura cognitiva (o modo de pensar). A diferencia de un cambio paradigmático, la formación de un discurso no requiere identificar y refutar los errores de un paradigma anterior (ni confrontarlo). A su vez, una formación discursiva no es un producto que viene del “interior” de las discusiones epistemológicas (como sucede en los paradigmas) sino que es algo exterior que rige los enunciados. Por eso Foucault prefiere hablar de “régimen de verdad” y no de modelos o paradigmas científicos. Sin embargo, vale notar que Foucault no propone en ningún momento una discusión explícita contra Kuhn, y por lo general sus alusiones a la conceptualización kuhniana son indirectas y breves. Aunque la distinción que traza Agamben puede ser un poco cuestionable (en particular por el modo que simplifica a Kuhn), sí acierta con que el discurso en Foucault no se reduce a simples cambios de visiones de mundo ni con refutaciones de errores o anomalías. Ver Giorgio Agamben, *The Signature of All Things* (New York: Zone Books, 2009): 13-16.

¹⁴³ Ver Robert Castel, “Michel Foucault y la historia del presente”, *Con-Ciencia Social* XVII (2013): 93-99, 96-98; José Wilson Márquez Estada, “Foucault y la Contra-Historia”, *Revista Historia & Memoria* VIII (2014): 211-243, 225-227; Estrada Mesa. “La medicina”, 333.

un “Método”, eso no implica que él ignorase los rigores del manejo de fuentes primarias, archivísticas o estudios empíricos. Su uso y valoración de los documentos es distinta al del clásico oficio del historiador, dado que analiza los documentos como artefactos cuya construcción y ordenamiento nos dice algo sobre sus condiciones de posibilidad y sobre lo que, en un momento determinado y a través de ciertos “regímenes de verdad”, pudo decirse o no¹⁴⁴. He ahí que entra la pertinencia de la acepción foucaultiana de “discurso”, la cual iremos aclarando y operacionalizando próximamente.

B. La relevancia de un análisis crítico de discurso

Para empezar, tenemos que aclarar que el propio Foucault admitió, ya en la *Arqueología del saber*, la dificultad que había en poder definir concretamente lo que era el discurso y los enunciados. Por ende, lo que nos interesa es simplemente aclarar un poco esta dificultad y retomar aquellos aspectos que nos parezcan más útiles y relevantes como “herramienta analítica” (y no tanto como un uso fidedigno o dogmático del concepto)¹⁴⁵. El historiador Paul Veyne apunta a estas dificultades conceptuales, reconociendo ciertas irregularidades en los términos técnicos de Foucault, y por esa razón sugiere que en vez que buscar las diferencias concretas entre los que es discurso, prácticas discursivas, *episteme* y otros términos afines (como dispositivo), lo mejor es entender el objetivo de Foucault cuando buscaba dar cuenta de un “discurso”. Según Veyne cuando nos fijamos en un objeto o en algo conocido, esto no puede ser visto como algo independiente de aquello que lo enmarca y lo hace inteligible, lo cual es, a falta de una mejor palabra, el “discurso”.

¹⁴⁴ Aunque hoy día varios especialistas de Foucault arguyen que sus análisis no siguen un sistema o metodología concreta, ha habido una tendencia de “compartimentalizar” sus textos como si fuesen una evolución progresiva, sea en búsqueda de un método mejor o de expandir y perfeccionar el anterior, que apunta a “tres Foucaults” o tres estadios en su metodología: 1) el arqueológico –presente en sus primeras obras en la década de los sesenta–; 2) el genealógico –presente en sus obras de la década de los setenta centradas en el análisis del poder–; 3) el ético-filosófico –presente en los últimos años de su vida enfocados en la filosofía greco-romana antigua y la inicial patrística cristiana. Ver Márquez Estada, “Foucault y la Contra-Historia”, 215, 221,233-240 y Francois Ewald, “La inquietud de la verdad. Entrevista a Michel Foucault”, *Historias* 10 (1985): 7.

¹⁴⁵ Ver Foucault, *La arqueología*, 132.

Los discursos son singulares y tienen una formación histórica pese a que se presenten como si representasen ideas universales, generales o verdades ahistóricas. Su particularidad histórica y local es algo que rara vez es explícito, y por eso los discursos no se reducen a la enunciación explícita de alguna ideología, partidismo o teoría. La existencia de un discurso, y sus implicaciones tienden a ser implícitas, más que explícitas, es esa parte “invisible” (pero muy material) que parece regular u orientar a un conjunto de enunciados¹⁴⁶ (a diferencia, por ejemplo, de una determinada ideología, la cual puede expresarse o manifestarse de forma más o menos explícita)¹⁴⁷.

La labor de un historiador es justamente intentar de hacer explícitos dichos discursos o las formaciones discursivas y sus prácticas, y para ello tiene que interpretar lo dicho y hecho, y comprender las premisas que subyacen a dichas acciones, palabras o instituciones¹⁴⁸. El discurso no es algo que ya está dado o que existe allí afuera, como una institución o inclusive un panfleto que resume las posturas ideológicas de un candidato particular, sino que es algo que el historiador construye con la expectativa de que permite explicar la continuidad y transformación de una serie de saberes y prácticas más allá de la literalidad de lo dicho y hecho¹⁴⁹. Para ello, se requiere de un análisis hermenéutico que se centre tanto en los aspectos semánticos como epistemológicos (en oposición a una lectura literal)¹⁵⁰. Vale recordar aquí la recomendación metodológica de Veyne en

¹⁴⁶ Foucault inclusive llamó en un determinado momento al enunciado un “modo singular de existencia”, conformado de signos. Con esto Foucault señalaba también que el enunciado tiene una existencia material, debe ser algo que ha sido articulado, inscrito en signos o simplemente dicho a través de una voz. Sin embargo, el enunciado no es siempre inmediatamente visible. Según Foucault el “enunciado es a la vez no visible y no oculto”. No es oculto en el sentido de que es lo que hace que otras cosas sean visibles (digamos, no se “esconde” o “evade”, aun si no es visible). Ver Foucault, *La arqueología*, 146, 167, 182-84.

¹⁴⁷ Ver Paul Veyne, *Foucault*, 6-11, 13, 18.

¹⁴⁸ Veyne, *Foucault*, 15.

¹⁴⁹ Ahora, vale aclarar que esto no es lo mismo que hacer un análisis etnográfico y directo de las experiencias de las personas (las cuales también pueden corresponder a discursos circunstanciales que las enmarcan) y en el caso de un análisis histórico le damos un énfasis a la interpretación, siempre mediatizada también, de los textos. A su vez, leer lo “invisible” no debería significar que se emplea una técnica hermenéutica que busca “esencias escondidas” para establecer relaciones causales entre eventos ni tampoco se hace un análisis lingüístico y formal de los contenidos del texto (útil que esto sea, por sí solo no necesariamente permite contextualizar el texto a nivel discursivo). Ver Juan Carlos Contreras, “Reflexiones sobre la historia intelectual”, *Tiempo y Espacio* LXVIII, n°35 (2017): 151-62, 154.

¹⁵⁰ Como señala el historiador Julio Aróstegui “la lengua, la semiótica, la semántica de un texto puede aportarnos

torno a la utilidad de adoptar una postura parcialmente nominalista para así empezar con lo dicho y hecho por ciertas personas, grupos e instituciones concretas¹⁵¹. A nivel metodológico esto significa que en vez de partir aceptando una serie de universales como “grilla de análisis” (o de inteligibilidad), se deben ver las prácticas concretas, lo cual incluye lo dicho y hecho a nivel local, para así ver su singularidad y particularidad¹⁵². Existen diversas variantes de análisis de discurso (entre las cuales está el análisis crítico de discurso), desde aquellos que se asemejan al análisis de contenido e integran metodologías cuantitativas hasta ciertos tipos de análisis lingüísticos formales¹⁵³. Todos estos métodos tienen su validez y utilidad, pero en esta disertación el estilo y aproximación más útil es la foucaultiana, complementada con una perspectiva de historia intelectual o epistemológica (que ya iremos aclarando próximamente).

Si nos permitimos simplificar, hasta cierto punto en Foucault los discursos están compuestos por enunciados y tales están regulados por ciertas “reglas” (que apuntan a los llamados “régimenes de verdad” o condiciones de veridicción) que operan como si fuesen sistemas con alguna regularidad (en plural, lo cual implica que no existe tal cosa como un patrón, estructura o discurso que lo englobe todo)¹⁵⁴. Como bien lo resume Omar Cárdenas el análisis de discurso le da una “importancia esencial al lenguaje, concibiendo al mundo social como un sistema de textos susceptibles de ser leídos” o como una “red de significados” con diversas características sociales,

contenidos ‘subyacentes’ ocultos, que la mera lectura primaria no descubre”. Ver Julio Aróstegui, *La investigación histórica: teoría y método* (Barcelona: Crítica, 1995), 368.

¹⁵¹ Veyne, *Foucault*, 18-19.

¹⁵² Veyne, *Foucault*, 17.

¹⁵³ A su vez existen otros modos de análisis lingüístico, como es dialogismo de Mikhail Bakhtin, que han sido integrados al análisis de discurso. Por ende, existen diversas variantes que integran otras teorías, sean esta de la lingüística, la semiótica, la comunicación, la psicología (en particular el psicoanálisis), las ciencias cognitivas y la filosofía. Ver ejemplos de análisis de discursos no foucaultianos en Julio Aróstegui, *La investigación histórica: teoría y método* (Barcelona: Crítica, 1995), 369-75; Vadim V. Dementyev, “Speech genred and discourse: genred study in discourse analysis paradigm”, *Russian Journal of Linguistics* XX, n°4 (2016): 103-21; Andreas Musolff, “Metaphor in discourse history”, *History of Cognitive Linguistics*, eds. Margaret E. Winters, Heli Tissari y Kathryn Allan (Berlin: De Gruyter, 2010): 70-90; y las demás variantes no foucaultianas que aparecen en Marianne Jorgensen y Louise J. Phillips, *Discourse Analysis as Theory and Method* (London: Sage, 2002).

¹⁵⁴ Jorgensen y Phillips, *Discourse Analysis*, 12-13

históricas, económicas, culturales y sistémicas. El enfoque no es en el lenguaje *per se* sino en su uso, “quien lo usa, cómo, porque y cuando”, y en lo enunciado por los discursos, entendidos a su vez no solo a nivel lingüístico sino como “prácticas histórica y espacialmente situadas que determinan la posibilidad de decir y pensar verdades que promueven y sostienen determinadas estructuras y relaciones sociales”¹⁵⁵. Entendido así, esta definición no difiere mucho de las definiciones provistas por Hayden White y tienen cierto parentesco con la *mentalité* (el estudio de las “mentalidades” según la Escuela de los Annales)¹⁵⁶.

Bien pensado, el análisis discurso no es tanto una metodología sino una perspectiva o disciplina de carácter multi y transdisciplinario¹⁵⁷ (o un conjunto heterodoxo de tradiciones). Lo que tiende a guiar este tipo de análisis, al menos en su acepción foucaultiana, es un interés por las relaciones de saber-poder y no una simple reproducción de verdades o hechos. En ocasiones algunos autores, como Teun Van Dijk, han llamado “análisis crítico del discurso” a una modalidad del análisis discursivo que se centra específicamente en “el modo que el poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político”¹⁵⁸. Esta modalidad es muy similar a la foucaultiana en tanto y en

¹⁵⁵ Medina Cárdenas, “El gobierno”, 4.

¹⁵⁶ White consideraba el discurso una forma de composición verbal, una empresa mediática y el género mediante el cual se encuentra cierta fuerza de expresión (y que en este caso está enlazado a los tropos y como un modo para estudiar la “consciencia humana”). El discurso es aquello mediante el cual se constituye el “suelo” que decide qué va a contar como “dato” (o verdad) dentro de los parámetros delimitados y cuál fuese el modo de comprensión más apto. Aquí podemos ver ciertos paralelos parciales con la noción de *mentalité* de la escuela francesa de los *Annales* y con el psicoanálisis, en tanto y en cuanto supone que “lo dicho” puede ser analizado más allá de su literalidad y como si existiesen una suerte de estructuras y mecanismos que filtran lo que es “decible” o no. Ver Hayden White, *Tropics of Discourse* (London: John Hopkins University Press, 1978), 2-4; Roger Chartier, “Intellectual History or Sociocultural History?”, En *Histories: French Constructions of the Past*, eds. Jacques Revel & Lynn Hunt (New York Press: New York, 1995): 287-98, 287.

¹⁵⁷ Así lo considera Teun Van Dijk y en un tono similar, Cárdenas. En el caso de Cárdenas parece nutrirse de la tradición de análisis de discurso crítico asociado a distintas “teorías críticas” (las llamadas *critical theory*), entre ellas la *Critical Psychology* de Ian Parker y las apropiaciones hechas por el construccionismo social. Este tipo de tradición heterogénea coincide con la perspectiva de Teun Van Dijk. Ver Van Dijk, “Análisis del”, 76; Cárdenas, “El gobierno”, 4.

¹⁵⁸ Van Dijk, “El análisis crítico”, 23.

cuanto se nutre de varios marcos teóricos y presume, entre otras cosas, que las relaciones de poder son discursivas, que el discurso es histórico y que el enlace entre un texto y la sociedad está mediado¹⁵⁹. Visto de esa manera, el análisis crítico de discurso es útil para identificar prejuicios subyacentes e ideologías (como el racismo y el sexismo), casi como si fuesen “modelos mentales” (o ciertos modos de pensar sociocognitivos)¹⁶⁰.

Sin embargo, para nuestros fines evitamos asumir que los discursos son un reflejo de “modelos mentales”, “personalidades” o “estilos de pensamiento”, dado a que se presta a muchos equívocos (y psicologismos problemáticos). Los discursos nos remiten, al menos en Foucault, a ciertas “racionalizaciones” y modos de “problematizar”, que suponen (o pretenden) tener alguna suerte de lógica o razón, pero esto no necesariamente refleja una “mentalidad” o el modo que piensa “la gente” (aún si esa fuese su pretensión). Compartimos con el análisis crítico de discurso, según lo entiende Van Dijk, su enfoque en analizar los discursos de las elites, para así ver como ciertos modos de control y dominancia son actuados y representados a través del habla y los textos; a la vez que busca identificar las posibles ideologías que se encuentran presentes en dichos discursos o estrategias que, mediante el lenguaje, ejercen una relación de desigualdad social¹⁶¹. No obstante, discrepamos de su visión que reduce las relación de poder exclusivamente a relaciones opresivas o de manipulación, dado que esto pierde de perspectiva la complejidad de los modos de subjetivación y presume que “lo dicho” es un reflejo de “lo hecho”¹⁶².

¹⁵⁹ Van Dijk, “El análisis crítico”, 24-25.

¹⁶⁰ Teun Van Dijk, “Análisis del discurso”, 67, 69.

¹⁶¹ Van Dijk, “Aims of”, 18-21.

¹⁶² Sin embargo, es preciso hacer aquí algunas aclaraciones y salvedades breves que nos son útiles a nivel de metodológico y de análisis. Aunque el análisis de discurso se interesa en ver cómo es que se ejercen ciertas relaciones de poder, esto no significa que la simple existencia de un discurso supone que ha habido efectivamente una manipulación o control hegemónico de una determinada situación. En ese sentido, no seguimos la noción de poder de Van Dijk que reduce el poder a la desigualdad y al abuso, pese a que estos son dimensiones y expresiones indudables de las relaciones del saber-poder. Nos guste o no, estas relaciones de poder también abren posibilidades y transformaciones que no son fáciles de discernir ni de ubicar axiológicamente en “buenas” o “malas”, “justas o “injustas”. A su vez, la simple presencia de un discurso no confirma tampoco que “lo dicho” sucede tal cual como es expresado. Nuevamente, recordemos que “lo dicho” no es un calco de eso que llamamos realidad, aun si la enmarca e

En términos operacionales y metodológicos un análisis de discurso no se reduce a un análisis de contenido, ni se puede presumir que analizar un solo texto basta para identificar una formación discursiva. Tampoco se puede asumir que un texto es un reflejo de los pensamientos o experiencias de un autor ni un reflejo de lo que sucedió¹⁶³. Sin embargo, debe haber algo que una esa serie de enunciados, conocimientos y prácticas, porque de lo contrario el discurso no puede operar (ni pretender hacer algo), aún si este “algo” no es explícito ni rotulado de tal forma (lo cual implica que ciertas personas pueden participar de un mismo discurso sin saberlo). Cuando nos fijamos en lo “hablado” (en el texto) debemos fijarnos en cómo lo expresado busca representar y reproducir cierto tipo de relaciones. Por ejemplo, podemos identificar como a través de lo expresado se busca crear polarizaciones (por ejemplo, identitarias y normativas, destacando, por ejemplo “lo Nuestro” en oposición a “los Otros”)¹⁶⁴. Es preciso también identificar los “actores sociales” que “hablan” (los “hablantes/actantes” dentro de un discurso), y su pertenencia a un grupo o profesión. Esto es importante hacerlo porque no todas las personas tienen la misma visibilidad ni autoridad para “hablar” en o a través de un discurso (pese a que el discurso atravesase y esté presente para todas las personas), y por eso hay que entender el contexto de lo hablado y los roles adjudicados por estos “hablantes” (que inclusive suponen hablar o representar a otros, como es el caso de los médicos cuando hablan de la salud como algo exclusivamente médico). Esto requiere también tomar en consideración los aspectos léxicos y los recursos o dispositivos retóricos utilizados. A su vez, un discurso no existe solo porque un grupo de personas hacen determinados enunciados, y

influye. Por esa razón, como veremos más adelante, no basta con trazar los discursos, y se deben tomar en consideración los aspectos epistemológicos, sociales e institucionales. Aun haciendo esto, lo más que podemos hacer es identificar ese o aquel discurso y sus posibles correspondencias, conexiones e implicaciones con las prácticas sociales. Nos faltaría aún analizar la apropiación de ese discurso por otros medios y personas (no médicas ni gubernamentales), y ver como tal se manifiesta en la experiencia diaria. Y para esto se requieren otras fuentes (adicionales a las del campo médico) y otras metodologías (etnografía, historias orales, etc.). Ver Van Dijk, “El análisis crítico”, 24.

¹⁶³ Andersen, *Discursive analytical*, 9.

¹⁶⁴ Teun Van Dijk, “Análisis del discurso”, 80-1; Van Dijk, “El análisis crítico”, 28.

por eso es pertinente ver, a nivel macro, las instituciones y los grupos que los utilizan, las cuales son también parte de una estructura social y cultural¹⁶⁵.

Existen diversos mecanismos discursivos (si nos permitimos llamarlo así) que hacen uso de recursos retóricos para así (re) presentar sus enunciados como si fuesen verdaderos o “fácticos” (en particular, cuando se trata de discursos que buscan presentarse como científicos y/o médicos)¹⁶⁶. Esto va a tono con la perspectiva de White, que insistía en la relevancia de elementos literarios y ficticios que permitían “pintar” una determinada imagen aún en aquellas interpretaciones y narraciones que presumían ser realistas y objetivas (y no debemos olvidar que el “realismo” es su vez también un estilo artístico y literario)¹⁶⁷. Sin embargo, debemos tener claro que estas estrategias no son formas ahistóricas y en ese sentido, por ejemplo, la lógica de las metáforas, como bien aclara Lizcano, es una lógica social¹⁶⁸. Esto quiere decir que una metáfora no tiene un significado arquetípico y fijo, y por lo tanto para identificar e interpretar una metáfora requerimos conocer al menos su contexto social de producción.

Lizcano también señala que todos los conceptos científicos “son conceptos metafóricos¹⁶⁹” o mejor dicho “todo concepto es concepto metafórico y, por tanto, concepto social¹⁷⁰”. Las

¹⁶⁵ Van Dijk, “El análisis crítico”, 25-8.

¹⁶⁶ Ver para ejemplos a Cárdenas, “El gobierno”, 5 y a Van Dijk, “El análisis crítico”, 25-32.

¹⁶⁷ Hayden White había advertido como a los historiadores, al igual que otros profesionales y especialistas, no les gusta considerar que sus narrativas están compuestas por elementos ficticios. White insistía que lo narrado o dicho no es un calco de eventos visibles y concretos sino una recreación y representación de algo imaginado (y por lo tanto que se nutre de imágenes). Y claro, White no fue el primer en decir esto, dado que esta misma tesis podemos verla, desde otro registro, en los fenomenólogos como Merleau Ponty. Lo distintivo del caso de White, es que precisaba las estrategias prefigurativas, tropos y, entre otros dispositivos, tipologías argumentativas. Estas estrategias eran utilizadas para dar sentido a las narrativas históricas, como son, por ejemplo, el uso de narrativas románticas, de metáforas y metonimias y de argumentos organicistas para así montar una determinada narrativa e interpretación histórica. Lo importante a notar es que para White estas estrategias no son empleadas para simplemente “adornar” o para “desfigurar” la realidad, sino al contrario, es lo que permite darle sentido. Por eso es importante identificar y analizar dichas estrategias, porque son, hasta cierto punto, inevitables. Ver Lloyd S. Kramer, “Literature, Criticism, and Historical Imagination: The Literary Challenge of Hayden White and Dominick LaCapra”, en *The New Cultural History*, ed. Lynn Hunt (University of California Press: Berkely, 1989), 97-128, 101, 103, 110.

¹⁶⁸ Emmanuel Lizcano, “La metáfora como analizador social”, *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales II* (1999): 29-60, 30.

¹⁶⁹ Ver Lizcano, “La metáfora”, 30.

¹⁷⁰ Lizcano, “La metáfora”, 31.

implicaciones de esto son epistemológicamente importantes porque no solo estamos, hasta cierto punto, “desacralizando” y “profanando” el valor especial adjudicado a los conceptos científicos, sino que también estamos quitándole el estatuto especial que se le ha dado a los conceptos en oposición a los dispositivos retóricos como la metáfora. En otras palabras, no es que existan conceptos que puedan utilizarse como metáforas, sino que la génesis de los conceptos es tan social como la metáfora y cumple una función análoga (pese a que sean valorados socialmente de forma distinta). Nuestra sociedad traza una distinción entre lo que cualifica como un concepto y como una metáfora (pese a que la metáfora misma sea un concepto que estudiamos, y el concepto se nutre de analogías y recursos figurativos) y tiende a asumir que ciertos campos de conocimientos y prácticas sociales deben expresarse de un determinado modo.

Por ejemplo, se supone que el lenguaje médico es riguroso, técnico y científico, abierto a “evolucionar” con los adelantos del conocimiento biomédico; a su vez que la medicina, en tanto y en cuanto quehacer y profesión emplea términos “sub-técnicos”, en particular “en el argot del trabajo diario”¹⁷¹. Esto forma parte del “profesionalismo” asociado al rol del médico como científico y de su particular educación. Rara vez se va a reconocer el rol que tienen las metáforas, las analogías y otras estrategias retóricas, además de todas las demás influencias ideológicas, sociales y culturales, en el quehacer y lenguaje médico. He ahí que podemos ver como existe un discurso sobre la ciencia (un “discurso científico”) que asume las premisas de neutralidad y objetividad, las cuales apela no solo a los científicos sino a sus creyentes y emuladores (todos aquellos campos que buscan ser validados como científicos). Por esa razón es preciso que ese lenguaje médico lo analicemos prestando atención tanto a sus presupuestos y fundamentos epistemológicos como a sus aspectos lingüísticos y semánticos, lo cual incluye las metáforas y

¹⁷¹ José Félix Patiño Restrepo, “El lenguaje médico”, *Revista Colombiana de Cirugía* XXV (2010): 174-77, 176-77.

analogías que utiliza (o de las que se nutre). Por eso es que el análisis discursivo debe complementarse con el epistemológico (y es que, en realidad, ambos van de la mano).

Vale aclarar que en nuestra disertación no vamos a ofrecer un análisis semántico riguroso de un conjunto de textos en su totalidad, sino que vamos a destacar aquellos significantes que se repiten con frecuencia o que al menos apunten a la presencia de ciertas ideas y nociones como son la eugenesia, cuál es el rol del médico, qué es lo sano, qué es salud, qué es lo que enferma, degenera, etc. En otras palabras, el análisis semántico se centra en qué y cómo los médicos en Puerto Rico “problematizan” ciertas enfermedades, actividades y espacios; y para esto necesitamos complementar el análisis discurso con una aproximación epistemológica.

C. La relevancia del análisis epistemológico

Lo que muchos llaman discurso (incluyendo Foucault) está relacionado con los modos que un determinado campo de conocimiento, grupo y/o institución “problematiza” un determinado objeto o asunto. Hasta cierto punto una “problematización” o cierto conjunto de “problematizaciones” nos pueden permitir elucidar una formación discursiva. Para entender una “problematización” tenemos que necesariamente comprender las condiciones y estatuto epistemológico de ese grupo de teorías, técnicas y estrategias que pretenden conformar una narrativa coherente en torno a un determinado “problema”. Por esa razón un buen análisis de discurso debe tomar en consideración elementos que son propios de la historia intelectual, conceptual y epistemológica. Inclusive resulta muy difícil identificar un discurso si no contextualizamos los conceptos, ideas y producción intelectual evocada en o a través de dicho discurso.

La historia intelectual ha tenido varias definiciones, pero la mayoría comparten un enfoque en los usos del lenguaje, en el análisis de las narrativas, los discursos y las significaciones, en las condiciones epistemológicas y socioculturales que posibilitaron la producción de un conocimiento

(o conjunto de conocimientos) en particular. Se analiza el “trabajo” producido por un determinado campo, ideología o conjunto particular de teorías o prácticas, a nivel histórico evitando reducirlo a la “historia heroica” de “individuos genios” y de “grandes ideas y sin precedentes”. No solo se analiza la terminología específica empleada por los autores y grupos analizados, sino que se consideran también los tropos y recursos poéticos utilizados en la época. Similar al análisis de discurso evita partir de la existencia de verdades universales o de ideas que tienen alguna esencia teleológica o evolución natural, y se enfoca en la producción local de un saber, a la vez que la compara con otras producciones circundantes o internacionales¹⁷². La historia intelectual, similar al análisis de las *mentalité* y de los discursos, busca trascender la historia tradicional de las ideas y las interpretaciones que reducen los eventos históricos exclusivamente a aspectos socioeconómicos. También se interesa por analizar aquellos esquemas y contenidos que han sido integrados o internalizados al punto de que los procesos de significación no son reconocidos de forma explícita¹⁷³.

Sin desestimar las distintas vertientes que existen de historia intelectual, nuestro enfoque se asemeja más a la perspectiva de Canguilhem¹⁷⁴, y que en la actualidad vemos ejemplarmente aplicados en los textos de Gustavo y Sandra Caponi¹⁷⁵ (el primero enfocándose más en la

¹⁷² Ver Carlos Altamirano. “Sobre la historia intelectual”, *Políticas de la Memoria XIII* (2012-2013): 157-162, 160-161; Contreras, “Reflexiones sobre”, 153, 160-61; Chartier, “Intellectual History”, 296;

¹⁷³ Chartier, “Intellectual History”, 287.

¹⁷⁴ En Francia, algunos consideran a Gaston Bachelard y Alexander Koyré, junto a Foucault y a Canguilhem, como influencias para el desarrollo de la historia intelectual. La otra gran escuela es la inglesa, asociada a Cambridge, en donde se destacan los trabajos de Quentin Skinner y John Pocock, y sus críticas al “textualismo” y el “contextualismo social” (que privilegia los contextos sociales e ignora los contextos lingüísticos). Por ejemplo, Skinner, que se enfocó mayormente en filosofía política, prefería privilegiar lo que el texto significaba en el momento que es enunciado, lo cual requiere comprender ese universo de significados que enmarca el sentido del autor analizado (evitando así también el “presentismo” en el análisis de los conceptos). En Estados Unidos se destacaban Dominick LaCapra y Hayden White, quienes apuntaban, cada uno a su forma, como lo dicho por un autor se vale de ficciones heurísticas, elementos contrafácticos y modelos que son siempre un simple reflejo del contexto social y material del contexto. Ver J Contreras, “Reflexiones sobre”, 155-57, 160; Chartier, “Intellectual History”, 294-95.

¹⁷⁵ A través de esta disertación haremos uso de las investigaciones de ambos autores, en particular cuando se trata de trazar ciertos patrones epistemológicos y datos históricos en torno al campo de la medicina tropical, las teorías evolucionistas, la eugenesia, las teorías de aclimatación y las teorías psiquiátricas de la degeneración. Entre los textos

epistemología de la biología, la fisiología y el evolucionismo, y la segunda en la epistemología de la psiquiatría y otras áreas de la medicina). En realidad, este tipo de historia intelectual también ha sido llamada “historia epistemológica” (por ejemplo, por Canguilhem¹⁷⁶) o “Epistemología Histórica”, y se acomoda mejor a nuestros objetivos porque se centran mayormente en analizar la historicidad de los conocimientos científicos y médicos. Interesantemente la llamada “Epistemología Histórica” comparte los mismos “fundadores” franceses que la historia intelectual (Bachelard, Foucault y Canguilhem) y parcialmente los de la historia crítica de la medicalización (Foucault y Canguilhem)¹⁷⁷. Optamos más por el término “historia epistemológica”, porque nos parece menos equivoco, y por la conceptualización francesa de epistemología, la cual ha sido rearticulada y actualizada en las últimas décadas por varios autores latinoamericanos, estadounidenses y europeos que están interesados en estudiar “las condiciones históricas bajo las cuales, y los medios con los cuales, las cosas se convierten en objetos de conocimiento”¹⁷⁸. La

más pertinentes están: Sandra Caponi, “El impacto del evolucionismo en la teoría de la degeneración: Emil Kraepelin y la biologización de los hechos sociales” en *“Yammerschuner”. Darwin y la darwinización en Europa y América Latina*, eds. Miguel Angel Puig-Samper, Francisco Orrego, Rosaura Ruiz y J. Aldredo Uribe (Madrid: Ediciones Doce Calles, 2014): 93-98, 97; Sandra Caponi, “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”, *Scientie studia* VII, n°3 (2009): 425-45; Sandra Caponi, “Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía médica”, *História Ciências, Saúde – Manguinhos* XIV, n°1 (2007): 13-38; Sandra Caponi, “Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical”, *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* 10, n°1 (2003), 113-49, Sandra Caponi, “Trópicos, microbios y vectores”, *História Ciências, Saúde – Manguinhos* IX, suplemento (2002): 111-38; Sandra Caponi, “Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada”, *Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro* XVIII, n°6 (2002): 1665-74; Gustavo Caponi, “Tipos de teorías de evolución y tipos de intervenciones eugénicas”, *Filosofia e Historia da Biología* 12, n°1 (2017): 81-98; Gustavo Caponi, “Las raíces del programa adaptacionista”, *Scientiae Studia* IX, n°4 (2011): 705-38; Gustavo Caponi, “Sobre la génesis, estructura y recepción de *El origen de las especies*”, *Scientiae Studia* 7, n°3 (2009): 403-24; Gustavo Caponi, “El viviente y su medio: antes y después de Darwin”, *Scientiae Studia* IV, n°1 (2006): 9-43.

¹⁷⁶ Juan Carlos Moreno, “Análisis de las contribuciones y de los sentidos de la epistemología histórica”, *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia* XVIII, n°37 (2018): 155-177, 158.

¹⁷⁷ La llamada “Epistemología Histórica” (*Epistemologia Historique*) tiende a ubicar a Bachelard, Foucault y Canguilhem como figuras clave, retomada después por autores a partir de la década de los ochenta y noventa del siglo XX como Ian Hacking, Lorraine Faston, Hans-Jorg Rheinberger y Jurgen Renn. Ver Marcela Becerra Batán, “La cuestión de la Epistemología Histórica como estilo epistemológico”, *Epistemología e Historia de la Ciencia* I, n°1 (2016): 35-52, 36-7; Moreno, “Análisis”, 158

¹⁷⁸ Esta definición es la utilizada por Hans-Jorg Rheinberger, la cual es similar a la de otros autores contemporáneos como Lorraine Daston. Para Daston se trata de una historia de las categorías que estructuran nuestro pensamiento y modelan nuestra concepción de la argumentación y de la prueba. Este tipo de historia toma como punto de partida la historia de las ideas y de las prácticas, la historia de las significaciones y de los valores que conforman las “economías morales de las ciencias”. Ver Moreno, “Análisis”, 165; Becerra Batán, “La cuestión”, 38.

lógica no es simplemente estudiar los argumentos que aparecen en un texto (ni se reduce a describir las teorías) sino cómo es que ciertos tipos de análisis y conceptos han sido constituidos y desarrollados históricamente, lo cual requiere analizar también las condiciones sociales y materiales que hicieron posible cierto tipo de estudio, análisis, descubrimiento o hallazgo científico¹⁷⁹. Esta postura de epistemología encaja con las críticas que hemos presentado hasta el momento dado que evita ciertos reduccionismos, universalismos y esencialismos que tienden a obviar el rol del lenguaje, la historia y la cultura en la producción y validación de los conocimientos, en particular los llamados conocimientos “científicos”¹⁸⁰.

En la actualidad, quien más se acerca a esta acepción de historia intelectual, conceptual y epistemológica es Sandra Caponi quien considera que la historia epistemológica debe integrar tanto las transformaciones del saber y los elementos sociopolíticos de una determinada época, lo cual incluye entonces no solo centrarnos en las teorías y descubrimientos científicos sino en las instituciones y situaciones sociales relevantes (no solo las condiciones socioeconómicas, sino la presencia de escasez, de guerras, de conflictos políticos y huelgas laborales, etc.)¹⁸¹. Según Caponi es pertinente ver el “suelo epistémico” por el cual podemos notar la continuidad y cruce entre saberes distintos y heterogéneos y para ello hay que ver las condiciones históricas que permitieron la construcciones de ese “suelo”, y como a partir de ahí encontramos nuevas configuraciones epistemológicas¹⁸². En ocasiones Caponi utiliza otra metáfora, la de “coordenadas

¹⁷⁹ Ver Moreno, “Análisis”, 156, 159-60, 162, 164.

¹⁸⁰ En otras palabras, nuestra acepción de epistemología no significa “teoría del conocimiento” y se opone a proponer que existen algún fundamento *a priori* que la guía la construcción y validación de los conocimientos. Igualmente se opone a que existe un método único y que hay sujetos ahistóricos que fundan o crean conocimientos u objetos de conocimientos que son dados y objetivos. En ese sentido la racionalidad (cualquier racionalidad) tiene una historia y contexto, lo cual también exige que sea una historia pensada desde el presente. Ver Becerra Batán, “La cuestión”, 36-7.

¹⁸¹ Ver Sandra Caponi, “Epistemología, historia y saber médico”, *Episteme, Porto Alegre* II, n°23 (2006): 49-71, 51-2.

¹⁸² Ver ejemplos de este tipos de analisis que aluden al “suelo epistémico”, para dos campos distintos (la medicina tropical, a partir de Patrick Manson y la psiquiatría moderna, derivada de las teorías de degeneración de Benedict Morel) en los siguientes artículos: Sandra Caponi, “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración

epistemológicas”, que resulta muy útil porque apunta a no solo conocer los argumentos y conceptos que entran en juego en un determinado modelo teórico o terapéutico, sino las condiciones discursivas e institucionales que lo posibilitan, junto a las redes que vinculan dichos modelos a otros conocimientos y discursos, tanto a nivel simultáneo como con aquellos que le precedieron y fueron, de un modo u otro, su condición epistémica de posibilidad. Esto es particularmente útil si se quiere entender porque un determinado modelo es epistemológicamente novedoso (o porque es valorado como tal) y de esa forma comprender su estatuto epistemológico¹⁸³.

Sin embargo, es preciso recalcar que no estamos haciendo una historia epistemológica ni una historia intelectual, sino que estamos utilizando estos enfoques para complementar el análisis discursivo, permitiendo así contextualizar mejor “lo dicho”. Más específicamente nos interesa identificar y contextualizar las teorías, modelos, técnicas e intervenciones utilizadas para tratar y explicar las enfermedades más relevantes según lo estimaban las autoridades sanitarias y médicas en Puerto Rico. Esto requiere también prestar atención, en los textos analizados, a los referentes utilizados, tanto científicos (por ejemplo, autores, conceptos y modelos) como retóricos (las analogías, metáforas o metonimias aludidas), y a los debates y a las circunstancias que existían (no solo en Puerto Rico sino en otros países) para así trazar las continuidades y discontinuidades dentro de esa “trama” epistemológica. Este enfoque epistemológico es particularmente útil dada nuestra selección de fuentes que son, en su mayoría, publicaciones científicas y médicas. La justificación para esta selección yace en que estimamos que: 1) tal nos permite tener mejor acceso a la discursividad dentro del campo médico; 2) las revistas científicas y médicas fueron y siguen siendo

de Morel”, *Scientie studia* VII, n°3 (2009): 425-45, 426; Sandra Caponi, “Trópico, microbios y vectores”, *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* XIX (2002): 111-38, 120.

¹⁸³ Un ejemplo de este tipo de enfoque de “coordenadas” puede verse en Sandra Caponi, “Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical”, *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* X, n°1 (2003), 113-49, 118-21.

vehículos importantes para validar y dar autoridad a ciertos modelos, intervenciones o teorías; 3) en Puerto Rico muy pocos trabajos historiográficos, en particular aquellos que buscan ofrecer una lectura crítica, se han concentrado en hacer una revisión sistemática de las publicaciones médicas y científicas durante el periodo que hemos estipulado (1880-1948). A continuación, en las próximas secciones discutiremos más estas tres razones/justificaciones.

D. Selección de fuentes: la relevancia de analizar las revistas científicas

Nuestra selección de fuentes nos permite simplificar y enfocarnos en un solo campo, en este caso el médico, y en unas instancias muy específicas del campo médico para así poder identificar tal cosa como un discurso dentro de dicho campo. Aunque un campo puede tener varios vehículos de expresión y diseminación el artículo científico tiene una relevancia histórica a partir del siglo XIX y XX que nos permite comprender ciertos aspectos que distinguen al campo médicos de otros campos y profesiones. Hoy día, según el lingüista Alexander Arbey Sánchez Upegui, los artículos de investigación son vistos como un aspecto central en la construcción y comunicación del conocimiento (en particular para aquellos que consideran nuestra sociedad una “sociedad de conocimiento”)¹⁸⁴. Aunque resulta cuestionable si esto es en efecto cierto o representa realmente lo que conocemos o si es un calco de lo que se hace (sea a nivel científico, político o social), lo que sí es cierto es que la revista científica e investigativa fue y continúa siendo un vehículo importante de legitimización de las ciencias, en particular las ciencias naturales y todas las ciencias asociadas a la medicina, la salud pública y servicios asistenciales. Cuando decimos que es un vehículo de legitimización, y en ese sentido también de poder, no queremos decir que sea un calco real de todo lo que hace un campo científico ni sea lo que realmente guie las decisiones políticas

¹⁸⁴ Alexander Arbey Sánchez Upegui, “Análisis lingüístico de artículo de investigación en ciencias sociales y humanas”, *Lingüística y Literatura* LXII (2012): 105-21, 107; ver también Alexander Arbey Sánchez Upegui, “Consideración sobre el artículo científico (AC): una aproximación desde el análisis de género y el posicionamiento”, *Lingüística y Literatura* LXXIII (2018): 17-36,22.

en torno al uso de tecnologías, servicios médicos o modelos científicos. A lo que apuntamos es que es un espacio importante dentro de las relaciones de saber-poder y un espacio cuya realidad y pretensión se sostiene discursivamente y a través de prácticas sociales.

Para entender esto mejor tenemos que aclarar la relevancia historia de la revista científica y médica, en particular el *journal* científico. Si remitimos a la historia del artículo científico-investigativo (el *research article*) encontramos que su existencia está vinculada con la mayor legitimidad que fueron adquiriendo ese conjunto de ciencias que hoy asociamos con los métodos experimentales y las ciencias naturales, en particular los debates en torno a la evidencia y demostración pública de hallazgos empíricos para mediados del siglo XVII en Inglaterra. La primera supuesta publicación nacional de una revista científica la encontramos en la *Royal Society* en Londres, bajo el nombre de *Philosophical Transaction*¹⁸⁵. En un inicio este tipo de artículo operaba como un informe que documentaba, describía y explicaba los pasos de un experimento (o en ocasiones de observaciones sistemáticas) y sus hallazgos. Este tipo de texto se publicaba en una revista especial, asociada a un grupo de científicos y filántropos, con la finalidad de promover cierto tipo de ciencia o “conocimiento natural” (o sobre la Naturaleza, y ya aquí notamos la

¹⁸⁵ La relevancia historia del artículo científico podemos ubicarla desde el siglo XVII en Europa, en particular Londres con la publicaciones de *Philosophical Transactions* (una publicación que era parte de la institución *The Royal Society of London for Improving Natural Knowledge*), como un vehículo para la publicación de estudios experimentales y observaciones empíricas (descritos en detalle para que así pudiesen ser replicados o reproducidos). Vale aclarar que aquí el término “filosófico” se refería específicamente a la “filosofía natural”, la cual agrupaba a grupos de pensadores que hoy día categorizaríamos como físicos, matemáticos y filósofos empiristas. Fuese osado decir que esta fue la primera publicación de ese tipo (que agrupase observaciones empíricas y experimentos), pero sí parece ser la primera revista nacional que sistemáticamente tuvo el objetivo de promover las ciencias experimentales y empíricas, y con una duración bastante larga (hasta la actualidad). En el siglo XIX se cambia el formato de la revista y se divide en dos revistas, una dedicada a las matemáticas, la física y la ingeniería y la otra a la biología. La *Royal Society* se considera la institución nacional de ciencia más vieja y por lo tanto, muchos la considera una de las bases para los desarrollos de las ciencias empíricas y experimentales (y no debemos olvidar, por ejemplo, el rol que se la ha dado a ciertas figuras inglesas como Robert Boyle y Isaac Newton, que fue miembro y uno de los presidentes del *Royal Society*, en el desarrollo del discurso científico moderno). Ver Mihaela Marta, “Brief history”, 567; Michael Hunter, “Royal Society. British Science Society”, *Encyclopedia Britannica* (2021). Accesado en <https://www.britannica.com/topic/Royal-Society>; The Royal Society, “About Philosophical Transactions”, *The Royal Society Publishing*. Accesado en <https://royalsocietypublishing.org/rst/about>.

pretensión de haber descubierto un conocimiento más real y verdadero que otros). El lenguaje o los dispositivos lingüísticos utilizados en dichos trabajos supone ser distinto a otras publicaciones (incluyendo otros textos hechos por científicos). Por ejemplo, en términos lingüísticos se puede notar que había un uso de atenuantes que suponía dividir entre datos o hechos fundamentados en observaciones, métodos y resultados empíricos y las opiniones de los autores. Sin embargo, a diferencia de los estándares actuales se prefirió la escritura en primera persona (por ejemplo, el uso de voz pasiva, según el químico del siglo XVII Robert Boyle, reflejaba cierta arrogancia del investigador) en vez que la escritura impersonal de la actualidad¹⁸⁶.

Resulta ingenuo pensar que los contenidos de estos textos eran realmente determinantes de cambios paradigmáticos, epistemológicos y social en torno al discurso científico, pero sí podemos señalar que este tipo de publicación paulatinamente forjó un modo particular de escribir, hacer y publicar aquello que cualificaba como “científico” dentro de una supuesta “comunidad científica” (y posteriormente, en las universidades e instituciones académicas). Cuando vemos algunos de los patrones que definen hoy los discursos y las publicaciones científicas, como son cierto lenguaje objetivo y descriptivo, un énfasis que equivale científico casi exclusivamente con métodos experimentales y cuantitativos y la pretensión del uso del inglés como lengua internacional de las ciencias naturales, la tecnología y la ingeniería, pareciera que este tipo de publicación y revista sí ha afectado como se representa el lenguaje y saber científico¹⁸⁷. Un aspecto interesante de este tipo de publicación, presente desde su aparición en el siglo XVII, es que ya desde sus inicios las

¹⁸⁶ Mihaela Marta, “Brief history”, 568; Sánchez Upegui, “Consideración sobre”, 18-19.

¹⁸⁷ Esta postura puede verse en varios textos, que abogan por *English for Science and Technology* e *English for Academic Purposes* como si fuesen las lenguas más aptas y neutras a nivel lingüístico (y que, por razones económicas, son las que más publicaciones científicas tienen). Se arguye que lingüísticamente “inglés científico” es no solo distintivo sino más apto o cohesivo y evita ciertos usos figurativos (propios del “inglés normal” o “general”) ver, por ejemplo, Abdelghani Remache, “The universality of scientific discourse”, *International Journal of English Language Teaching* I, nº2 (2013): 37-52; Inmaculada Alvarez de Mon, “Problemas en torno a la denominación del lenguaje científico: ciencia, técnica, tecnología e ingeniería”, *Ibérica* III (2001): 31-42.

pretensión de construir un lenguaje neutro, exacto y especializado (o “técnico”), libre de recursos poéticos y retórica, no fue (ni es) posible¹⁸⁸. Se requería cierto modo de presentar y explicar lo encontrado que mediara entre los datos y lo hecho. En otras palabras, la subjetividad y el uso de distintos dispositivos retóricos, en particular las analogías y las metáforas, fue algo constitutivo de este tipo de publicación y sigue siéndolo aun en los artículos científicos, pese a las renuencias que tengan los científicos¹⁸⁹.

Cuando nos fijamos en estos vehículos y tipo de publicación notamos una serie de regulaciones que no solo afectan la publicación de los estudios, sino que también apunta a cambios y efectos que buscan estandarizar ciertos aspectos dentro los campos disciplinarios, en particular sus metodologías, y el modo que sus respectivas comunidades científicas (lo cual incluye también las universidades e institutos que financian dichos espacios) validan o valoran dichas publicaciones¹⁹⁰. Este tipo de exigencia que buscaba homogenizar parcialmente ciertos formatos y modos de expresión pueden verse ya desde el siglo XIX, cuando hubo un mayor énfasis en la descripción de las metodologías y procesos experimentales (para así, en teoría, facilitar la replicación de hallazgos), en particular en las revistas médicas anglosajonas, las cuales van a servir como prototipo a imitar. Este tipo de publicación se fue vinculando no solo al quehacer científico (y su científicidad), sino que se asociaba a una mayor “profesionalidad” y especialización de los saberes (aspecto que fue acentuándose cada vez más desde finales del siglo XIX). Ya aquí se empieza a notar cierta estandarización en el modo que debían organizarse y expresarse las investigaciones,

¹⁸⁸ Al respecto, Mónica Mihaela Marta señala que en los primeros números de la *Philosophical Transactions* podemos notar que no bastaba con la simple reproducción de datos y los informes presentados empleaban una serie de dispositivos lingüísticos y retóricos que servían para impresionar a la audiencia, establecer autoridad y convencer a la comunidad científica. Ver Mihaela Marta, “Brief history”, 568.

¹⁸⁹ La mera existencia del artículo investigativo científico como un supuesto informe comunicable y demostrativo refleja, según el lingüista Sánchez Upegui, la necesidad de traducir la experiencia empírica a más allá de la simple reproducción de datos u observaciones. Ver Sánchez Upegui, “Consideración”, 20-21,24.

¹⁹⁰ Ver Sánchez Upegui, “Consideración”, 24.

sus hallazgos y discusión. Sin embargo, la estandarización masiva, tal como la conocemos hoy en las ciencias naturales y las ciencias médicas (y aquellas que buscan asociarse a ellas), tanto en términos del formato y del lenguaje empleado, es un fenómeno que empieza a darse a partir de mediados del siglo XX¹⁹¹.

En la actualidad encontramos un énfasis en un lenguaje que sea “objetivo” y “preciso” y se desestima la personalización o cualquier otro recurso lingüístico que pueda ser interpretado como aludiendo a la subjetividad del autor¹⁹². Este tipo de posicionamiento lingüístico, de discursar o narrar en una voz neutral e impersonal, ya ha sido criticado, por ejemplo, por Charles Bazerman, como una postura ingenua e históricamente equivocada¹⁹³. Aunque la pretensión de objetividad y verdad es algo que está presente desde hace mucho tiempo, el modo que se expresa y la forma de los contenidos varía histórico y culturalmente¹⁹⁴. Eso quiere decir que estos cambios de formato no se dan solo desde “adentro” (a partir de discusiones cerradas de científicos, inmunes a todo lo social y cultural) e involucran interacciones e influencias sociales y culturales (no es, por ejemplo, casualidad que esto adquiriese mayor potencia en países anglosajones y aún más en sociedades industrializadas). La tendencia a partir de la segunda mitad del siglo XX, en particular con manuales como los hecho por la *American Psychological Association* (APA), ha sido estandarizar y asumir que existe un lenguaje universal posible que garantice una expresión clara, objetiva y neutral que rijan las distintas ciencias (no solo las naturales y médicas sino también las sociales)¹⁹⁵.

¹⁹¹ En el mundo anglosajón hubo dos revistas que fueron importantes en términos de formato y de influencia internacional, *Lancet* (publicada en el 1823) y el *British Medical Journal* (1857). Mucha de la estandarización actual, en particular el modo de dividir los artículos (introducción, métodos, resultados y discusión) fue después de la Segunda Guerra Mundial II. Ver Mihaela Marta, “Brief history”, 569.

¹⁹² Sánchez Upegui, “Consideración”, 19.

¹⁹³ Sánchez Upegui, “Consideración”, 20.

¹⁹⁴ Al respecto, Charles Bazerman había arguido “To treat scientific style as fixed, epistemologically neutral, and transcending social situation is rhetorically naive and historically wrong”. Ver Charles Bazerman, *Shaping written knowledge. The genre and activity of the experimental article in science* (Madison: University of Wisconsin Press, 1988): 258; Sánchez Upegui, “Consideración”, 19.

¹⁹⁵ Eso dicho, pese a los intentos para estandarizar la escritura médica, en particular la psiquiátrica y psicológica bajo el *American Psychological Association (APA) Publication Manual* (publicado desde el 1952, aunque versiones más

Lo contradictorio de esta tendencia es que, pese a sus intenciones y supuestos, una y otra vez se nota que este tipo de publicación, de formato y de “metodología” no se ajusta (ni le hace justicia) a las diversas ciencias y campos de conocimiento. Asimismo, como ya han señalado sociólogos y antropólogos que analizan el discurso científico, el lenguaje dentro de una comunidad científica es partisano y sesgado, no pocas veces manipulado para la ganancia personal, al igual que puede incorporar elementos ideológicos para así darle legitimidad a ciertos proyectos o programas sociales¹⁹⁶. Igualmente resulta cuestionable si este tipo de formato y estilo cumple la función de hacer “comunicable” y por ende replicable los estudios (que es, en teoría, uno de los objetivos centrales del *research article* desde mediados del siglo XVII)¹⁹⁷.

Este no es el espacio para entrar en las distintas investigaciones que existen en torno a los sesgos editoriales, los énfasis cuestionables que tienden a ser promulgados a través de las revistas científicas (que buscan resaltar las “novedades” y los “adelantos”¹⁹⁸) y los problemas lingüísticos

breves y bajo otro nombre existían desde el 1929), la cual ha influido como se escribe no solo en la psicología sino en otras ciencias sociales y en la medicina, eso no quita que existen estilos retóricos que se alejen del modelo idealizado. No obstante, este manual tenía sus sesgos, mostrando una preferencia por la retórica conductista y su modo de “objetivizar” los fenómenos psicológicos y homogenizar los usos del lenguaje y los temas, en donde la discusión se limitaba a reproducir datos y gráficas, de forma mecánica con poca discusión narrativa o elaboración. Ver Bazerman, *Shapping written*, 259-63, 271-75, 319.

¹⁹⁶ Bazerman, *Shapping written*, 294.

¹⁹⁷ Esto ha sido estudiado particularmente en los campos de psiquiatría y psicología en donde se ha encontrado una “crisis de irreproducibilidad”; entiéndase con esto que cuando se buscan replicar los experimentos o estudios los resultados no encajan con los publicados originalmente o que dada la información provista en los estudios es imposible reproducirlos (sea ya por falta de información o claridad en la exposición de la metodología). Ver Christopher Ferguson, “Can we trust Psychological Research?”, *Time* (17 de julio de 2012). Accesado en <http://ideas.time.com/2012/07/17/can-we-trust-psychological-research/>; Julia Belluz, (August 27 2015), “Scientists replicated 100 recent psychology experiments. More than half of them failed”, *Vox* (27 de Agosto de 2015). Accesado en <https://www.vox.com/2015/8/27/9216383/irreproducibility-research>; Julia Belluz, “Science is broken. These academics think they have the answer”, *VOX* (27 de junio de 2015). Accesado en <https://www.vox.com/2015/6/27/8854105/new-science-guidelines>.

¹⁹⁸ Mencionamos simplemente algunos de los debates que ha habido en torno a la búsqueda por la novedad y los descubrimientos dentro de las publicaciones científicas. El problema con la novedad puede llevar a mayores dogmatismos y una falta de apertura, y no necesariamente a una competencia saludable y búsqueda por validar sus hallazgos. Inclusive, se pudiese sospechar que la búsqueda por novedad es un modo distraer de otros problemas, como es la falta de aplicación práctica de mucho de lo investigado (como sucede, por ejemplo, en la microbiología). En ocasiones, ciertos enfoques que buscan competir por la mejor terapia pueden llevar a que se desestimen variables o se promulguen terapias para la ganancia propia de los autores que escriben el artículo (un asunto muy debatido en la psicología, en particular lo que conciernen las terapias cognitivo-conductuales). Asimismo, encontramos que ciertas disciplinas, como la economía, la psiquiatría y la psicología, prefieren publicar resultados positivos y evitar publicar

que caracterizan a este tipo de publicación¹⁹⁹. Nuestro análisis se centra en artículos publicados en las revistas científicas y oficiales más relevantes que estaban asociadas al campo médico durante nuestro periodo de estudio (*El Eco-Médico Farmacéutico, La Salud, Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, Porto Rico Health Review y The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine, Revista de Servicios Sociales*), junto a textos y conferencias médicas publicadas e informes gubernamentales. Nuestro análisis se va a enfocar en constatar los significantes, argumentos y referentes epistemológicos y retóricos que fueron utilizados en textos que abarcan asuntos asociados a higiene, natalidad, mortalidad infantil, eugenesia, psiquiatría (o “higiene mental”) y aquellas enfermedades consideradas las más relevantes por las autoridades sanitarias, para así ir identificando cuáles eran los discursos que había en torno a lo saludable y lo que enferma. A su vez, se busca ver los puntos de encuentro, las tensiones y contradicciones en estos discursos que abarcan enfermedades y contextos distintos. Para ello, es preciso ver también como estos discursos estaban dirigidos a ciertas “poblaciones” y como fueron estos contextos “problematizados”. Sin embargo, si nos quedamos solamente en lo que los médicos decían de “los otros” perdemos de perspectiva como ellos percibían y validaban sus saberes y roles. Estas publicaciones son importantes porque van a ser vehículos para darle legitimidad y coherencia al

resultados experimentales en donde la hipótesis nula sea acertada. Existen aún tantos aspectos que no han sido suficientemente explorados como son la calidad de servicios, los valores predictivos de terapias para poblaciones heterogéneas y con condiciones múltiples, la relevancia de la relación entre médico/terapeuta y paciente durante el proceso de recuperación, como la percepción social de tanto médico y paciente puede afectar la eficacia de un tratamiento, etc. Ver Barak A. Cohen, “How should novelty be valued in science?”, *eLife sciences* VI (2017): 1-7, 4, 5-6. Accesado en <https://elifesciences.org/articles/28699>, 5-6; Bruce Wampold (2016), “In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy”, *Psychotherapy Research* XXVII, n°1 (2016): 14-32; Christopher Ferguson & Moritz Heene, “A Vast Graveyard of Undead Theories: Publication Bias and Psychological Science’s Aversion to the Null”, *Perspectives on Psychological Science* VII, n°6 (2012): 555-561.

¹⁹⁹ Por ejemplo, muchos estudios se han enfocado en ciertos aspectos lingüísticos, como es el uso de atenuación (en inglés *hedging*) y la atribución intelectual en los estudios científicos, debido a que los artículos científicos suponen presentar una distinción clara entre lo opinado por el autor, lo demostrado a través de datos y lo demostrado y dicho por otros. Ver Diana Elena Prieto Acosta, “La atribución intelectual en las revistas médicas cubanas”, *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud* XXX, n°1 (2010), 1-18; Sánchez Upegui, “Análisis lingüístico”, 107-110 (o, en realidad, todo el artículo)

campo médico, en particular porque tales publicaciones se presentan como científicas y prácticas, pero también van a reflejar intereses profesionales y de clase social.

Aquí hay otro aspecto que es pertinente aclarar, y es la relación que tuvieron estas revistas, su alegada científicidad y la profesionalización y especialización del campo médico durante la primera mitad del siglo XX. Como veremos más adelante, la profesionalización y especialización del campo médico estuvo asociada a su conexión con las ciencias naturales y sus enfoques investigativos y experimentales, cuya promoción y reconocimiento dependía de que tales fuesen comunicables y reproducibles a través de publicaciones y conferencias públicas (o que tenían la pretensión de serlo). Con esto no queremos decir que este tipo de publicación fue el factor determinante para la profesionalización del campo médico, pero sí fue uno de los espacios que más promovió y reforzó la imagen de científicidad del médico y de la supuesta universalidad de sus saberes y lenguaje²⁰⁰.

En ese sentido, nos interesa analizar un medio que nos permita un mejor acceso al lenguaje y saber médico, cuando suponía ser un medio de comunicación dirigido hacia pares e interesados en promover cierto modo de hacer ciencia y medicina. En otras palabras, la revista científica y los textos médicos nos son relevantes porque tales pretendían ser una expresión representativa de lo que era el campo médico, sus saberes y prácticas. Evidentemente se trataba de una pretensión, pero tal pretensión nos permite comprender mejor el discurso que se fue forjando en y sobre el campo médico, tanto como profesión como clase social. Para entender esto mejor tenemos que detenernos a explicar cómo estamos definiendo la medicina como campo de conocimiento y los procesos de

²⁰⁰ Igual se tuviese que decir que hubo otros tipos de revistas, diversos tipos de periódicos y, entre otras cosas, programas de radio (en particular cuando hubo conferencias educativas) que también debieron ser importantes en validar y legitimar la imagen y figura del médico como autoridad científica y moral. Sin embargo, nuestros objetivos son más modestos, y preferimos centrarnos en un tipo de “literatura” o vehículo de legitimización que suponía estar más directamente relacionado al médico y su saber (la publicación hecha a través de canales y vehículos que suponían ser oficiales y médicos y las publicaciones independientes que hacían los médicos por su cuenta).

profesionalización y clase social.

E. El campo médico como clase social y profesión

Para nuestro fines, un campo de conocimiento es un espacio social de acción e influencia que está insertado en una estructura social determinada y que se distingue por su posesión o capacidad de producir algo que ha sido valorado, disciplinado y normalizado socialmente como distintivo y privilegiado (algunos llamarían esto también una especie de “capital” simbólico)²⁰¹. En el caso del campo médico se trata de un espacio muy amplio, que impone ciertos modos de ver y problematizar lo sanitario (y lo que enferma), y recorre diversas instituciones, servicios y prácticas (incluyendo la regulación y legislación sobre lo sanitario y las profesiones involucradas en ello). En esta disertación nuestros objetivos y análisis son metodológicamente mucho más modestos²⁰² y lo que buscamos analizar es la representación que se hace de dicho campo a partir de “lo dicho” por aquellas figuras que pretenden representarla como clase social y profesional, como son los administradores, presidentes de una asociación formal, y figuras que son identificadas como clave del campo médico o de alguna intervención particular asociada a los parámetros que hemos delimitado (por ejemplo, una campaña sanitaria como son las de anemia, malaria, tuberculosis, natalidad o mortalidad infantil)²⁰³. Para entender el discurso de un campo como la medicina,

²⁰¹ Si seguimos al sociólogo francés Pierre Bourdieu un campo es “un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. Estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital, propia del campo en cuestión”. Esta cita de Bourdieu aparece en Camilo Andrés Castiblanco Durán, “Campo de conocimiento, investigación y transformación en ciencias sociales”, *Campos I*, nº1 (2013), 11-15, 11.

²⁰² Por ejemplo, Roberto Castro, siguiendo a Bourdieu, define el campo médico como ese conjunto de instituciones y actores de la salud que imponen unos esquemas dominantes que regulan tanto la percepción y valoración asociadas al tema sanitario como su práctica política. Esta definición, aún si adecuada nos resulta un muy amplia para nuestros fines y por eso hemos hecho la aclaración metodológica. Para más detalles ver Castro, *Sociología*, 42.

²⁰³ No es posible hablar ni analizar “todo lo dicho” de un campo (o en un campo) ni de todos los integrantes o personas que se identifiquen con un determinado saber (o de todos los que son afectados por dicho campo). Nuevamente, lo que nos interesa es el discurso de un campo, no reproducir o informar todas las actividades de los médicos o si quiera de un conjunto específico (por ejemplo, lo que todo lo dicho por los especialistas de tuberculosis y anemia). Por eso es que estamos utilizando el concepto de biopolítica para trazar unas coordenadas mínimas sobre los temas y actividades relevantes a analizar (natalidad, mortalidad infantil, puericultura, eugenesia y aquellas campañas higiénicas consideradas importantes para “mejorar” la salud, como fueron las de anemia, malaria, tuberculosis y

necesitamos considerar también otros procesos que son propio de los saberes y prácticas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX como es su relación con los discursos de modernización, de las clases sociales dominantes y de la profesionalización y especialización de los campos de conocimiento. Un primer asunto que necesitamos aclarar es la relación de este campo con los letrados o intelectuales criollos en Puerto Rico.

Según Arcadio Díaz Quiñonez los letrados, sea en Puerto Rico u otros países, son aquellos “equipos intelectuales” que manejan los “lenguaje simbólicos que legitiman el poder, cumpliendo así una función social importante”²⁰⁴. Los letrados, sea en Puerto Rico o Latinoamérica, no son un grupo monolítico ni carente de tensiones y divergencias, pero sí podemos notar que aspiran a representar cierta unidad o armonía (como fue el caso de la Generación de los Treinta en Puerto Rico). Dependiendo del contexto, los modos que los letrados legitimaban su poder van a variar, sea ya por su asociación a ciertos espacios, conocimientos o practicas específicas, como fue por ejemplo la profesionalización y la burocratización (muchos letrados, para poder ejercer su autoridad se convirtieron, a través de la educación universitaria, en “especialistas” y “expertos”)²⁰⁵. En Puerto Rico hubo varios médicos que fueron identificados como parte de ese conjunto de letrados, que no solo operaron como médicos, sino que fueron reconocidos como intelectuales, periodistas y figuras políticas (desde Manuel Zeno Gandía, Ramón Emeterio Betances y Francisco del Valle Atilas hasta Tomás Blanco y Antonio Fernós Isern). El punto no es limitarnos simplemente a los médicos que fuesen identificados como “letrados” sino ver sus posibles correspondencias con dicha elite intelectual, al igual que es preciso ver como participan de

mortalidad infantil).

²⁰⁴ Arcadio Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco: La reinención de la tradición”, *Op. Cit.* IV (1988-1989) 147-182,157-58

²⁰⁵ Por ejemplo, bajo la ideología del progreso se pude ver como mucho de los letrados en Puerto Rico adquirían su autoridad al volverse en profesionales y con ello ascender a puestos administrativos a nivel gubernamental. Ver Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco”, 162.

procesos similares de legitimización como fue la figura del especialista o experto y su relación con ciertas ideologías y tendencias (como fue la tecnocracia y la industrialización). En ese sentido, es preciso que a los médicos no solo los veamos como un grupo de científicos, y menos aún como científicos desinteresados e independientes de los procesos sociales y políticos de la época (pese a que fuese la visión que muchos médicos tuviesen de sí mismos), sino también como una clase social.

Vale detenernos a explicar mejor lo que queremos decir con “clase social” y su relación el campo médico y su profesionalización. Aquí el concepto de “clase social” no se limita a las divisiones tradicionales (baja, media y alta o, siguiendo las tendencias marxistas ortodoxas que proponen la oposición entre proletariado y burguesía) y considera como un determinado campo de conocimiento y profesión se vincula, directa o indirectamente, con ciertos valores, ideologías y prácticas que suponen hacerlos distintivos (entiéndase aquí, que los separa de otras clases sociales). Por ejemplo, las profesiones liberales, como la medicina, suponen tener valores que los separaba de los supuestos intereses económicos y políticos de las clases altas, de los políticos y de otras profesiones (como la banca, el vendedor, el comerciante, el abogado, etc.). Mejor dicho, estas profesiones suponen, creen y tienden a ser reconocidas como diferentes y, por lo tanto, adquirieren una autoridad moral y simbólica que les permite tener ciertos accesos especiales e inmunidades, pero igualmente ciertos deberes y responsabilidades. No obstante, no es casualidad que ciertas profesiones vivan, consuman y compartan creencias y valores con otros grupos que no son de su profesión, y de ahí que, más allá de la profesión, estos individuos compartan ideologías, prácticas y nociones que los acercan a la burguesía (real o imaginada), a ciertas élites y/o intelectuales o estratos altos de la sociedad. Por esa razón nuestra noción de clase es más “relacional” (en vez que una gradacional) y a tono con ciertas teorías sociológicas que suponen que lo que distingue una

clase de otra (lo que conforma la “diferenciación social”) no es necesariamente un aspecto cuantitativo (como es, por ejemplo, la adquisición de propiedad) ni funcional (que cumplen un determinado rol “natural” que más nadie puede llenar). Esta perspectiva relacional se fija más en aspectos cualitativos y simbólicos, lo cual incluye la formación de subjetividades e identidades, aunque no por ello ignora las condiciones sociales, materiales y económicas que conforman dichas relaciones²⁰⁶.

En el caso de las profesiones como la medicina no debemos olvidar que en términos sociales y económicos este conjunto de profesionales se vincula, por lo general, con las elites. Y aquí es preciso aclarar que cuando se habla de elites, no se trata solamente de una minoría cuyo poder se ampara en su cantidad de capital financiero o propiedades (incluyendo ser dueño de los modos de producción) o en su “linaje”, sino que tenemos también un conjunto de individuos cuyo rol es operar como “consultores” que orientan y regulan los modos de producción. No se trata de un grupo que esté ajeno a estos procesos, pero sí, y esto aplica particularmente a los médicos, de un grupo que se presenta, se representa y es reconocido socialmente como distintivo y hasta en ocasiones inmune a tales procesos. No poco de la particular autoridad y el poder que se le concede al médico se debe a esta particular relación de supuesta “inmunidad”. Esta representación no es algo exclusivo de la clase médica o de su profesión, y nos remite a la relación que hubo entre modernización y la profesionalización de ciertos saberes y prácticas.

Varios sociólogos y antropólogos han apuntado a la pertinencia de estudiar la valorización

²⁰⁶ Por lo general una relación de “clase” en el sentido clásico marxista, tiende a estar definida por la relación entre explotados y exploradores (lo cual incluye también colonizados y colonizadores). Sin embargo, hay complejidades que apuntan a que el poder no equivale simplemente a la cantidad de propiedades, renta o dinero. Por ejemplo, los burócratas (y en cierta medida los tecnócratas), según nos acuerda Pérez Soto, gustan pensar que su “labor” produce valor pese a que no tenga en realidad ninguna incidencia en la producción. Ver Rodolfo Iuliano, “Perspectivas clásicas y contemporáneas sobre la estratificación social. Aportes del análisis de clase y de la perspectiva de las elites para el estudio de los estratos superiores”, *Revista de Estudios Regionales* VI (2010): 239-62, 241; Vanny Catalán, “Entrevista Carlos Pérez Soto: Trabajo y Marxismo”, 19-27, 22-23. Accesible en https://www.academia.edu/23765803/Entrevista_a_Carlos_P%C3%A9rez_Soto_Trabajo_y_Marxismo_entrevista_completa.

social dada a ciertas profesiones, en particular la medicina, la cual se le concede un cierto estatuto social a los individuos que pertenecen a ella. Esta valorización social se fundamenta a partir de una asociación entre la profesión médica y una serie de “valores modernos” que son significados como orgánicos a la profesión como, por ejemplo, la educación escolarizada y formal, la libertad, la autonomía, el individualismo, la secularización, la democracia y la posibilidad de ascender a través del trabajo²⁰⁷. Claro, sabemos bien que esto no es cierto, dado que tanto los profesionales como sus clientes no viven en una sociedad que es realmente libre, autónoma y democrática; y aun los médicos, les guste o no, están sujetos a transformaciones y regulaciones que afectan inclusive su educación, quehacer y valorización social.

Inicialmente la sociología de la primera mitad del siglo XX tuvo una visión optimista del rol del médico, no solo como profesión sino como agente social de cambio (y esto va muy de la mano con la ya discutida historia optimista de la medicina social) que tenía una serie de valores modernos, liberales, éticos y morales que los distanciaban de los excesos de otras profesiones o roles (en particular aquellas profesiones o funciones vinculadas a intereses financieros, políticos o religiosos). Inclusive se hablaba de cierta “cultura médica” que hacía a los médicos (y otras profesiones y oficiales asociados a la salud pública) más aptos para resolver ciertos “problemas sociales”²⁰⁸. No obstante, similar a la historiografía crítica de la medicalización, encontramos que

²⁰⁷ Benigno Benavidez Martínez, “Teoría y cambio en la sociología de las profesiones”, *Humanitas* XLIV, n°2 (2017): 29-55, 29-30.

²⁰⁸ Cuando nos referimos al caso de la medicina, es preciso iniciar con las asociaciones que se hizo, durante la primera mitad del siglo XX, entre dicha profesión y una sociología funcionalista que buscó analizar como cada profesión “adaptaba” y conformaba una “cultura” particular. Desde la década de los treinta del siglo XX el sociólogo estadounidense Robert Merton había identificado una tipología de los “modos de adaptación cultural”: conformismo, innovación, ritualismo, retrainamiento y rebelión. Si bien Merton había señalado que la familia era la “principal correa de transmisión de las normas culturales de una generación a otra” también estaba el sistema educativo y la socialización de los profesionales, entre ellas la medicina. Sin embargo, pareciera que la contribución más significativa para pensar, a nivel sociológico, la medicina como profesión se da en el 1939 con el artículo de Talcott Parsons “Las profesiones y la estructura social”. Parsons apuntaba al “protagonismo hasta ahora desconocido en la historia del mundo moderno” de dicho grupo. Parsons señalaba que en las profesiones la “racionalidad profesional” y los “valores universales predominan sobre el egoísmo y los valores particularistas” (asociados más a profesiones como la banca y al *acquisitive society*). En otras palabras, los profesionales “liberales” tendían a ser vistos como más

también hubo críticas en torno a cómo ciertas clases sociales y profesiones buscaban ejercer mecanismos de cierre y control social que limitaban ciertas oportunidades o servicios (por ejemplo, acceso a cierto tipo de educación), para así nutrir sus intereses de clase²⁰⁹. Este tipo de estrategia de poder era visto como algo propio de la profesionalización y de su interés por controlar y monopolizar ciertos saberes y actividades²¹⁰. Como bien ha apuntado el sociólogo Roberto Castro uno de los rasgos de la profesión médica es su autonomía y pretensión de “imponer y monopolizar ciertos esquemas de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad²¹¹. Asimismo, podemos ver en la medicina otras de las características de la profesionalización²¹² como son el conocimiento experto, la autonomía del control del desempeño

progresivistas y sesgados por intereses estrictamente financieros. Después de la Segunda Guerra Mundial retorna, según Álvarez-Uría y compañía, la “cuestión social”, que en este caso se enfocaba en promover como ciertas profesiones de “ayuda”, como la medicina, la psiquiatría y el trabajo social podían hacer frente a la “sensación de miedo” e “incertidumbre” de la época. No es de sorprender que a través de la ideología progresivista (en particular en su modalidad estadounidense) se asumiera que ciertas profesiones, como la medicina, la psiquiatría, la psicología y el trabajo social eran más aptas para ayudar a resolver los problemas sociales debido a su “racionalidad” y adherencia a “valores universales” (y por consiguiente menos adheridos a intereses egoístas y corruptos). Para discusión al respecto ver Álvarez-Uría, Varela, Gordo y Parra, “El estudiante de psicología”, 167-69.

²⁰⁹ La sociología de las profesiones, en particular las vertientes influenciadas por las teorías sociológicas de Max Weber y Karl Marx apuntan a que muchas de las funciones asociadas a las profesiones no son orgánicas ni naturales. Las profesiones no nacen simplemente para responder a una necesidad orgánicas o para cumplir las demandas de los clientes, ni son objetivas, neutrales o universales (esta era, si nos permitimos la simplificación, la visión funcionalista que tenían muchos sociólogos de la primera mitad del siglo XX). En ese sentido, hay una distribución desigual de servicios y de acceso a los supuestos saberes privilegiados que, en teoría, garantizan o asegurar la autoridad de dichas profesiones. Sin embargo, esto no significa que estas profesiones, pese a sus pretensiones e intenciones, regulen o controlen por completo estos procesos. Si algo se ha señalado en las últimas décadas es que las profesiones pueden estar sometidas o sujetas no solo a los intereses éticos que suponen definir a su profesión, sino a los intereses de corporaciones o empresas. Ver Benavidez Martínez, “Teoría y cambio”, 30-33.

²¹⁰ Iuliano, “Perspectivas clásicas 243-46; Benavidez Martínez, “Teoría y cambio”, 32; Julia Evetts, “Professionalism: Value and Ideology”, *Sociopedia.isa* (2012): 1-12, 3-5.

²¹¹ Castro, *Sociología de*, 47.

²¹² En vez que centrarnos en una definición operacional del concepto “profesionalización”, nos interesa más estudiar sus estrategias, funciones y efectos. Algunos han considerado que el enfocarse en una definición precisa de profesionalización ha sido más una pérdida de tiempo que poco a logrado en contribuir a un mejor entendimiento en torno al poder de ciertos grupos y ocupaciones (como las leyes y la medicina) ni a porque apela tanto en la época contemporánea a muchas ocupaciones. Es importante destacar que la “profesionalización” apunta a un proceso que busca distinguir ciertos tipos de trabajos de otros, al punto de que el profesional no significa su quehacer como “labor” o “trabajo”, distanciándose así de aquellas “labores” que son socialmente valoradas como más mecánicas e incluso inferiores, o que al menos carecen de cierto nivel de competencia que las haga aptas para incidir en los procesos más vitales, espirituales, intelectuales o sofisticados de la sociedad. Por ende, la profesión no es, desde esta perspectiva de clase social, igual a cualquier “trabajo” o “labor” y esta distinción refleja un tipo de sesgo elitista que durante el siglo XX y XXI se ha expresado en una insistencia en “profesionalizar” distintos trabajos para así obtener prestigio y reconocimiento social. Ver esta discusión en Evetts, “Professionalism: Value”, 2-3.

de la profesión y ciertos *ethos* o visión de mundo que supone unirlos en términos identitarios (y que requiere ser reconocida a nivel social para así adquirir su autoridad)²¹³.

En el caso de la medicina, como muchas otras profesiones asociadas a las ciencias y tecnologías, su visión de profesionalismo fue de la mano con cierta asociación y valoración de las ciencias como un saber práctico, útil y aplicable para resolver los problemas de la sociedad. Incluso, resulta difícil pensar la llamada “modernización” y “profesionalización” de la medicina, sin considerar como dicho campo ejerció ciertos mecanismos de cierre y legitimización a través de su asociación con las ciencias naturales, en específico el análisis de laboratorio, la biología, la fisiología y la química; de esa forma, el campo médico trazaba una distinción entre lo que era el conocimiento médico clínico “verdadero”, por ser científico y especializado, y el que no lo era, y por lo tanto era significado como falso, erróneo o limitado²¹⁴. He aquí que vemos también una transformación importante de la profesión médica (y muchas otras) que está vinculado a la especialización y a la tecnocracia.

La lógica tecnocrática es, tanto en el campo médico como en otros (como la ingeniería, la economía y, entre otros, la estadística), científicista, objetivista, elitista, industrialista y racionalista; a la vez que dicha lógica pretende ser apolítica y neutral pese a que busca explícitamente regular lo político a través de saberes y prácticas que reflejen competencia técnica²¹⁵. Sin entrar en detalles sobre el surgimiento de la figura del tecnócrata²¹⁶ podemos definirlo como “una persona que ejerce su autoridad en virtud de su competencia técnica”²¹⁷. El tecnócrata favorece una “solución práctica”, según los criterios de su racionalización, la cual

²¹³ Benavidez Martínez, “Teoría y cambio”, 35, 38, 48.

²¹⁴ Ver Correia, “Revisiting Medicalization”, 3.

²¹⁵ Alejandro M. Estévez, “Una genealogía de la Tecnocracia”, en *El poder de los expertos: Para comprender la tecnocracia*, eds. Haydée Ochoa Henríquez y Alejandro M. Estévez (Maracaibo, Venezuela: Centro de Estudios de la empresa, 2006): 65-96, 84.

²¹⁶ Para una discusión más detallada ver Estévez, “Una genealogía”, 65-76.

²¹⁷ Estévez, “Una genealogía”, 80.

favorece la precisión, las medidas y cálculos como criterios indispensables para tomar decisiones a nivel social, político e institucional. Tienen una mentalidad racionalista y científicista que va acompañada con una ideología que cree en el Progreso y que los problemas sociales y políticos pueden solucionarse a través de tecnologías o competencia técnica porque tales evitan los vicios o problemas sentimentalistas y sesgados de “la política”. De suyo esto pudiese parecer algo positivo, y el simple hecho de que muchas profesiones no cuestionen las implicaciones del tecnócrata, refleja la extensión que ha tenido la tecnocracia como cierto tipo de *ethos* y “visión de mundo” que presume reducir la diversidad de los problemas sociales y culturales a cierto tipo de racionalización y problematización que pretende ser útil, práctica y neutral debido a su supuesto estatuto científico²¹⁸. Este tipo de racionalización, si nos permitimos simplificarla, no solo es reduccionista, sino que refleja profundos sesgos, usualmente contra las instituciones o cualquier proyecto que busque auspiciar el acceso equitativo de servicios y actividades, y no es casualidad que encaje hoy día con una gubernamentalidad de índole neoliberal²¹⁹.

²¹⁸ Existen varias definiciones de tecnocracia, solo presentamos algunas de las más relevantes a nuestro estudio. Por ejemplo, Anthony Giddens considera la tecnocracia un *ethos* y una visión de mundo particular que subsume la estética, la religión y el pensamiento tradicional al racionalismo (o cierto tipo de racionalismo centrado en la técnica). En un tono similar, Frank Fischer lo define como un “proyecto”, y como “un sistema de gobierno en el cual los expertos entrenados técnicamente, gobiernan en virtud de sus conocimientos especializados y de su posición dominante en las instituciones políticas y económicas”. Ver Estévez, “Una genealogía”, 85-86.

²¹⁹ A continuación, ofrecemos una breve síntesis de los debates en torno al concepto de tecnocracia. Al menos desde las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX, diversos pensadores, como Herbert Marcuse, Daniel Bell, Robert Putnam, Alain Touraine, Frank Fischer y, entre otros, Anthony Giddens, apuntaban a los problemas en torno al rol de los tecnócratas o de cierta tecnificación de los saberes. Entre estos “nuevos hombres” estaban, según Daniel Bell, los científicos, matemáticos, ingenieros y economistas. El estatus social en estos casos se vincula a la pertenencia a comunidades o grupos científicos, los cuales están asociados a unos niveles de competencia. Robert Putnam, en la década de los setenta apuntaba a que esta mentalidad está asociada a cierto tipo de educación que consideraba que la técnica puede reemplazar la política, convirtiéndose así en un quehacer apolítico (y de ahí la hostilidad del tecnócrata ante la política y las instituciones políticas). No obstante, los tecnócratas muestran sesgos ideológicos y políticos claros, como es, por ejemplo, asumir que el conflicto social es algo artificial, que la igualdad política no es posible porque no todos los ciudadanos están capacitados para tomar decisiones científicas y racionales, lo cual va la mano con asumir que la política esta guiada por las pasiones. Lo que hace esto particularmente peligroso es que el tecnócrata apela a varias ideologías (de izquierda o derecha, si asumimos estas diferenciación binomial), pese a las tensiones que su visión de mundo entretenga. Fischer añadía que la tecnocracia era una ideología, un proyecto y un *ethos* intelectual que, además de las características ya mencionadas, optaba por estrategias administrativas para así hacer política, y era hostil a instituciones democráticas. Opera a través de una racionalidad técnica-instrumental y burocrática que se ampara en la eficiencia y la eficacia, criterios que asocian a la productividad material y el progreso. Por esa razón no debe sorprender que la tecnocracia va a coincidir a su vez con el desarrollo de la ideología neoliberal y las dinámicas

Con lo que hemos discutido al momento tenemos entonces una serie de parámetros que nos permite unir lo que hemos discutido en torno al proceso de medicalización, incluyendo la biopolítica, la gubernamentalidad y la colonialidad del poder, con los procesos de profesionalización y de tecnocracia en la medicina. Por un lado, no es posible pensar el campo médico sin tomar en consideración estos aspectos, en particular sus posibles correspondencias con las ideologías y discursos de los letrados y las autoridades coloniales²²⁰. Eso significa que vamos a prestar atención a cómo los médicos definían y legitimaban su saberes y roles, asimismo cómo los diferenciaban de otros saberes, prácticas, profesiones o clases sociales. Es en esta pretensión médica y tecnocrática de reducir los problemas sociales y políticos a “problemas médicos” que vemos uno de los efectos políticos más significativos de la medicalización. Atender a los significantes, comparaciones y analogías utilizadas en los textos médicos, en particular cuando remiten a asuntos asociados a su profesión, sus intereses de clase social o distanciamientos con ciertas actividades o grupos, nos permite comprender mejor las correspondencias, confluencias, tensiones y contradicciones del discurso médico. De esta forma no solo nos centramos en las significaciones dadas en torno a lo saludable y a lo que enferma, sino que también analizamos los discursos de clase y profesión que había dentro del campo médico. Estos discursos nos permiten ver hasta qué punto los discursos de clase social reflejaban algunos de los aspectos que hemos mencionado en torno a la colonialidad del poder, el racialismo y una gubernamentalidad capitalista.

Como bien apunta Castro, el campo médico “produce (y es simultáneamente el producto de)

de privatización y desregulación. Ver Estévez, “Una genealogía”, 80-83, 86-88.

²²⁰ Evidentemente no ofrecemos un análisis exhaustivo y comparativo, lo cual requeriría comparar a los médicos con otras profesiones (por ejemplo, con los maestros, los periodistas, los arquitectos y los abogados) y analizar distintas fuentes (novelas, periódicos, análisis sociológicos) sino que simplemente trazaremos las correspondencias a partir de lo que encontremos en los textos médicos.

una serie de subjetividades”²²¹. Esto implica que los médicos, al igual que muchos otros campos de conocimiento, buscan conformar un conjunto de conductas, racionalizaciones y disposiciones que están asociadas al quehacer de su profesión y más específicamente a su particular educación, la cual supone brindar y asegurar su competencia (o la autoridad que se le da debido a su competencia)²²². En ese sentido los médicos se sujetan e internalizan una serie de “hábitos”, de “modos de ver” y de saber, de cómo manejar los errores y fracasos, de expresarse e incluso distanciarse de su quehacer como mecanismos de defensa²²³, conformando lo que, hasta cierto punto, fuese cierta “cultura profesional” (aunque tal vez fuese más propio llamarlo un sistema de creencias o *ethos* cultural asociado a la profesión)²²⁴. Este intento de distinción busca también

²²¹ Castro, *Sociología de la práctica*, 49.

²²² Un modo de ver esto, es lo que pudiese llamarse el *habitus médico*, que según Castro es:

El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico.

Estas predisposiciones las adquieren a través de su educación y formación en las universidades y en los hospitales de enseñanza, y tales se “recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas ‘razonables’ y de ‘sentido común’ posibles en tanto profesionales”. Esta definición que utiliza Castro es una rearticulación del concepto de *habitus* en la obra del sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien lo consideraba (el *habitus*) la “interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas”. De esta forma encontramos estructuras prácticas y representaciones dentro de un campo particular de conocimiento, sin que tales sean entendidas o producto de la obediencia sino de una decisión propia/personal. Las disposiciones son entonces “cultivadas” a través de interacciones con un ambiente simbólicamente estructurado, que inscribe esquemas corpóreos y cognitivos. De esta forma la cultura y la ideología son incorporadas (toman “cuerpo” y forman nuestros “cuerpos”), y el dominio de sí (y del cuerpo) a través de ciertas disciplinas rige lo que puede ser hecho o a través de tal cuerpo. Un ejemplo clásico de cómo se conforma un *habitus* es cuando se estudia la educación y la formación profesional de un determinado campo de conocimiento, en particular cómo se estructuran ciertas formas de pensar, de usar y pensar el cuerpo, y de inclusive de sentir.

Ver Castro, *Sociología de la práctica*, 49-50; Susan J. Rasmussen, “Cultural Anthropology” en Jaan Valsiner (ed) *Oxford Handbook of Culture and Psychology* (Oxford: Oxford University Press, 2012): 96-115, 104.

²²³ Como menciona Castro hay estudios que han apuntado a una “cultura” del abuso de los estudiantes en las escuelas de Medicina que está vinculado a una sistemática “violación de la dignidad” en los servicios de salud”. Ver Castro, *Sociología de la práctica*, 52-3 (para ejemplos en torno a cómo se notan sesgos de género en la relación médico y paciente ver 57-80).

²²⁴ Si nos dejamos ir por Benigno Benavidez Martínez se puede hablar de una “cultura profesional” como un: conjunto de valores, normas y símbolos de los que se derivan creencias compartidas sobre la profesiones, de los cuales se desprenden normas que orientan el desempeño profesional en torno a los clientes y empleadores, redes de colaboración entre los profesionales, estereotipos, ideales de lo que debe ser la carrera, mecanismos de promoción, suspensión y reconocimiento.

Resulta un poco problemático como algunos sociólogo emplean el término “cultural” para referirse, en realidad, a un sistema de creencias que incluye, como es propio de dichos sistemas, un *ethos* o conjunto de reglas de conducta que van de la mano con cierta visión de mundo. Hasta cierto punto, pudiésemos considerarlo también una especie de “paradigma” más que un tipo de “cultura”. Ver Benavidez Martínez, “Teoría y cambio”, 36.

justificar que sus saberes y quehaceres son aptos para atender problemas que no eran inicialmente ponderados ni parte de su jurisdicción o alcance epistemológico. Y, pese a sus intentos de objetividad y neutralidad, los “modos de ver” y de problematizar de los médicos no solo influyen sino están influidos también por otras ideologías, problematizaciones y discursos que no son del campo médico. Lo preocupante es como estas problematizaciones pasan desapercibidas o son asumidas como parte del “sentido común” de la disciplina o el campo, pese a que en ocasiones contradigan o no encajen dentro de los propios criterios de cientificidad delimitados por el campo, como ha sido el caso del racismo científico, el sexismo y otras prácticas de exclusión y hasta exterminio social.

F. La contribución metodológica y teórica de esta disertación dentro de la historiografía puertorriqueña

Antes que concluyamos es necesario aclarar y distinguir la contribución que pretende hacer esta disertación, en términos teóricos y metodológicos, en relación con otros trabajos que forman parte de la historiografía crítica de la medicina en Puerto Rico. Como punto de partida, este trabajo coincide y sigue mucho de los argumentos de varios trabajos que, a partir de la década de los noventa en el siglo XX, han utilizado marcos teóricos basados, de un modo u otro, en Foucault y las teorías poscoloniales. Ya en el próximo capítulo vamos a entrar en una revisión de esta historiografía, contextualizándola un poco más y trazando comparaciones con la historiografía hecha en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica; mientras que en esta sección nos vamos a centrar en las correspondencias y diferencias teóricas y metodológicas con lo que proponemos hacer en esta disertación.

Nuestro argumento principal, en particular lo que concierne la representación de los puertorriqueños como enfermizos, puede encontrarse también en otras investigaciones como las

de Luis Pabón-Batlle, Benigno Trigo, Ivette Rodríguez-Santana y Marlene Duprey. Asimismo, nuestra selección de figuras biopolíticas, centrándonos en los jibaros, las mujeres y los negros, coincide con lo encontrado en estos trabajos, en particular Trigo y Rodríguez-Santana, y el análisis biopolítico que ofrece al respecto Duprey. No obstante, nuestro marco teórico integra algunos elementos adicionales, como es el análisis epistemológico y de los discursos de clase social asociados a la profesión médica, que no tienden a estar muy presentes en muchos trabajos, con la excepción de las investigaciones de Nicole Trujillo. Igualmente, la cronología de esta disertación tiende a ser más larga que muchos de los trabajos citados, y su selección es, por un lado, más específica (centrándose en los textos médicos), pero por el otro menos diversa (al no integrar fuentes de distinto tipo, como es la correspondencia personal, los periódicos o imágenes). Vale detenernos y explicar brevemente los aportes y distinciones de los textos aludidos.

El texto de Benigno Trigo *Subjects of Crisis* es posiblemente el primer texto que intenta trazar a nivel comparativo cómo los letrados en Venezuela, Colombia, Argentina y Puerto Rico, para finales del siglo XIX y principios del XX, utilizaron el lenguaje médico para articular los supuestos problemas que veían en sus respectivas naciones. Remitiendo a la noción de discurso en Foucault, Trigo arguye que los letrados representaban a muchos sectores del país, en particular los pobres, los indígenas, los negros y la mujeres como causas de las crisis, como un “Otro” cuya degeneración causaba que el país estuviese en un estado de crisis constante. Aunque estos discursos variaban por país sí se nota una intención similar de diagnosticar a las poblaciones como enfermizas, utilizando así el lenguaje médico para marcar aquellas diferencias raciales y de género que incomodaban a las elites (y dejando entrever sus sesgos respecto al mestizaje y lo femenino²²⁵). Aunque compartimos el enfoque discursivo y sobre los usos del lenguaje (en particular analizar

²²⁵ Ver Benigno Trigo, *Subjects of Crisis: Race and Gender as Disease in Latin America* (Hanover & London: University Press of New England, 2000), 124-28.

las metáforas, analogías y metonimias empleadas a través del lenguaje médico, positivista y biologicista) sí nos resulta problemático la brevedad del texto.

El texto de Trigo es relativamente breve para abarcar la inmensidad de material que pretende (cuatro países en un periodo breve pero aun sustancial de un par de décadas) y la selección de textos es un poco difusa, centrándose en unos pocos textos (usualmente novelas y textos escritos por médicos y letrados) y proveyendo muy poca información o análisis de los contextos institucionales o políticos. En el caso de Puerto Rico, Trigo toma ciertas figuras clave e importantes (como Manuel Zeno Gandía, Francisco del Valle Atilés, Cayetano Coll y Toste y Bailey Ashford) y traza correspondencias interesantes y atinadas con ciertos textos de letrados (como Salvador Brau), pero la brevedad del análisis termina reduciéndose mayormente a las metáforas de la anemia y su relación con la tensiones que tenían los letrados respecto al mestizaje²²⁶. Aunque esta observación es atinada (y nosotros la retomaremos también en esta disertación), se siente muy breve y no permite comprender las dinámicas y discursos (no centrados en la anemia) que existían en el campo de la medicina.

Una elaboración más precisa y extendida sobre estos temas puede encontrarse en la disertación de Rodríguez-Santana *Conquests of Death*, la cual recorre del 1880 al 1929 y analiza cómo el lenguaje médico fue utilizado a nivel metafórico para “problematizar” ciertos aspectos que las elites consideraban problemático. Compartimos con la autora su perspectiva epistemológica, la cual se centró en los procesos de significación, los usos del lenguaje y las formas de producción de conocimientos que “problematizaron” las relaciones entre higiene, enfermedad y muerte. Su análisis también se enfocó en “lo dicho” (“*what is said*”) y en las prácticas (que la autora lo expresa

²²⁶ Trigo, *Subjects of*, 149-54. A su vez, ya estos argumentos aparecen (sin mucha modificación) en un artículo anterior del autor: Benigno Trigo, “Anemia and Vampires: Figures to Govern the Colony, Puerto Rico, 1880-1904”, *Comparative Studies in Society and History* XLI, n°1 (1999): 104-123.

como “*what is done*”), utilizando la noción de discurso en Foucault y el enfoque epistemológico de Canguilhem²²⁷. A tono con Trigo, pero de forma más elaborada, Rodríguez-Santana analiza cómo el discurso médico buscó patologizar los pobres, en particular los jibaros, los obreros, las mujeres y los negros²²⁸. Su selección de fuentes es más rigurosa, agrupando fuentes archivísticas de Puerto Rico y Estados, y distintos tipos de fuentes primarias, desde periódicos hasta novelas²²⁹. Sin desestimar su análisis, y reconociendo que su selección de textos médicos es mayor a Trigo y otros autores, resulta difícil discernir tal cosa como un discurso médico sobre la enfermedad y lo que encontramos es como ciertas metáforas sobre la enfermedad fueron apropiadas por los letrados y las autoridades coloniales. Nuevamente, sin desestimar su análisis, nuestro objetivo es algo más preciso y localizable al centrarse en el campo médico y su representación discursiva a través de unos vehículos de expresión específicos; de esa forma, se facilita comprender por dónde gravita y opera el discurso.

La imprecisión en la identificación de los discursos estipulados y su relación con las fuentes es una limitación que también encontramos en el texto de Luis H. Pabón Batlle *El Retorno de Polifermo*²³⁰. Aunque las tesis y argumentos de Pabón Batlle son similares a los que proponemos, en tanto y en cuanto remitimos a una medicalización que tendió a patologizar a los puertorriqueños (en particular a los pobres), nuestra propuesta difiere fundamentalmente en términos

²²⁷ Ivette Rodríguez-Santana, “Conquests of Death: Disease, Health and Hygiene in the Formation of the Social Body” (Puerto Rico, 1880-1929) (PhD diss.: Yale University, 2005), 1-3, 13-19

²²⁸ Rodríguez-Santana, “Conquests of ”, 20, 30.

²²⁹ Rodríguez-Santana utiliza una diversidad de textos, publicados y del Archivo General de Puerto Rico, el *National Archives of the United States* y el *Library of Congress*, junto a novelas (como las de Zeno Gandía y Valle Atilés), artículos de diferentes periódicos y unos pocos del BAMPR. Su selección de textos médicos es algo mayor que otros autores y se asemejan a las hechas por Marlene Duprey (como veremos más adelante, comparten las mismas revistas científicas y varios de los autores) dado que toca textos de Ashford, incluyendo su autobiografía, algunos textos de Zeno Gandía y varios de Valle Atilés, además de artículos de Antonio Fernós Isern, Agustín Stahl, Pedro Gutiérrez Igaravidez, Walter King y un texto de José Gómez Brioso. Ver Rodríguez-Santana, “Conquests”, 18-19, 122-29, 379-91.

²³⁰ Luis Pabón Batlle, *El retorno de Polifermo: La medicina de Estado de Puerto Rico al umbral del siglo XX* (Bayamón: Editorial Búho, 2003).

metodológicos y parcialmente teóricos. Por un lado, su estudio se fundamentó más en fuentes legislativas, reglamentos y ordenanzas, y algunos textos médicos, lo cual dificulta comprender cómo es que se logró identificar y analizar los “discursos” y las “estructuras” aludidas en el texto (lo cual tiene que ver tal vez con el modo, distinto al nuestro, que interpreta a Foucault). Por el otro lado, la falta de una mayor cronología (el texto recorre finales del siglo XIX y la primera década del siglo XX) y de contextualización de las instituciones, campañas y médicos dificulta comprender “lo dicho” y “lo hecho” por el campo médico (más allá de las legislaciones sanitarias), sea el puertorriqueño como el estadounidense. No obstante, esto no desacredita sus reflexiones ni sus críticas en torno a los usos de controles sociales a través de los discursos higiénicos (contra locos, pobres, tuberculosos y leprosos)²³¹.

Sin embargo, cuando consideramos el periodo abarcado (finales del siglo XIX y principios del XX), nos parece más atinada la interpretación y enfoque que han hecho otras autoras, como Rodríguez Santana, Trujillo y Duprey. En el caso de Duprey, en particular su libro *Bioislas*, nos parece una mejor estrategia su selección de fuentes que incluye el análisis de textos médicos, novelas hechas por médicos, periódicos y revistas científicas (algunas de las que también

²³¹ No coincidimos necesariamente con la dicotomía que ofrece el autor en torno a las influencias europeas (española y francesa) y estadounidense para explicar cómo se fue edificando, por un lado, ciertas prácticas de regulación sanitaria y, por el otro, cierto discurso higiénico y disciplinario contra los pobres, los leprosos y los tuberculosos. La polarización que hace el autor entre lo español y lo estadounidense es un buen punto de partida, pero muy simplista, en particular cuando algunas de estas prácticas no eran exclusivas de los españoles (existían en los franceses y estadounidenses, además de los latinoamericanos). Además, esta dicotomía pierde de perspectiva la confluencia de los discursos o su particular apropiación selectiva por los médicos puertorriqueños. Esta dicotomía, como veremos más adelante en los capítulos IV y V, fue algo que los propios médicos puertorriqueños promovían, muy selectivamente, para así también romantizar ciertos aspectos hispánicos y anglosajones del ejercicio de la medicina en Puerto Rico. Inclusive trazar esta confluencia puede explicar mejor como es que, pese a las supuestas diferencias culturales, las regulaciones y prácticas higiénicas buscaban someter a los sectores más desamparados de la sociedad puertorriqueña. A su vez, resulta debatible si Pabón Batlle realmente logra estudiar las “estructuras” o si identifica concretamente algunos discursos (y ambos, discursos y estructuras no son lo mismo, por esa misma razón Foucault se distanciaba, también selectivamente, de los estructuralistas y la Escuela de los Annales). Igual su lectura de Foucault parece limitarse a solo parte de su teoría, dejando a un lado su conceptualización respecto a la biopolítica y la gubernamentalidad. Ya este señalamiento metodológico fue hecho también por Marlene Duprey al reseñar el texto de Pabón Batlle. Ver Marlene Duprey, “Luis H. Pabón Batlle, *El Retorno de Polifemo: la medicina de Estado en Puerto Rico al umbral del siglo XX*. Bayamón, P.R.: Pluriverso, 2003”, 205-09, 207-08, *Historia y Sociedad* XIV (2013): 205-9, 207-8.

analizamos en esta disertación) en vez que limitarse al análisis de reglamentos, ordenanzas y unos pocos textos gubernamentales y médicos. Igualmente coincidimos con su enfoque biopolítico, pero discrepamos del enfoque dado al uso de las fuentes. Aquí nuevamente es importante destacar que en esta disertación nos interesa el discurso médico según es representado por el campo médico, y no por otros campos o espacios, y en el caso de texto de Duprey resulta problemático poder adentrarse a un discurso cuando los análisis se centran mayormente en dos o tres médicos (mayormente Francisco del Valle Atilés y José Belaval, aunque siendo justos no son médicos que se han analizado lo suficiente) y en una selección pequeña de artículos médicos que cubren igualmente una cantidad pequeña y errática de años. Similar a Rodríguez-Santana, Duprey analiza revistas médicas de finales del siglo XIX y principios del XX, e igualmente ofrece un análisis más pormenorizado que muchos otros autores, pero aun así son pocos los textos medicados analizados²³². Igualmente, el libro de Laura Briggs *Reproducing Empire* cuyo análisis se nutre de diversas fuentes archivísticas que se centran en la correspondencia e informes de figuras clave dentro de las prácticas contraceptivas y de control de la natalidad durante la primera mitad del siglo XX, analiza algunos pocos textos médicos y científicos (unos pocos textos de Ashford, Valle Atilés, Belaval y Janer, un demógrafo que favorecía el control de la natalidad)²³³.

Una limitación palpable, aunque entendible, de muchos de estos textos es que no se enfocan en el campo médico sino más en los informes gubernamentales, los artículos periodísticos que

²³² En términos metodológicos Duprey se ampara en fuentes selectivas, haciendo un análisis literario de revistas (en particular *La Salud* y *El Eco Médico Farmaceutico*, dos fuentes que también analizamos en esta disertación) en particular lo que compete la higiene y su función y la imagen de la comadrona, las novelas de los médicos (*La Charca*, *Inocencia*) y textos de Francisco del Valle Atilés y de José S. Belaval, selecciones de *El Libro de Puerto Rico*, entre otros (entre ellos selecciones de *La Correspondencia*, algunos artículos del *Boletín de la Asociación Médica*, y un solo texto de anemia de Ashford). Sin embargo, su análisis de textos médicos del siglo XX son muy escasos (21 artículos que son solo del 1914-15 y dos del 1917 y uno del 1933). Ver Marlene Duprey, *Bioislas: ensayos sobre biopolítica y gubernamentalidad en Puerto Rico* (San Juan: Ediciones Callejón, 2010), 211-14; también se repiten algunas de estas referencias en Marlene Duprey, “Los discursos de higiene y el cuerpo femenino como metáfora de ingobernabilidad (Puerto Rico, finales del siglo XIX)”, *ARENAL XIV*, n°1 (2007), 59-78.

²³³ Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley: University of California Press, 2002), 245-48, 252, 264-265.

hablan de enfermedades (o que, en algunas ocasiones, son hechos por médicos) y en otros tipos de fuentes que no permiten dar una idea o imagen más concreta de la profesión médica, sus ideologías, prácticas e incluso las teorías y debates que existían a nivel científico. Por eso se destacan los trabajos de Nicole Trujillo que analizan los conflictos y correspondencias entre la clase médica, el Gobierno, las autoridades sanitarias estadounidenses y las campañas de Ashford. Sin embargo, su enfoque no era exclusivamente en el discurso médico sino en el político y el profesional, dado que buscaba establecer la relación discursiva que hubo entre la profesión médica y el desarrollo nacional. Los análisis Trujillo son de los pocos que se concentran en analizar la profesión médica²³⁴, en particular las tensiones políticas y de clase que hubo entre los médicos puertorriqueños y los médicos estadounidenses. Sin desacreditar sus contribuciones (que han sido muy útiles para esta disertación), un aspecto fundamental que diferencia esta disertación es que nos centramos más en un tipo de fuente y durante un periodo mayor de tiempo (los análisis de Trujillo se centran mayormente en el periodo de las primeras campañas de Ashford, y parcial y brevemente en los inicios de las intervenciones de malaria)²³⁵.

²³⁴ El libro de Cesar Salcedo *Las negociaciones del arte de curar*, aunque no toca directamente nuestra temporalidad, es otro de los pocos textos que busca analizar los dispositivos institucionales y regulatorios del quehacer médico como profesión. Sus contribuciones son pertinentes para contextualizar también los conflictos entre los médicos y los “practicantes”, aspecto que ya tocaremos brevemente en el tercer capítulo para así comprender los conflictos entre los médicos y los llamados “charlatanes”. Ver Cesar August Salcedo Chirinos, *Las negociaciones del arte de curar. Los orígenes de la regulación de las practicas sanitarias en Puerto Rico (1816-1846)* (Lajas: Editorial Akelarre, 2016).

²³⁵ El texto más elaborado de Trujillo es *Modern Colonization by Medical Intervention* (que es en realidad una versión editada de su disertación *Health Beyond Prescription*) y es el más diverso en término del uso de fuentes. Sus fuentes se centran en los administradores coloniales, tanto los que operaban dentro y fuera de los servicios de salud pública, y las publicaciones de médicos, intelectuales y ciertas figuras públicas. También utilizó cartas e informes no publicados de distintos archivos en Estados Unidos y Puerto Rico. También utilizó textos de Manuel Quevedo Báez e información de los censos para construir las biografías de algunos de los médicos y de la profesión. Sin embargo, no queda claro en realidad la selección concreta de fuentes. Sus otros textos son artículos breves (uno de finales del siglo XIX y otro también de inicios del siglo XX) y contienen fuentes similares, con la excepción de que utiliza también cartas e informes de la *Rockefeller Foundation*. Las fuentes aludidas pueden verse en Nicole Trujillo-Pagán, “Health beyond prescription: A postcolonial history of Puerto Rican Medicine at the Turn of the Twentieth Century” (PhD diss., University of Michigan: 2003), 35-36; Nicole Trujillo, *Modern Colonization by Medical Intervention: U.S. Medicine in Puerto Rico* (Leiden: Brill, 2013), 29-30. Los otros artículos de la autora son: Nicole Trujillo-Pagán, “Controlling Malaria and Men: Rockefeller Health Intervention in ‘Porto Rico’, 1920-1926”, *Center for Research on Social Organization. Working Paper Series #560* (January 1998), 1-31, 4. Accedido en <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/51324>; Nicole Trujillo-Pagán, “The Politics of Professionalization:

Otro texto importante es el José Amador *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940* que es otro de los pocos análisis históricos comparativos que incluye a Puerto Rico y que recorre un periodo muy similar al nuestro (de finales del siglo XIX hasta 1940). El texto busca trazar las correspondencias entre las campañas de salud pública y como tales intervenciones (que muchas dependieron de los Estados Unidos y la *Rockefeller Foundation*) posibilitaron ciertos tipos de transformaciones, pero a la vez reflejaban una serie de tensiones y conflictos de carácter racista. El alcance de Amador es impresionante, pero similar a Trigo, la extensión y elaboración del texto se queda muy corta cuando se toma en consideración que se analizan las interacciones de cuatro países (porque la intervención estadounidense es una constante en todos estos casos) durante cincuenta años (en menos de 160 páginas). Claro, el problema no es uno cuantitativo sino metodológico, y aunque su selección de textos es amplia en términos archivísticos (porque toma archivos de Brasil, Cuba, Puerto Rico y Estados Unidos, incluyendo la *Rockefeller Foundation*) y diversa en términos de tipo de fuente (textos médicos, periódicos, imágenes, informes gubernamentales e institucionales), su selección de textos médicos de Puerto Rico es bastante breve y se centra en Ashford y las campañas de anemia. Tal vez el problema más evidente es que, sin desestimar la diversidad de fuentes y análisis, la selección no queda del todo clara en términos metodológicos²³⁶.

Es preciso aclarar que nuestras críticas buscan no desacreditar los argumentos de los autores

Puerto Rican Physicians during the Transition from Spanish to US Colonialism", en *Health and Medicine in the circum-Caribbean 1800-1968*, eds Juanita De Barros, Steven Palmer & David Wright (New York: Routledge, 2009): 142-164; Nicole Elise Trujillo-Pagan, "Worms as a Hook for Colonizing Puerto Rico", *Social History of Medicine* XXVI, n°4 (2013): 611-32.

²³⁶ Su libro es una versión editada (y acortada en algunos sentidos) de su disertación *Redeeming the Tropics*. Aun ahí su definición metodológica es un poco ambigua y breve: "My analysis draws on U.S. military records, medical journals, ethnographies, autobiographies, novels, popular images and documents of the Rockefeller Foundation to reconstruct the circulation of public health campaigns in and among these countries". Ver José Amador, *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940* (Vanderbilt University Press: Nashville, 2015), 8, 191-96; José Amador, "'Redeeming the Tropics': Public Health and National Identity in Cuba, Puerto Rico, and Brazil, 1890-1940" (PhD diss., University of Michigan, 2008), xi.

ni su información (la cual utilizamos y nos ha sido muy útil como fuentes secundarias) sino distinguir la aportación de esta disertación. Por ejemplo, los trabajos de Trigo, Trujillo, Duprey y Pabón Batlle se centran en periodos relativamente breves, que no tienden a pasar de la Primera Guerra Mundial (y en ocasiones se quedan en principios del siglo XX), lo cual permite centrarse más en ciertos eventos, pero dificulta trazar las continuidades y discontinuidades de ciertos discursos, prácticas y saberes²³⁷. La mayoría de estos textos no buscaban en realidad centrarse en el campo médico, sino que le interesaba más trazar la existencia y usos de discursos médicos o de metáforas y significantes médicos por parte de los letrados, las autoridades gubernamentales y grupos políticos. Igualmente, muchos de estos textos no proveían un panorama más concreto de las instituciones y servicios médicos, las campañas higiénicas y las terapias, modelos o intervenciones utilizadas a nivel general para atender lo que suponían ser las epidemias más graves o relevantes. Por tanto, esta disertación busca precisar y proveer más detalles en términos del contexto institucional y epistemológico para así localizar mejor la existencia de discursos particulares, en especial si tales son producidos desde el campo médico o al menos aquellos grupos y autoridades que pretendían representar al campo, clase o profesión médica. También esperamos poder proveer una historicidad más amplia, en términos cronológicos, para así trazar mejor ciertas continuidades, correspondencias, tensiones y discontinuidades, tanto a nivel discursivo como en términos de las prácticas sanitarias que suponían ejercerse.

Las aportaciones de los textos mencionados en esta sección, junto a otros más (que ya veremos en el próximo capítulo), son imprescindibles para la formación de esta disertación, y sin estos

²³⁷ Curiosamente algunas de las tesis de maestría han tendido a ser un poco más rigurosas en la selección de fuentes de revistas científicas y médicas, aún si su análisis y metodología difiera del nuestro; o al menos sus análisis archivísticos permite tener una visión más pormenorizada de las actividades médicas. Ver por ejemplo las selecciones en la bibliografía de: Rafael Lebrón Rivera, *¡Detengamos el jinete de la muerte! la plaga blanca ante un pueblo enfermo: la lucha por controlar la tuberculosis en Puerto Rico, 1900-40* (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico. Programa Graduado de Historia, 1990); Lucy Peña Carro, *Las Comisiones de Anemia en Puerto Rico (1904-1908): medicina o justicia social* (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico, 2007).

trabajos no hubiese sido posible establecer una coordenadas mínimas en términos de ciertos grupos que eran objeto de medicalización (los jibaros, los obreros, las mujeres y los negros) y de ciertos médicos que eran figuras clave (como Francisco del Valle Atilas, Manuel Zeno Gandía, Bailey Ashford, Manuel Quevedo Báez, Agustín Stahl, Pedro Igaravidez, José Belaval y Antonio Fernós Isern). Estas coordenadas nos han permitido identificar los distintos discursos que fueron producidos desde el campo médico, para así tener también una mejor idea o imagen de las nociones, significantes, ideas, roles y atribuciones dichas y representadas por los médicos o mejor dicho por ese grupo de médicos que buscaba representar la profesión y las actividades sanitarias y científicas del país. La limitación obvia que tiene esta disertación es que no comparte una diversidad de fuentes (aún si incluye novelas, informes gubernamentales, textos sociológicos y políticos, pero tales no son su enfoque), como los demás trabajos. La razón para ello es que, una vez hecho este análisis, futuros trabajos pueden entonces enfocarse en otras fuentes y vehículos de expresión para así constar, comparar y distinguir los discursos que hemos identificado y analizado.

III. A modo de cierre

En este capítulo hemos delimitado y discutido el marco teórico y la metodología que orienta los análisis que estaremos haciendo en esta disertación. Hemos ido definiendo y resumiendo los argumentos de autores que han utilizado los conceptos o instrumentos analíticos “medicalización”, “problematización”, “relaciones de saber-poder”, “biopolítica”, “gubernamentalidad”, “colonialidad”, “racialización”, “racialismo”, “discurso”, “eugenesia latina” y “eugenesia clásica/ortodoxa”. Nuestro marco teórico se ampara, como punto de partida, en la conceptualización foucaultiana respecto a las relaciones de saber-poder, en especial la biopolítica y la gubernamentalidad. Sin embargo, estas conceptualizaciones las estamos integrando dentro de la historiografía crítica de la medicalización y complementándolas con las teorías epistemológicas

de Canguilhem y las teorías colonialistas, poscolonialistas y de decolonización latinoamericanas. De esa forma ampliamos el registro foucaultiano y consideramos cómo los procesos de medicalización y biopolíticos reflejan procesos de colonización, de racialismo y racismo y, entre otras cosas, de intereses elitistas. En términos metodológicos, nuestro análisis histórico es una combinación de análisis de discurso con análisis epistemológico para así identificar y discutir “lo dicho” por el campo médico, enfocándonos especialmente en fuentes y textos médicos, a la misma vez que proveemos un panorama del contexto institucional que nos permite ver también las prácticas, actividades y regulaciones existentes (o que se suponía que existían y se cumplían). De ese modo, buscamos hacer una historia sociocultural que integre elementos de historia intelectual y epistemológica, para entonces proveer una perspectiva más amplia de la producción de conocimientos, discursos y prácticas asociadas al campo médico, en particular aquellos saberes y prácticas de índole biopolítico y que buscaron regular los modos de vivir de ciertos grupos (como los pobres, las mujeres y los negros).

El interés principal de este capítulo es proveer y explicar un marco teórico y metodológico que vaya más allá de las aproximaciones tradicionales y usuales en torno a la historia de la medicina (o inclusive las ciencias en general) y que integre las contribuciones más relevantes de distintos debates asociados a la medicalización y los usos de la Ciencia, lo que incluye también los análisis en torno a la colonización y el racismo. El objetivo es proveer unos parámetros y coordenadas que permitan comprender nuestras perspectivas y métodos de análisis, los cuales orientan nuestra selección e interpretaciones de las fuentes. En teoría, nos gustaría pensar que nuestros objetivos coinciden con lo expuesto por Foucault, cuando, en un debate con historiadores a propósito de *Vigilar y castigar*, había expuesto que era preciso realizar un trabajo común para “desdisciplinar” las aproximaciones de la historia y de la filosofía, mediante un estudio local de las prácticas del

poder y sus discursos. En este contexto planteó, además, que sus investigaciones no deberían considerarse como “afirmaciones dogmáticas que hay que aceptar en bloque”. Por el contrario, se trataría de unas “ofertas de juego” que no son tratados de filosofía ni estudios históricos, sino simplemente “unos fragmentos filosóficos en unos talleres históricos”²³⁸.

A tono con el interés de Foucault de que sus problematizaciones y conceptualizaciones sirviesen de “herramientas”, nos hemos detenido a discutir los diferentes conceptos e instrumentos analíticos, tanto foucaultianos como de otros pensadores y perspectivas, junto a los debates que les circundan, para que así evitemos las limitaciones de ciertos enfoques foucaultianos (suficientemente dogmáticos para perder de perspectiva lo que hizo de Foucault un pensador distintivo, pero evidentemente no único ni exclusivo). Igualmente, esto corresponde con lo expuesto por la historiadora Carmen Luisa González: “se parte de la posibilidad de escribir una historia que asuma la incertidumbre de las categorías analíticas que se han utilizado tradicionalmente en las ciencias sociales y en las humanidades para dar cuenta de las relaciones entre seres humanos”²³⁹.

No debemos subestimar la importancia que tiene la conceptualización cuando se busca seleccionar e interpretar fuentes de cualquier tipo. La noción de salud y enfermedad, sea la articulada por el campo médico o por otros (porque el campo médico no fue el primero en articular sobre estas nociones), no es universal ni fija; por lo tanto, sus usos y significaciones van a depender de diversas circunstancias, contextos, relaciones, interacciones, adecuaciones y apropiaciones que van a ir transformando no solo su significación sino lo referido y hecho a través de ello. Un punto de partida, aunque no es obviamente el único, es considerar cómo estas nociones son articuladas

²³⁸ Castro Orellana, “Foucault y el debate postcolonial”, 244.

²³⁹ Carmen Luisa González, “Otra posible mirada: una lectura crítica de la “nueva historia puertorriqueña”, En *El pasado ya no es lo que era*, ed. Carlos Pabón (San Juan: Ediciones Vértigo, 2005), 171-98, 193.

discursivamente por el campo médico para así problematizar diversos asuntos, no todos inmediatamente médicos. De esa forma, podemos apreciar cómo los saberes médicos no son independientes ni inmunes a los demás saberes y prácticas que los circundan. Para lograr esto requerimos de una conceptualización y metodología que interprete más allá de lo literal y que no busque simplemente reproducir, sin darse cuenta, los discursos actuales o de la época sin contextualizarlos ni analizarlos.

Como veremos en el próximo capítulo, existen muchos trabajos y análisis que han señalado cómo la medicalización y la higienización de la vida cotidiana no llevó solo a adelantos sanitarios, sino que también justificó prácticas sexistas, clasistas y racistas. Algunas de estas prácticas pueden parecernos evidentes, en retrospectiva y a partir de ciertos conocimientos que nos posibilitan “problematizar” aspectos que antes fueron selectivamente ignorados, pero muchas otras prácticas son menos “visibles” o han logrado transformarse al punto de normalizarse. Por eso es necesario estudiar y apropiarnos, de forma prudente, de los estudios en otros países para así poder captar aquello que pasa desapercibido. Si partimos de las coordenadas biopolíticas que hemos señalado, tenemos ahí un buen punto de partida para identificar la presencia y posible interconexión o confluencia de lenguajes, saberes y prácticas higienistas, eugenésicas y racialistas. En el próximo capítulo veremos cómo estos aspectos han sido estudiados, no solo en Puerto Rico por unos pocos textos, sino en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica.

Capítulo II

Debates historiográficos en torno a la crítica a la medicalización en Puerto Rico, Europa, Estados Unidos y Latinoamérica

En el capítulo anterior nos enfocamos en las conceptualizaciones o instrumentos analíticos que van a guiar nuestro análisis, acentuando la relevancia de la perspectiva foucaultiana en torno a las relaciones de saber-poder, la biopolítica y la gubernamentalidad, junto a críticas a la colonialidad del poder, el racismo y la eugenesia. En este capítulo nos remitimos a las investigaciones históricas que han buscado, desde distintos registros, dar cuenta de los efectos de la medicalización desde finales siglo XIX hasta el siglo XX, integrando distintos marcos teóricos y enfoques, desde el foucaultiano hasta las teorías poscoloniales. En otras palabras, aquí buscamos ofrecer una revisión historiográfica respecto a la crítica a la medicalización en Puerto Rico, Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Como ya mencionamos en el capítulo anterior, esta historiografía crítica incluye los cuestionamientos de la medicalización, la higienización y la psicopatologización de la vida cotidiana, y las críticas a las prácticas eugenésicas, en particular a la “eugenesia latina” en Latinoamérica. Este tipo de historiografía crítica no ha proliferado mucho en Puerto Rico, por esa razón vamos a comenzar este capítulo con una revisión de las contribuciones más pertinentes hechas en el país en las últimas décadas. A continuación, vamos a revisar los debates historiográficos desarrollados en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica respecto a las historias críticas a la medicalización, en donde confluyen estudios respecto al desarrollo de la salud pública, la psiquiatría, la eugenesia y la medicina tropical.

En esta revisión buscamos es trazar algunas de las figuras, textos y debates más pertinentes, que se iniciaron principalmente en Europa y Estados Unidos en la década de los setenta, y se extendieron también a Latinoamérica, para entonces cerrar este capítulo apuntando a ciertas

correspondencias con Puerto Rico. El objetivo principal aquí es demostrar cuán amplia y compleja ha sido la historiografía crítica asociada a la medicalización, para así apuntar a la relevancia de estudiar tanto las correspondencias como las particularidades históricas y culturales de cada país . También nos interesa ampliar un poco más los debates que se han desarrollado hasta el momento en la historiografía en Puerto Rico. Cuando comparamos la historiografía crítica de la historia de la medicina de Puerto Rico con las de otras partes del Mundo, en particular Europa (Francia, Inglaterra y España), Latinoamérica (México, Argentina y Brasil) y Estados Unidos, notamos varios problemas y limitaciones: 1) falta de diálogo y comparación entre los procesos sanitarios, médicos y políticos en Puerto Rico con los de otros países, sea del Caribe o Latinoamérica, con la excepción muy parcial de Estados Unidos (cuyas comparaciones también son limitadas); 2) son escasos los análisis que tracen la presencia y dinámicas de teorías y prácticas eugenésicas en Puerto Rico, pese a que Puerto Rico fue uno de los pocos países en el Caribe y Latinoamérica que llevó a cabo esterilizaciones y tuvo una Junta Insular de Eugenesia; 3) carencia de un texto historiográfico que discuta las instituciones y servicios médicos principales del país durante la primera mitad del siglo XX, junto a las campañas sanitarias principales y sus respectivas figuras y prácticas médicas (aparte de Bailey Ashford).

Uno de los problemas más palpables de la historiografía puertorriqueña fue que, por gran parte del siglo XX hasta casi la década de los noventa, la mayoría de los textos sobre historia de la medicina fueron escritos por médicos que asumían una postura idealizada del campo y la profesión médica. Si nos permitimos simplificar el asunto, podemos dividir la historiografía de la medicina de Puerto Rico en dos categorías: 1) una historiografía tradicional; 2) una historiografía crítica. Tenemos en primer lugar aquella que, en muchos sentidos, no ha trascendido de reproducir una historia clásica o tradicional (tipo “era de bronce”), en donde se destaca la obra de Manuel

Quevedo Báez y Salvador Arana Soto como los supuestos únicos historiadores oficiales de la Medicina en nuestro país. Es este tipo de “historia tradicional” la que más contrasta con la producción intelectual en torno a la historia de la medicina de otros países¹. Esta historiografía, la cual aún pervive² en revistas médicas, tiende a evitar discutir, a nivel general (tanto en Puerto Rico u otros países) los temas de la medicalización y la eugenesia (o las teorías de degeneración) y la relación que tuvieron estos saberes con ciertos proyectos de las emergentes naciones-estado. Esto, a su vez llevó a que se articularan estrategias de control, regulación, exclusión e incluso, en algunos casos, un exterminio (más o menos sistematizado). Igualmente, obvia discutir los problemas epistemológicos (tanto filosóficos/teórico-conceptuales como prácticos) del campo médico, en particular sus premisas de cierta inmunidad respecto a los eventos políticos, ideológicos o, inclusive, frente a los prejuicios de la época. La historiografía crítica está compuesta, casi por completo, de historiadores que no son especialistas del campo médico ni de las ciencias naturales (inclusive, en varios casos la historia de la medicina o de las ciencias no son sus enfoques principales³), pero han tenido el interés o sentido la necesidad de estudiar, analizar y discutir temas asociados a la medicina, la salud pública y el control de la natalidad. Esta historiografía conforma aún un grupo pequeño dentro de la producción historiográfica del país y, por esa razón, es

¹ Para un listado de estos textos ver Introducción, página 11, en la nota al calce n°16

² Para un listado de estos textos ver también la Introducción la nota al calce n°.19 y la discusión en la sección de “Justificación y problemas historiográficos. Es importante destacar que los textos aludidos han sido publicados en las últimas dos décadas y reflejan aún muchos de los problemas de la historiografía tradicional y panegirista. Claro, algunos de los autores pueden ser más críticos y actualizados (en particular Annette B. Ramírez de Arellano y José Rigau) que los médicos de las décadas pasadas y proveen información crucial de las instituciones, los servicios y algunos de los médicos involucrados. No obstante, por lo general, sus trabajos carecen de análisis social, cultural y epistemológico (ni hablar discursivo), en particular cuando concierne cuestionar las prácticas médicas (y no las regulaciones gubernamentales o los problemas políticos). Vale notar que mucho de los autores aludidos apenas recurren a los historiadores que discutiremos en esta revisión, u otros que vayan más allá de un recorrido sobre las figuras e instituciones médicas clave.

³ Este señalamiento es importante porque, cuando comparamos algunos de los autores que discutimos en este capítulo (y en el anterior), una cantidad significativa de estos son historiadores cuya especialidad (y/o educación) es historia de la medicina (algunos son médicos), como es el caso de Rafael Huertas, Ricardo Campos, Enric Novella, Hector A. Palma, Daniel Kevles, Warwick Anderson, Jan Goldstein, Cristina Sacristán y Georges Canguilhem.

importante ofrecer un recorrido de sus aportaciones al debate de la medicalización.

I. La historiografía crítica de la medicina en Puerto Rico

Si nos permitimos dividir la historiografía crítica respecto a la historia de la medicina y la salud pública en Puerto Rico, podemos distinguir tres tendencias principales (muchas de ellas asociadas a la “nueva historia” social, o de la “vida social”, de finales de la década de los setenta e inicios de los ochenta), que se inician a partir de la década de los ochenta y fueron creciendo a partir de la década de los noventa:

- 1) Una perspectiva histórico-social y crítica respecto al colonialismo que revisa el rol de la medicina y la salud pública en los proyectos imperialistas y/o de colonización/americanización. Dicha perspectiva también llevó a cabo análisis críticos respecto a la “Medicina Tropical” /medicina tropical (tanto al concepto como al campo de estudio), el rol y las dinámicas de los letrados ante las autoridades coloniales, y los discursos respecto al “pueblo enfermo”. Aquí se destacan los estudios de Blanca Silvestrini en la década de los ochenta y otros que siguieron, por lo general, una perspectiva de historia social.
- 2) Un conjunto heterogéneo de análisis histórico-sociales que, a falta de un mejor término, pudiesen vincularse con una crítica a la medicalización de los grupos marginados a través de instituciones “correccionales” (que incluyen las instituciones de beneficencia), y cuyo análisis integra, no solo el emerger de la psiquiatría, sino su relación con el edificio disciplinario y regulador (o inclusive biopolítico) de la higiene. Aquí puede verse la influencia de las conceptualizaciones de Foucault y de otros autores que critican las estrategias de control social utilizadas a través de la medicalización. En su mayoría estos trabajos se publican a partir de la década de los noventa.

- 3) Otro conjunto, heterogéneo y que comparte las preocupaciones del grupo anterior, pero se ha centrado más en la medicalización de la natalidad y la fecundidad, enfocándose inicialmente en las políticas contraceptivas y de esterilización, para entonces integrar una discusión más compleja de las relaciones entre género, sexualidad, raza y poder. Hasta cierto punto, se trata de un grupo interesado en criticar una medicalización que reflejaba sesgos sexistas, clasistas y racistas. En esta última tendencia confluyen influencias feministas, poscoloniales y foucaultianas, las cuales corresponden, directa o indirectamente, con la historiografía sociocultural latinoamericana que ha cuestionado el rol que tuvo la medicina en la conformación de las identidades y políticas nacionales, raciales, sexuales y de género. Aunque hubo textos sobre el tema desde al menos la década de los ochenta (y para nuestros fines se destaca el texto de Annette Ramírez de Arellano⁴),

⁴ Destacamos el texto de Ramírez de Arellano porque tal es, para todos los fines, el primer estudio histórico y sistemático de la contracepción en Puerto Rico. Desde la década de los treinta del siglo XX, existen varios textos que discuten el control de natalidad y la esterilización. Sin embargo, durante la década de los ochenta hay varios textos de sociólogos, trabajadores sociales e historiadores discutiendo el tema, sea para criticarlo o para presentarlo como un adelanto. Gran parte de la discusión se inicia cuando algunos estudios, como el de José Luis Vázquez Calzada, destacan que Puerto Rico era ya, para la década de los setenta, uno de los países (o el país) con la proporción más alta de esterilizaciones femeninas. Este dato no era del todo nuevo, y ya algunos defensores de la contracepción y la esterilización lo habían anunciado (por ejemplo, el grupo de investigadores asociados a J. Mayones Stycos), pero a partir de la década de los setenta se problematiza ese dato para así resaltar la influencia del americanismo y el colonialismo en esos procesos (lo cual, realmente tampoco es nuevo porque ya estas críticas habían sido hechas, desde la década de los treinta, por los nacionalistas y Pedro Albizu Campos). Para más información se recomienda ver los aludidos textos de Briggs, Ramírez de Arellano y Seipp y de Torres-Deglo. Ya algunos de estos detalles los retomaremos en los próximos capítulos, en particular el quinto. Mencionamos aquí solamente algunos de los textos más pertinentes desde mediados del siglo XX: Kurt Back, Reuben Hill, J. Mayone Stycos, "Population control in Puerto Rico: The formal and informal framework", *Law and Contemporary Problems* (1959): 558-576; Reuben Hill, J. Mayone Stycos & Kurt W. Back, *The Family and Population Control: A Puerto Rican Experiment in Social Change* (New Haven: College & University Press, 1959); Harriet B. Presser, "Puerto Rico: The Role of Sterilization in Controlling Fertility", *Studies in Family Planning* I, n° 45 (1969): 8-12; José Luis Vázquez Calzada, "La esterilización femenina en Puerto Rico", *Revista de Ciencias Sociales* XVII, n° 3 (1973): 281-308, 283; Bonnie Mass, "Puerto Rico: A case study of population control", *Latin American Perspectives* IV, n°(4) (1977): 66-81; Mayone Stycos, "Sterilization in Latin America: Its Past and Its Future", *International Family Planning Perspectives* X, n° (2) (1984): 58-64 (menciona a Puerto Rico como un caso excepcional y positivo, "adelantado a su tiempo" debido al porcentaje alto de esterilizaciones anuales); Iris López, "An ethnography of the medicalization of Puerto Rican women's reproduction", en *Pragmatic women and body politics*, eds Margaret Lock & Patricia A. Kaufert. Cambridge (UK: Cambridge University Press): 240-59, Lourdes Lugo-Ortiz, "Relatos de la esterilización: entre el acomodo y la resistencia", *Revista de Ciencias Sociales* VI (1999): 208-226; Elizabeth Crespo Kebler, "Ciudadanía y nación: Debates sobre los derechos reproductivos en Puerto Rico", *Revista de Ciencias Sociales* X (2010): 57-84.

los que ofrecen una revisión médica y crítica proliferan más a partir de la década de los noventa.

A. Historiografía crítica e histórico-social respecto a los usos de la salud pública

Este primer grupo de estudios es importante porque nos permite captar las primeras críticas visibles y sistemáticas al desarrollo histórico de los servicios e instituciones de salud pública. Muchas de estas críticas se centraban más en la ineficacia gubernamental, en particular la estadounidense, así como en los conflictos ideológicos y culturales asociados al “americanismo” (entiéndase aquí, a la presencia de los estadounidenses) y el colonialismo.

1. La medicina y la salud pública como parte de un proyecto imperialista y/o de colonización

El primer texto evidentemente crítico de los usos de la medicina y la salud pública, con el cual iniciamos este recorrido historiográfico, es un breve artículo a principios de la década de los ochenta del siglo XX de Blanca Silvestrini: “El impacto de la política de salud pública de los Estados Unidos en Puerto Rico 1898-1913”. En este se analizó un tema poco discutido hasta el momento a nivel historiográfico: las políticas de salud pública como instrumento de americanización⁵. La preocupación central del artículo era demostrar el conflicto sociocultural entre las expectativas higiénicas del gobierno militar estadounidense, tanto a nivel administrativo como institucional (favoreciendo la centralización), y las necesidades sanitarias y económicas de los puertorriqueños. Dicho conflicto llevó, por parte de las autoridades estadounidenses, no solo a malentendidos socio-culturales (respecto a la dieta y los modos de vivir de los puertorriqueños) sino a un cierto enfoque en la higiene, derivado del modelo anglosajón del *Public Health*

⁵ Blanca Silvestrini, “El impacto de la política de salud pública de los Estados Unidos en Puerto Rico 1898-1913”, en *Politics, Society and Culture in the Caribbean*, ed. Blanca Silvestrini (San Juan: Editorial Universidad de Puerto Rico, 1983): 69-83, 70.

Movement (que daba prioridad a la limpieza de los espacios públicos y a transformar los hábitos higiénicos personales), que agravó e hizo más lentos los cambios necesarios para atender las necesidades y prioridades reales de los puertorriqueños⁶.

Silvestrini destaca aquí un aspecto que otros historiadores irán matizando y complejizando: las tensiones producidas entre, por un lado, el personal directivo y militar-sanitario estadounidense y, por el otro, las autoridades locales puertorriqueñas que entorpecieron los “progresos” de la salud pública, dado que las autoridades estadounidenses no tomaron en consideración las necesidades y perspectivas de los puertorriqueños, incluyendo sus profesionales (en especial, los médicos)⁷. Este artículo podemos ubicarlo en la emergente y heterogénea vertiente de la “nueva historia” para la década de los ochenta, interesada en analizar y elaborar críticamente sobre los procesos sociales, los prejuicios y problemas que habían sido omitidos en los análisis históricos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX por parte de la elite criolla. Igualmente, encontramos una crítica en torno al proceso de “americanización” y cómo este afectó el modo que se organizaron y efectuaron los servicios médicos⁸.

Durante las décadas de los ochenta y principios de los noventa encontramos pocos trabajos de carácter histórico sobre la medicina y las políticas sanitarias; inclusive se tuviera que resaltar que, por lo general, tales se reducen a tesis⁹ (y publicaciones breves que retoman selectivamente sus

⁶ Por ejemplo, se favoreció el estudio y tratamiento de la anemia en detrimento de tratar la tuberculosis, la malaria y la fiebre tifoidea. Ya más adelante veremos cómo el enfoque en la anemia reflejaba cuán selectiva fue la mirada médico-higiénica al centrarse en una estrategia biomédica que buscaba resolver los problemas sanitarios con píldoras/medicamentos y métodos experimentales. Ver Silvestrini, “El impacto”, 76-81.

⁷ Silvestrini, “El impacto”, 83. Ver también Raúl Mayo-Santana, Lucy Peña-Carro y Silvia E. Rabionet, “The Historical Antecedents of the UPR School of Tropical Medicine”, *PRHSJ XXXV*, n°2 (2016): 53-61, 54.

⁸ Hasta cierto punto, muchos de los textos en Puerto Rico que discuten críticamente y a nivel histórico la medicina y la salud pública siguen parcialmente esta crítica (como las tesis de Ramonita Vega Lugo y Rafael Lebrón, cuyas referencias aparecen en la próxima nota al calce). Se pudiese decir que este tipo de crítica aún persisten en varios de los autores que vamos a discutir (como Nicole Trujillo, Benigno Trigo y Laura Briggs), pero desde un marco teórico distinto (más amparado en las teorías poscoloniales).

⁹ Entre estas tesis tenemos: 1) la de Ramonita Vega Lugo sobre la cólera a mediados del siglo XIX en Mayagüez y San Germán, resaltando la ineficiencia del gobierno, la falta de médicos y el contexto de precariedad socio-económica; 2) para principios de los noventa, la de Rafael Lebrón, sobre la tuberculosis (la llamada “plaga blanca”) que analizó

hallazgos¹⁰). En términos generales, estos trabajos buscaron resaltar las dificultades que padecieron las poblaciones rurales, obreras y pobres como parte de los procesos de colonización (sea español o estadounidense) y de una administración gubernamental deficiente. Encontramos en estas tesis críticas sobre el uso, por parte del Estado, de teorías médicas sobre el clima, la raza y la nutrición¹¹, junto a sus respectivas prácticas y su aplicación en el espacio público, cuestionando, para citar a Rafael Lebrón, “con qué efectividad dichas medidas llegaron al pueblo necesitado y en qué medidas respondían a sus males físicos¹²”. Por ejemplo, la disertación de Lebrón permitía ver que existían muchas deficiencias en el modo en que se trató la tuberculosis, un aspecto que contradecía la propaganda oficial que resaltaba la excelencia de esos servicios. Parte del problema estaba asociado al “choque cultural” con las autoridades estadounidenses y al modo en que se desplazó la participación de los médicos puertorriqueños, aunque también existían una serie de problemas

los procesos de marginalización social de los pacientes de tuberculosis (centrándose, según el autor, en el sentir y padecer desde el punto de vista de los enfermos), a través de un sistema sanitario ineficiente, lo cual hizo que esta enfermedad no solo continuara dejando estragos hasta la década de los cuarenta (del siglo XX) sino que puso a los que la padecían (incluyendo sus familias y allegados) en un estado de desamparo social; 3) y la de Harold Leonard Reyes sobre la anemia y Ashford como parte del proceso de americanización. Ver Ramonita Vega Lugo, “Epidemia y sociedad: el cólera en Mayagüez y San Germán, 1856” (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico. Programa Graduado de Historia, 1989); Rafael Lebrón Rivera, “¡Detengamos el jinete de la muerte! La plaga blanca ante un pueblo enfermo: la lucha por controlar la tuberculosis en Puerto Rico, 1900-40” (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico. Programa Graduado de Historia, 1990); Harold Leonard Reyes, “El impacto de la campaña contra la uncinariasis y la política de salud pública norteamericana en Puerto Rico, 1898-1918” (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico. Programa Graduado de Historia, 1991). Vale mencionar también el texto de Ricardo Camuñas Madera, *Epidemias, plagas y marginación: La lucha contra la adversidad en Puerto Rico en los siglos XVIII y XIX* (Puerto Rico: Editorial Universidad de América, 1992).

¹⁰ Junto a las disertaciones y tesis hubo varios artículos breves (muchos de ellos publicados en revistas de medicina y/o salud pública) que se centran en las epidemias (ej. el cólera en Mayagüez y San Germán en el siglo XIX, la anemia a principios del siglo XX y la tuberculosis durante la primera mitad del siglo XX) y las estrategias médico-institucionales y gubernamentales para remediarlas. Ver Ramonita Vega Lugo “Epidemia y Sociedad: Efectos del cólera morbo en Puerto Rico y Costa Rica a mediados del siglo XIX”, *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* (2008): 219-42; Rafael Lebrón-Rivera, “Un acercamiento histórico al paradigma de la marginación: La tuberculosis en Puerto Rico durante los primeros años del siglo XX”, (conferencia presenta en el *XXV International Congress of the Latin American Studies Association* 7-9 de octubre de 2004), 1-13; Rafael Lebrón Rivera, “Investigar, intuir e historiar en el Archivo General de Puerto Rico” *Boletín del Archivo General de Puerto Rico* V-VI (2003):14-15.

¹¹ Vale mencionar que una limitación de estas teorías es que no hay un análisis epistemológico o que trace una historia epistemológica y, en ocasiones, remiten a un argumento similar al de Silvestrini, que apunta a un sesgo de índole cultural por parte de los Estados Unidos.

¹² Lebrón, “Detengamos el jinete”, 17.

asociados a la falta de presupuesto y personal que llevaba a procesos de abandono y marginación¹³.

2. Revisiones recientes en la historia social de las epidemias del siglo XIX

Recientemente, dos disertaciones, por Vincent Sifres Fernández y Daniel Mora Ortiz, se han enfocado en la epidemia de cólera de mediados del siglo XIX, una en San Juan y la otra en Arecibo. Ambas han buscado entender y precisar el estudio de las epidemias y las estrategias llevadas a cabo por las autoridades locales. Ambas tesis destacan que hubo más muertes, al menos inicialmente, en el área urbana¹⁴, en particular en la población esclava cuya mortalidad fue significativa¹⁵. También apuntan a cómo el racismo de la época llevó a que, selectivamente, se percibiera a los negros como focos de infección y como reemplazables (como simple mercancía)¹⁶. Respecto al caso de Arecibo, Mora Ortiz demuestra la tensión entre las autoridades locales y el Gobierno, y cómo los ayuntamientos y sus ciudadanos tenían que arreglárselas ante la indiferencia o negligencia gubernamental¹⁷.

El análisis de Sifres apunta, amparándose en la teoría biopolítica foucaultiana, no solo al carácter improvisado de las acciones de las autoridades (locales y centrales) sino cómo, nuevamente, los grupos más afectados son los más marginalizados (en este caso, los pobres, los

¹³ Lebrón Rivera “Un acercamiento al”, 4, 9-10.

¹⁴ En Arecibo, nos señala Mora Ortiz, hubo más casos de muertes en el espacio urbano que en el rural (más tarde se invierte esta tendencia), y las mujeres fueron más propensas a enfermarse. Al respecto, Mora Ortiz no ofrece explicaciones, pero sí se pregunta si “tal vez factores como el género, edad o la ubicación en determinado espacio de las personas, pudieron incidir de alguna forma en ser más propensos o no a infectarse de esta enfermedad”. Ver Daniel Mora Ortiz, “La epidemia del cólera en Arecibo, 1855-1856” (Dis. de PhD, UPR, 2018), 153.

¹⁵ La muerte de esclavos fue significativa, se estima que fue un 28% (alrededor de 20,000 de un total de 72,000) y, en el caso de Arecibo, al menos en las haciendas Cambalache y San Francisco (de Don Francisco Ulanga), se perdió más de la mitad de la mano de obra. No obstante, dicha pérdida no “fue lo suficientemente fuerte para no permitir que la actividad agrícola se recuperase y continuara, teniendo todavía disponible más de 50,000 trabajadores entre negros libres y esclavos”. En San Juan, según los cálculos de Sifres Fernández, murieron cerca de 600 personas o más de distintas “castas” (digamos clases o razas dentro del complicado sistema de jerarquía social); y, al parecer, entre los muertos 76 fueron esclavos, 8 libertos y 22 presidiarios (lo que fue un número más pequeño que en otros pueblos). Ver Mora Ortiz, “La epidemia”, 142; Vincent Sifres Fernández, “Poderes, sanidad y marginación: El cólera morbo en la ciudad de San Juan Bautista de Puerto Rico a mediados del siglo XIX” (Dis. de PhD, UPR 2015), 261.

¹⁶ Mora Ortiz, “La epidemia”, 154.

¹⁷ Mora Ortiz, “La epidemia”, 144-49, 155.

esclavos y los libertos)¹⁸. Sifres elabora cómo, a partir de la epidemia de cólera, se posibilitó parcialmente parte del proyecto burgués de “blanquear” la ciudad en San Juan, cuya mezcla e integración racial (más por necesidad que por elección de las elites) y el tipo de viviendas (los bohíos) de los pobres, negros, mulatos y blancos, eran percibidos por la elite como, poco higiénicos y estorbos al progreso de la modernidad urbana¹⁹. Esto coincide con los procesos biopolíticos y de exclusión señalados por Foucault, cuyos fines eran “enmarcar y visibilizar la pobreza” como obstáculos a los ideales de progreso y transformación social²⁰.

En términos de elaborar detalles sobre eventos a nivel local, la riqueza analítica de estas disertaciones es indudable. No obstante, sus análisis no profundizan sobre los discursos y prácticas médicas y su injerencia en dichas tensiones. Inclusive, algunos de sus señalamientos carecen de una crítica a las premisas equívocas respecto a los “progresos”, y casi justificables sacrificios, de la medicina (o en nombre de ella)²¹. Falta aún en estos análisis un cuestionamiento, no tanto de los “malos” usos de la medicina o los sesgos ideológicos, los errores, las negligencias o las estrategias ineficaces de las instituciones gubernamentales y/o médicas (todas observaciones válidas), como de los límites y dinámicas del propio saber y quehacer médico.

Vale la pena mencionar el texto *El Retorno de Polifermo*, de Luis Pabón Batlle, publicado en el 2003, y que hasta cierto punto retomó el periodo analizado por Silvestrini pero desde una

¹⁸ Sifres Fernández lo resume bien al señalar -y lo que sucedió en San Juan también se dio otros pueblos y espacios- que las “pobres condiciones económicas y el desconocimiento ante la enfermedad afectaron la implementación de medidas adecuadas” junto a la “desorganización social, infraestructura ineficiente urbana y sanitaria, condiciones higiénicas deficientes en la sociedad, la incapacidad de las autoridades gubernamentales” provocaron la muerte de miles en la Isla. Ver Sifres Fernández, “Poderes, sanidad”, 264.

¹⁹ De acuerdo con Sifre, “el arribo de la epidemia de cólera fue la justificación para eliminar poco a poco los bohíos y excluir a los pobres de la urbe para así dar paso a nuevos proyectos urbanos en San Juan”. Ver Sifres Fernández, “Poderes, sanidad”, 258.

²⁰ Sifres Fernández, “Poderes, sanidad”, 258-9.

²¹ Por ejemplo, Sifres, pese a sus señalamientos críticos al respecto, destaca los aspectos positivos de esta “biopolítica”, en tanto y en cuanto favoreció el progreso de la medicina y las reformas sanitarias. Por ejemplo, Sifres destaca la valentía de los médicos muertos, de su sacrificio y reconocimiento por parte de la Corona, sin cuestionar los efectos o implicaciones de estos gestos de reconocimiento. Ver Sifres Fernández, “Poderes, sanidad”, 209-24, 264.

perspectiva foucaultiana. Pabón Batlle analizó cómo se estructuró para principios del siglo XX una medicina de Estado, con gestos totalizantes (unificando higiene, corrección y beneficencia bajo un mismo manto), que edificó una imagen monstruosa del puertorriqueño enfermo y buscó legislar modos de aislar, confinar y eliminar los "focos de infección", yendo desde el loco hasta el vago, la prostituta, el leproso y el tuberculoso²². Pabón Batlle menciona los conflictos, transiciones y contradicciones entre dos tradiciones, la española-francesa y la estadounidense²³, entre la beneficencia católica y el higienismo anglosajón (que concibe los pobres, locos y enfermos como entidades peligrosas). Lo que resulta interesante en este caso es notar cómo el desorden, la inestabilidad y los déficits administrativos son percibidos y asumidos también como productos de una enfermedad social inherente en la población.

No obstante, y sin desestimar sus aportaciones y análisis, dicho texto ofrece relativamente pocos detalles concretos (e incluso archivísticos) sobre las dinámicas de la profesión médica en dichos procesos de regulación, control y vigilancia (menos aún sobre su producción intelectual, tecnológica o práctica), aspectos que, como veremos más adelante, han sido tratados recientemente solo por un pequeño pero significativo grupo de historiadores, particularmente en los trabajos de César Salcedo y Nicole Trujillo.

²² Pabón Batlle se concentra en el aspecto legislativo de las Juntas de Sanidad y sus respectivas ordenanzas, para dar cuenta de la estructuración, reglamentación y procesos de vigilancia, punición y aislamiento en las primeras décadas del siglo XX. Ver Luis H. Pabón Batlle, *El retorno de Polifermo: La medicina de Estado de Puerto Rico al umbral del siglo XX* (Bayamón: Editorial Búho, 2003).

²³ Para Pabón Batlle, hay dos referentes importantes en la edificación de una "medicina del Estado", con gestos "totalitarios", de principios de siglo XX: 1) la elite criolla puertorriqueña influenciada por las perspectivas médico-políticas-sociales del último tercio del siglo XIX en Europa (utilizando como representante a Manuel Zeno Gandía y su formación e influencias franco-españolas); y 2) la lógica inglesa-estadounidense de los *Health Services*, donde la pobreza es percibida como un peligro que requiere de estrategias centradas en la detección y destrucción de los focos o potenciales focos de insalubridad e infección (dando énfasis en la higiene, los "delitos menores" o infamias perennes y la inmunización). Bajo el registro estadounidense, la eliminación de la enfermedad en Puerto Rico se expresó mediante la construcción de una imagen sumamente abarcadora y monstruosa del puertorriqueño enfermo, que iba desde el pobre, el vago y la prostituta hasta el tuberculoso, el leproso y el loco, junto a la aplicación de una estructura (la Junta de Sanidad y sus respectivas "policías") que identificaba, confinaba y disciplinaba a este como "anormal" y "desordenado" bajo la curiosa justificación de que "cuida y protege erradicando". Ver Pabón Batlle, *El retorno*, 160.

3. La historia social y crítica de los grupos marginados

Vale detenerse un momento para contextualizar mejor la aparente y ya aludida falta de una historia crítica de la medicina, la medicalización y la eugenesia, y la relativa poca cantidad de publicaciones dedicadas al tema (al compararlo con Latinoamérica, España, Inglaterra, Francia e incluso Cuba). Una revisión más amplia, que tome en cuenta críticas hechas en las últimas tres décadas al sistema de salud pública, los sistemas de corrección, el discrimen racial y sexual, y a las teorías y prácticas de salud mental, nos permite apreciar que no han sido pocos los estudiosos/académicos (en su mayoría historiadores) en Puerto Rico que se han preocupado por cómo se utilizan ciertos discursos, teorías y prácticas para patologizar, criminalizar y excluir poblaciones enteras. Desde partir de mediados de los noventa hasta la actualidad se ha podido ver, de forma más palpable, no solo la presencia y pertinencia de la obra de Foucault²⁴ en la historiografía puertorriqueña²⁵, sino de reflexiones, estudios y análisis respecto al género (bajo el trípico temático de estudios sobre la mujer, el cuerpo y la sexualidad²⁶), críticas a los límites

²⁴ Un texto pertinente es la compilación, editada por Irma Rivera Nieves y José Francisco Ramos *Foucault: La historia de la locura como historia de la razón*; en particular los artículos: Irma Rivera Nieves, “La casa de la locura (lo jurídico, la ciudad y las ciencias psi)”, en Irma Rivera Nieves y Francisco José Ramos (eds). *Foucault. La historia de la locura como historia de la razón*. (San Juan: Editorial Tal cual, 2002), 43-72 y Antonia Rivera Rivera, “Pobreza, locura y género en Puerto Rico del siglo XIX”, en Irma Rivera Nieves y Francisco José Ramos (eds). *Foucault. La historia de la locura como historia de la razón*. (San Juan: Editorial Tal cual, 2002), 251-69.

²⁵ Por ejemplo, vale destacar los artículos de *Historia y Sociedad* dedicados a la “Transgresión, Vigilancia y Disciplina” y a “Cuerpo, Violencia y Celebraciones”: María de Lourdes Rivera González, “La Casa de Beneficencia: espacio de caridad y castigo para la infancia puertorriqueña (1844-1920)”, *Historia y Sociedad* XIV (2003): 53-81; Mayra Rosario Urrutia, “Al margen (y al amparo) de la ley: transgresiones de la época prohibicionista del alcohol en Puerto Rico (1918-1934)”, *Historia y Sociedad* XIV (2003): 83-107; Marlene Duprey, “Estados Anémicos: configuraciones del gobierno en tiempos epidémicos”, *Historia y Sociedad* XVI-XVII (2005-2006): 125-153.

²⁶ En el caso de la revista de historia *Op. Cit.*, se pudiera destacar por ejemplo el número dedicado a debates respecto al concepto de género, la homosexualidad, la prostitución y la violencia contra las mujeres, además de publicaciones en *Historia y Sociedad* y en compilaciones que abarcan los temas discutidos; entre ellos los artículos: Ivette Rodríguez Santana, “Las mujeres y la higiene: la construcción de ‘lo social’ en San Juan, 1880-1929”, en *Historia y Género: vidas y relatos de mujeres en el Caribe*, ed. Mario R. Cancel (San Juan: Asociación Puertorriqueña de Historiadores Postdata, 1997), 80-95; Thamar Lebrón Fernández, “Ángeles de la caridad: mujer y beneficencia en Ponce, 1855-1885”, en *Historia y Género: vidas y relatos de mujeres en el Caribe*, Mario R. Cancel (ed.) (San Juan: Asociación Puertorriqueña de Historiadores Postdata, 1997), 96-104; María del Carmen Baerga “Cuerpo subversivo, norma seductora: un capítulo de la historia de la heterosexualidad en Puerto Rico”, *Op. Cit* 14 (2002): 49-95; Astrid Cubano “Con “arrebato y obcecación”: violencia doméstica y otras violencias contra las mujeres en Puerto Rico”, *Op. Cit* XIV (2002): 129-145; María de Fátima Barceló Miller “Domesticidad, desafío y subversión: la discursividad femenina sobre el progreso y el orden social, 1910-1930”, *Op. Cit.* XIV (2002): 187-212 y Mayra Rosario Urrutia “El reclamo

epistemológicos del campo de estudio²⁷ y debates alrededor de las historias de la infancia²⁸ y de las dinámicas de transgresión, vigilancia y criminalización (por ejemplo, con los juegos del azar y el alcohol²⁹) entre finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX en Puerto Rico. En relación con la formación de las instituciones de corrección vale mencionar los análisis de Fernando Picó respecto a las prisiones y los de Antonia Rivera Rivera y Teresita Martínez-Vegne respecto a las instituciones asilares-caritativas de finales del siglo XIX en Puerto Rico³⁰; siendo estas últimas dos autoras clave para repensar la medicalización de la locura en el País.

B. La medicalización de la locura

El segundo grupo de historiadores que proponemos en esta sección se centró más en el análisis de las instituciones psiquiátricas y se apropió de algunas de las tesis foucaultianas respecto a la medicalización de la locura. Estos textos reflejan más las influencias de las críticas a la medicalización e integran muchos de los aspectos de la mencionada historia social y crítica de los grupos marginados en Puerto Rico.

de una adolescente al derecho femenino a la educación, 1937-1941. Entrevista a Henrietta Orlandi”, *Op. Cit.* XIV (2002): 303-329.

²⁷ Una discusión resumida que va a tono con lo expuesto, la encontramos en Marlene Duprey “Cuerpo a Cuerpo: historiografía del cuerpo y el cuerpo de la historia” en *El pasado ya no es lo que era*, ed. Carlos Pabón (San Juan: Ediciones Vértigo, 2005), 37-63 y Carlos Pabón, “El giro ‘lingüístico’: ¿desvanecimiento de la historia?” En *El pasado ya no es lo que era*, ed. Carlos Pabón (San Juan: Ediciones Vértigo, 2005), 13-35.

²⁸ Al respecto ver Maritza Maymí Hernández, “Gobernar es proveer: las subjetividades infantiles, el cultivo de la niñez y la ilusión de un mejor porvenir” (Puerto Rico, 1870-1920) (Dis. de PhD, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 2004); Maritza Maymí Hernández, “De títeres a ciudadanos: Las representaciones de “los niños de la calle” y el deseo de gobernar (Puerto Rico, 1860-1920)”, *Op. Cit.* XVII (2006-2007): 59-90. Un antecedente a este trabajo lo encontramos en Sandra García Selva, “Delincuencia y control social: los jóvenes delincuentes en Arecibo, 1880-1890” (Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 1993) y Carla Orozco Canosa, “El abandono de niños en Puerto Rico, 1900-1940” (Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 1996).

²⁹ Ver Mayra Rosario Urrutia, ““¡Sin Pisa, sin ron, sin botella!” Las sociedades de temperancia en la campaña prohibicionista del alcohol en Puerto Rico”, *Avance de Investigación* VII (1990): 1-15; Mayra Rosario Urrutia, “La prohibición del alcohol en la historiografía norteamericana: debates fundamentales”, *Historia y Sociedad* VI (1993): 81-104; Mayra Rosario Urrutia, “Hacia un mundo “abstemio”-la prohibición del alcohol en Puerto Rico” (Dis. de PhD, Universidad de Puerto Rico Recinto, 1993).

³⁰ Fernando Picó, *El día menos pensado: historia de los presidiarios en Puerto Rico (1793-1993)* (Río Piedras: Ediciones Huracán, 1998); Antonia Rivera Rivera, *El Estado Español y la beneficencia en Puerto Rico del siglo XIX* (Puerto Rico: Editorial El Cuervo Dorado, 1995); Teresita Martínez-Vegne, *Shaping the Discourse on Space: Charity and it's wards in nineteenth-century San Juan, Puerto Rico* (Austin: University of Texas, 1999).

1. El Estado Español y la beneficencia: una lectura apologética

Son pocos los libros de Puerto Rico que abarcan algún aspecto de la historia de la psiquiatría³¹ y no fue hasta la década de los noventa del siglo XX que empezamos a ver textos que analizaran los orígenes del sistema asilar, siendo el primero el libro de la socióloga Antonia Rivera Rivera *El Estado Español y la beneficencia en el Puerto Rico del siglo XIX*³². El libro buscó confirmar que el Estado Español sí había asumido, como hizo con el resto de sus colonias, la responsabilidad del cuidado y atención de los pobres (y con ello descalificar ciertas posturas que negaban la presencia de ciertos progresos institucionales durante el régimen español): el Estado atendió dementes, huérfanos, viudas, ancianos y niños abandonados, a la vez que reprimió la vagancia, los juegos, la prostitución y la delincuencia. La beneficencia tendió hacia la especialización de la asistencia, la cual buscaba “hacer productivos” y “ordenar” a sus internados³³. La autora considera que uno de los problemas constantes fue la presencia de cambios políticos, y dado a que la beneficencia dependía de la actitud del Gobernador (en su mayoría militares, lo que afectaba a los fondos dirigidos a la beneficencia), esto llevó a la interrupción de proyectos importantes³⁴. Años más tarde, Rivera Rivera retomará dicho análisis, añadiéndole cierto crisol foucaultiano, y con un tono menos enfocado en demostrar el rol de “bienestar social” del Estado Español y más los modos en que se ha buscado controlar y disciplinar a los niños, las mujeres, los pobres y los locos a partir de

³¹ Los pocos textos que hay son por médicos y siguen la aludida “tradición clásica”: Juan A. Rosello (Ed.) *Tratado General de Psiquiatría* (Rio Piedras: Universidad de Puerto Rico, 1962); Juan Roselló, *Historia de la psiquiatría en Puerto Rico, 1898-1988* (San Juan, P.R.: Instituto de Relaciones Humanas, 1988); Norman Maldonado, “La Psiquiatría en Puerto Rico: Notas sobre su desarrollo”, *Galenus XX* (2010): 53-54.

³² Rivera Rivera, *El Estado Español y la beneficencia en Puerto Rico del siglo XIX*, xvi-xvii. Vale aclarar que originalmente fue una disertación del 1985 redactada en Madrid.

³³ Por ejemplo, el niño es educado para ser productivo, en la prostituta y la mujer delincuente se buscaba “reformular” su vida. Esto es cónsono con las directrices de lo Bando de Buen Gobierno, donde puede verse la insistencia de “recoger al perturbador, al blasfemo, al deshonesto e incluso a niños mayores de cinco años que se presentan con desnudez, con castigos, en este caso, para los responsables y con medidas preventivas que tienden a la observancia de las buenas costumbres”. Ver Rivera Rivera, *El Estado*, 227.

³⁴ Rivera Rivera, *El Estado*, 227-28.

la tercera década del siglo XIX³⁵.

2. Críticas foucaultianas a la edificación del sistema asilar y de beneficencia

Siguiendo una línea foucaultiana tenemos el texto de Teresita Martínez-Vegne, publicado en el 1999, *Shaping the discourse on Space: Charity and its wards in Nineteenth-Century San Juan, Puerto Rico*³⁶. La autora muestra como la burguesía y el Estado Liberal, a través de la Casa de Beneficencia, buscó regular la conducta, en ocasiones bajo el semblante de "educar" e "ilustrar", de las "clases bajas" (en particular la clase trabajadora), las prostitutas, los niños y los negros libres. En un sentido, la Casa de Beneficencia operó como un microcosmos de la sociedad colonial, que por un lado buscó, como institución liberal, entrenar sus residentes en las destrezas necesarias a las exigencias de la clase dominante, por el otro buscó preservar ciertos ideales burgueses respecto a las relaciones de género y la dominación de blancos sobre negros³⁷.

Elda Abrevaya, en su breve revisión crítica de la Casa de Beneficencia de finales del siglo XIX, discutió las trampas de la supuesta transición médico-humanista que ubicó a los asilados en "jaulas higiénicas"³⁸. Este discurso médico-humanista eclipsa cómo, en nombre de la higiene, se llevaron a cabo procesos de infantilización, control y encierro hacia todos los "indeseables"³⁹. En este

³⁵ Rivera Rivera, "Pobreza, locura", 269.

³⁶ Martínez-Vegne analiza fuentes primarias sobre las obras públicas y el municipio de San Juan, junto a memorias y documentación de y sobre la Casa de Beneficencia. Ver Martínez-Vegne, *Shaping*, 203-05.

³⁷ Por ejemplo, buscó reeducar a cierto grupo de mujeres, identificadas como "no blancas" y/o que no se conformaban a los ideales burgueses (y que en ocasiones buscaron, dentro de sus posibilidades, apropiarse de dichos ideales para obtener ciertos servicios necesarios), a la vez que asiló y aisló a aquellas mujeres que condenaba como "moralmente degeneradas" (las identificadas como adúlteras, alcohólicas y prostitutas). También buscó fomentar que los niños se desarrollasen y educasen, no solo con el fin de "hacerlos ilustrados" (o "más cultos") sino de doctrinarlos y convertirlos en defensores del orden establecido y de su reproducción (lo cual fue de la mano con una visión liberal del niño como "inocente" e indefenso, al punto de poder ser manipulado o "reeducado" si se le aplicaban las "fuerzas correctas" que, obviamente, en este caso aplican a los interés y objetivos del Estado y/o ciertas elites. Ver Teresita Martínez-Vegne, *Shaping the*, 90, 108-116, 126-7.

³⁸ Elda Abrevaya, *La locura como pasión*. Freud, Lacan, Winnicott, Foucault (San Juan: Posdata, 2000).

³⁹ Esta institución no fue en realidad un espacio de curación sino "de confinamiento y de constreñimiento", tratando inicialmente al loco como un "animal rabioso, que no siente frío o hambre" y después, para finales del siglo, como un enfermo curable, casi "inocente", el cual debe ser reeducado, sometido a su autoridad e influencia moral, como si fuese un niño. Ver Abrevaya, *La locura*, 40, 48-9, 55.

sentido, es preferible el “trato dulce y la persuasión antes de recurrir a la violencia abierta” y con ello Abrevaya, haciendo eco de Foucault, señala que “la disciplina es el eje de la vida institucional⁴⁰”. Asimismo, Rivera Nieves apuntó como, desde el siglo XIX y bajo la ocupación estadounidense de principios del siglo XX, encontramos esos “delirios racionalistas” que, con ese “espíritu de segregación”, buscaron excluir todo lo extraño y heteróclito, identificándolo como males contra cierto ideal y discurso de la Modernidad. Un discurso que aún pervive, no ya bajo la “figura amurallada de la segregación”, sino en la siempre expansiva medicalización⁴¹.

Vale asimismo mencionar la disertación de Sandra Sofía García Selva, la cual revisa los diagnósticos, teorías y tasas de mortandad en la Casa de Beneficencia y el Manicomio para finales del siglo XIX en Puerto Rico, y destaca como dicha institución no fue en realidad médica sino económica y social, lo que en este caso se tradujo en acabar con la vagancia y restablecer el orden castigando la inactividad⁴². Entre los problemas discutidos por García Selva se destaca la negligencia del Estado y de los médicos, reflejada en la cantidad significativa de muertes debidas a enfermedades fisiológicas (en su mayoría gástricas, intestinales y pulmonares) causadas por las pésimas condiciones higiénicas y de trato en la Casa de Beneficencia y el Manicomio⁴³.

Estos análisis, cada vez más a tono con los debates críticos respecto a género, clase, raza y epistemología, buscan repensar ciertas idealizaciones respecto al proyecto ilustrado, la modernización y el rol de los saberes médico-científicos, en particular cuando eran apropiados por las autoridades y las elites. Esto puede palpase aún más en la próxima tendencia, la cual atiende

⁴⁰ Abrevaya, *La locura*, 50.

⁴¹ Ver Rivera Nieves, “La casa”, 48-9.

⁴² Sandra Sofía García Selva, “La razón de la sinrazón: paradigmas, tratamiento y encierro de los alienados en el Puerto Rico del siglo XIX, 1844-1898” (Dis de PhD: UPR, 2009), 179.

⁴³ García Selva, “La razón”, 154-177. Un texto reciente que debe mencionarse es la disertación de Francisco J. Muñiz Vázquez, “Los locos de Ballajá y su entorno: la aparición de la locura en Puerto Rico en el siglo XIX, 1848–1898” (Dis. de PhD: UPR, 2015). Lamentablemente, no hemos podido darle una lectura detenida al texto, pero lo mencionamos dado que es uno de los textos más recientes que tocan temas a tono con lo discutido en esta sección.

las tensiones dentro los discursos de la medicalización de la natalidad y fecundidad, lo cual incluye estudiar la presencia y los efectos de discursos eugenésicos.

C. La medicalización de las mujeres, los pobres y los negros

El tercer grupo de historiadores es muy heterogéneo, pero unido en gran parte por una preocupación en torno a la medicalización de los cuerpos de las mujeres, los pobres, los negros y todos aquellos grupos que, de un modo u otro, fueron considerados problemáticos, degenerativos u obstáculos a los ideales de la Modernidad. Estimamos que un punto de partida que une estos distintos análisis históricos fue la discusión en torno a las políticas contraceptivas, la cual llevó a investigaciones que, no solo se centraron en la medicalización de los cuerpos de las mujeres, la natalidad y la fecundidad, sino que apuntaron a la existencia de estrategias eugenésicas, maltusianas⁴⁴ y racistas dirigidas a los pobres, los obreros y los negros.

1. Políticas maltusianas, contracepción, esterilización y el proyecto colonial

En lo que respecta la eugenesia, los pocos textos críticos en Puerto Rico se concentran en discutir los programas de esterilización y métodos contraceptivos de la década de los veinte hasta los ochenta del siglo XX⁴⁵. El primer libro que buscó trazar la historicidad de los movimientos contraceptivos, la esterilización femenina y sus conflictos con las autoridades católicas, recorriendo desde la década de los treinta hasta los setenta, fue *Colonialism, Catholicism and Contraception* de Annette B. Ramírez de Arellano y Conrad Seipp, publicado en el 1983⁴⁶. Unos

⁴⁴ Hemos optado escribir maltusiano y maltusianismo en vez que “malthusianismo” (con “h”), a menos que aparezca de otra forma en alguna cita o texto de las fuentes primarias.

⁴⁵ Los primeros estudios respecto a los programas contraceptivos y de esterilización femenina, en su mayoría articulados desde un registro médico y demográfico, se inician en la década de los cuarenta, y tendían a juzgar dichos programas y técnicas como positivos y efectivos. No fue hasta la década de los setenta que un grupo de estudios sociológicos y demográficos destacaron los aspectos coercitivos, colonialistas/genocidas y de insatisfacción por parte de las esterilizadas. Ver José L. Vázquez, "La esterilización femenina en Puerto Rico", *Revista de Ciencias Sociales* XVII n°3 (1973): 281-308 y Bonnie Mass, "Puerto Rico: A Case Study of Population Control", *Latin American Perspectives* IV, n°4 (1977): 66-81.

⁴⁶ El estudio se nutre mayormente de periódicos e información archivística, notablemente las colecciones (cartas, informes y artículos) de figuras estadounidenses claves en el desarrollo de los programas y tecnologías contraceptivas en Puerto Rico entre los 1920 y 1980 (como el filántropo Clarence Gamble, el biólogo Gregory Pincus, y la fundadora

de los hallazgos pertinentes del texto de Ramírez de Arellano y Seipp es que, pese a las constantes resistencias y luchas por parte de grupos y autoridades católicas, aliadas con los nacionalistas, el lenguaje eugenésico y neo-maltusiano apeló tanto a la administración estadounidense como a la puertorriqueña (en particular, a profesionales afiliados al campo médico) que consideraba que el mayor problema del país estribaba en la pobreza y su vínculo con la "sobrepoblación"⁴⁷. El texto provee una revisión bastante extensa de las asociaciones y servicios que estuvieron vinculados a promover medidas contraceptivas a partir de la década de los treinta y los incentivos del *New Deal* (y la formación de la *Puerto Rico Reconstruction Administration* o PRRA)⁴⁸

En un tono similar, tenemos la disertación del 2004 de Arnaldo Torres Degró, la cual mostraba cómo las políticas poblacionales, dentro de un contexto colonialista y de sesgo maltusiano, asumieron, erróneamente, que la economía determinaba la población⁴⁹. Ambos análisis elaboran como, en la década de los treinta, particularmente en el 1937, se concretizaron las políticas neomaltusianas (de sesgo eugenésico) a partir de la legislación del aborto terapéutico, e instituyó, bajo la Ley 116, la Junta Insular de Eugenesia (JIE) y, con la Ley 136, la promoción y difusión de doctrinas eugenésicas⁵⁰. Sin embargo, la mayoría de las esterilizaciones no fueron a través de la

del American Birth Control League, Margaret Sanger). Ver Annette B. Ramírez de Arellano y Conrad Seipp, *Colonialism, Catholicism and Contraception. A History of Birth Control in Puerto Rico* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1983): vii.

⁴⁷ Ver Arellano y Seipp, *Colonialism, Catholicism*, 17-33, 41-48, 98-144, 164-170, 176-77 y, de forma más detallada, en Laura Briggs, "Reproducing Empire: Race and Sex, Science and Reform in Puerto Rico and the Mainland United States, 1880-1960" (PhD diss.: Brown University, 1998), 149-64, 176-196, 218-237.

⁴⁸ Ver Ramírez de Arellano y Seipp, *Colonialism, Catholicism*, 32-95. En estas secciones hay mucha información pertinente para las décadas de los treinta y cuarenta, en particular a cómo se fue conformando inicialmente un programa gubernamental de control de la natalidad. Muchos de estos aspectos son también retomados por Briggs, a quien también utilizamos como una fuente secundaria importante para discutir este tema. En el quinto capítulo de esta disertación vamos a tratar más este contexto.

⁴⁹ Torres-Degró hace una revisión de las legislaciones, leyes, datos estadísticos, cartas pastorales y una selección de periódicos. Su análisis ofrece una especie de "historia demográfica" de las políticas para control de la natalidad en Puerto Rico, concentrándose en el periodo de 1920 hasta 1970. Ver Arnaldo Torres-Degló, "Las políticas poblacionales en Puerto Rico. Cinco siglos de dominación colonial" (Dis. de PhD: Universidad Complutense de Madrid, 2004).

⁵⁰ Para una revisión detallada de la legislación favor ver Torres-Degló, *Las políticas*, 297-8 y sobre el debate político al respecto ver Ramírez de Arellano y Seipp, *Colonialism, Catholicism.*, 49-56.

JIE (llevaron a cabo un total de 97 esterilizaciones forzadas⁵¹) sino que, desde el 1937 hasta la década de los setenta, la inmensa mayoría de las esterilizaciones fueron de carácter "voluntario" y se llevaron a cabo mayormente en hospitales privados y municipales, teniendo mayor auge bajo el régimen de Muñoz Marín y convirtiéndose oficialmente en proyecto estatal bajo Luis A. Ferré⁵². Dicho carácter "voluntario" debe comprenderse dentro de un contexto inmerso en un lenguaje neo-maltusiano, en el que tales programas promulgaron la esterilización como la opción más accesible y efectiva para los sectores pobres. Aun cuando se derogó la JIE en la década de los sesenta, el Gobierno siguió promoviendo los programas contraceptivos, siendo la esterilización la opción más utilizada (y, según algunos, coaccionada)⁵³.

2. Sobrepoblación y la medicalización de los cuerpos de las mujeres

En su disertación del 1998, Laura Briggs señaló, entre otras cosas, cómo se dio una "educación de consentimiento" asociada a las esterilizaciones voluntarias⁵⁴. Para ello Briggs asume un enfoque distinto al de los autores anteriores, más a tono con las teorías feministas y poscoloniales, y fijó su atención en los aspectos discursivos y simbólicos que emplearon, tanto la administración estadounidense como las elites criollas, para eclipsar la agencia y volición de las mujeres en estos

⁵¹No existe mucha información o investigaciones respecto a las 97 esterilizaciones que fueron autorizadas por la Junta Insular de Eugenesia, entre 1937 y 1950. Ramírez de Arellano y Seipp no entran tampoco en detalle. Por el momento el dato de las 97 esterilizaciones aparece en varios estudios y referencian al análisis de Ramírez de Arellano y Seipp, el cual alude a una cita en un artículo en el periódico El Mundo (en el 17 de noviembre del 1951). Ramírez de Arellano y Seipp, *Colonialism, Catholicism*, p.204, nota 3

⁵² Para más detalles, favor ver Ramírez de Arellano y Seipp, *Colonialism, Catholicism*, 135-143; Torres-Degló, *Las políticas*, 301-04, 316, 320-21; Mass, "Puerto Rico", 76-78.

⁵³ Aunque la Ley 116 fue derogada el 8 de junio del 1960, el Gobierno continuó enfatizando la esterilización en la década de los setenta (y vale aclarar que no fue hasta el 2011 cuando oficialmente se derogó la Ley 136). No se trató solo de sugerir el método, sino que se ha encontrado que muchas de las mujeres no fueron informadas de las alternativas existentes, sus derechos y la necesidad de un consentimiento informado. Ver Vanessa Bauza, "Puerto Rico: the convert campaign to sterilize women", *Ms.* V, n°2 (1994):14; Sally Kitch, *The Specter of Sex: Gendered Foundations of Racial Formation in the United States* (New York: State University of New York, 2009): 216. Sobre la derogación de la Ley 136 ver la aprobación de la Ley 125 del 2011 en <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2011/lexl2011125.htm>

⁵⁴ Ver Briggs, *Reproducing Empire: Race and Sex* y su versión como libro impreso: Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley: University of California Press, 2002).

procesos. Su postura se distancia de aquellas interpretaciones que ubican a las mujeres esterilizadas como víctimas pasivas y colonizadas de un proyecto imperialista estadounidense y, por lo tanto, minusvaloran cualquier elemento de volición en las decisiones y negociaciones de estas mujeres⁵⁵. En su análisis sobre cómo las mujeres fueron objeto de la mirada médica, tanto dentro del registro colonialista como del patriarcal criollo, traza una cierta continuidad que va desde las regulaciones de la prostitución y la sífilis de finales del siglo XIX y principios del XX hasta los imaginarios de las mujeres pobres, cuya reproducción, de acuerdo con las teorías de malthusianas y eugenésicas, era concebida como disgénica y dañina a la nación.

Briggs traza una serie conceptual de "figuras femeninas" implicadas en el proyecto colonial y que formaron parte del imaginario popular, de las distintas ideologías (socialistas, nacionalistas y feministas) y de las políticas públicas e investigaciones científicas. Tales figuras pueden resumirse en la figura doble e "histórica"⁵⁶ de la mujer peligrosa y la mujer víctima, la cual sirvió de pretexto para dar ímpetu tanto a la intervención estadounidense como a la reacción y quejas de los nacionalistas y de una elite criolla modernista⁵⁷. El argumento tercermundista y economicista justificó estas estrategias de demonización y victimización, que buscaban regular y dominar los cuerpos de las mujeres pobres vía medidas contraceptivas experimentales y químicas⁵⁸.

⁵⁵ Aunque Briggs elabora esto en su libro y disertación, dicha postura aparece más detallada en el artículo "Discourses of "Forced Sterilization" in Puerto Rico: The Problem with the Speaking Subaltern", *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* X (1999): 38-9. Ver también Lourdes Lugo-Ortiz. "Relatos de la esterilización: Entre el acomodo y la resistencia", *Revista de Ciencias Sociales* 6 (1999):208-210, Lourdes Lugo-Ortiz, "Género y nacionalismo: Los discursos de oposición a la esterilización femenina en la prensa puertorriqueña (1940-1975)", *CENTRO Journal* XI, n°2 (2000): 26-43 y, Elizabeth Crespo Kebler, "Ciudadanía y nación: Debates sobre los derechos reproductivos en Puerto Rico", *Revista de Ciencias Sociales* 10 (2001): 57-84.

⁵⁶ Para un mayor trasfondo respecto a esta conceptualización de la figura doble de la mujer, que no es exclusiva del caso puertorriqueño, ver Laura Briggs, "Race of Hysteria: "Overcivilization" and the "Savage" Woman in Late Nineteenth Obstetrics and Gynecology", *American Quarterly* LII, n°2 (2000): 246-273.

⁵⁷ Ver Briggs, *Reproducing Empire*, 4-5, 241.

⁵⁸ Ver Briggs, *Reproducing Empire*, 21-29, 46-47,121-29, 157-164 y 226-237. Para mediados del siglo XX encontramos un discurso que reducía los problemas sociales del País a un problema económico y de "falta de desarrollo", entre los cuales se destacaba la sobrepoblación. Más que biologicista y eugenésico, lo que encontramos es un discurso que reduce lo sanitario a un problema económico. Sin que Briggs lo diga así, ya aquí podemos ver cómo se enlazan, entre el biologicismo y el economicismo, los conceptos foucaultianos de biopolítica y

Una particularidad relevante del discurso de la sobrepoblación en Puerto Rico es que no se articuló abiertamente como un "problema racial", como fue en el caso de los discursos eugenistas estadounidenses y británicos⁵⁹. A su vez, como señala la tesis de Luimil Mishette Negrón-Pérez, que analiza los discursos neomaltusianos sobre sobrepoblación en Luis Muñoz Marín, el llamado "problema de la sobrepoblación" operó como una suerte de chivo expiatorio para todos los problemas y fallos del País. Dichos discursos se centraron en la figura del jíbaro y en remedios que justificaban más producción industrial y emigración, e ignorar (o hasta oponerse a) la independencia como una opción viable⁶⁰.

Siguiendo un marco conceptual foucaultiano, tenemos el análisis biopolítico de Marlene Duprey respecto a cómo la elite criolla médica (haciendo hincapié en los médicos Francisco del Valle Atilas y José Belaval) buscó establecer un saber hegemónico sobre el cuerpo de las mujeres (propuesto como ingobernable, enemigo y peligro para las propias mujeres), la participación de las parteras (representadas como peligrosamente ignorantes y en oposición a la presencia y autoridad sana del saber médico) y la expresividad de las pasiones (como algo que desordenaba la sexualidad femenina)⁶¹. Asimismo, pero acentuando más las dinámicas de la medicalización del parto, Isabel M. Córdova, describe la transición, presente a partir de la década de los cuarenta (particularmente en el régimen muñocista) de parir en las casas a parir en hospitales. Este cambio refleja la implementación de un modelo biomédico y hegemónico (a partir de la década de los setenta) que excluyó otras alternativas (como las comadronas y parteras)⁶². Al respecto, Córdova

gubernamentalidad. Ya esto lo veremos en el quinto capítulo de esta disertación, destacando cómo el lenguaje eugenésico y biologicista pervive en los discursos economicistas y psicologicistas de la época.

⁵⁹ Briggs, *Reproducing Empire*, 129-130.

⁶⁰ Luimil Mishette Negrón-Pérez, "'Una Isla Caribeña Sobrepoblada': Luis Muñoz Marín overpopulation discourse, 1922-1948" (M.A.Thesis: University of Missouri-St. Louis, 2014).

⁶¹ Marlene Duprey, *Bioislas: ensayos sobre biopolítica y gubernamentalidad en Puerto Rico* (San Juan: Ediciones Callejón, 2010).

⁶² Isabel M. Córdova, "Transitioning: The History of Childbirth in Puerto Rico, 1948-1990s" (PhD diss: University of Michigan, 2008). La disertación fue modificada y publicada en forma de libro: Isabel M. Córdova, *Pushing in Silence:*

destaca un fenómeno que nos permite cuestionar la medicalización en Puerto Rico: la presencia de una autoridad médica tecnocrática, intervencionista e incuestionada, que a su vez es reflejo de una adaptación exagerada, propia de la relación colonial con los Estados Unidos⁶³.

3. Las estrategias del poder en la profesión médica y los proyectos de modernización

Sin embargo, la medicalización no se inicia con la colonización estadounidense y aún falta en Puerto Rico una genealogía que trace sus tensiones, convergencias e incluso inflexiones desde el régimen español. Por el momento, el texto que más se ha acercado es el libro de César Salcedo sobre los orígenes de la regulación de las prácticas médicas como parte de los procesos biopolíticos y estatales para modernizar la Isla durante la primera mitad del siglo XIX⁶⁴. El análisis de corte foucaultiano de Salcedo nos permite trazar cómo los médicos de principios del siglo XIX buscaron ejercer su autoridad y saber dentro de las limitaciones institucionales y las posibilidades locales y culturales⁶⁵. Pese a las dificultades y limitaciones, en Puerto Rico, similar a París, los facultativos asumieron una función cada vez más reguladora y promulgadora de los discursos y prácticas higiénicas⁶⁶.

Modernizing Puerto Rico and the Medicalization of Childbirth (Austin: University of Texas, 2018).

⁶³ En palabras de Córdova:

(...) Puerto Rican medical authoritative hospital procedures have gone virtually uncontested and followed particularly extreme technocratic, interventionist and hierarchical birthing practices (...) It is as if Puerto Rico's colonial and "underdeveloped" relationship to the U.S. has led to an exaggerated adoption of U.S. technocratic medical models Salvo algunas objeciones legítimas que pudiesen hacerse a este señalamiento de Córdova (que obvie las apropiaciones, proyectos y resistencias que han hecho los médicos e instituciones puertorriqueñas fuera del registro biomédico anglosajón), hay que destacar que, en comparación con otros países caribeños, latinoamericanos y europeos, en Puerto Rico hemos tenido pocas resistencias y alternativas, abiertas, legítimas o siquiera críticas articuladas desde instituciones académicas y científicas, a los modelos biomédicos estadounidense (o sus análogos en Europa)

Ver Córdova, "Transitioning", 14.

⁶⁴ César Augusto Salcedo Chirinos, *Las negociaciones del arte de curar. Los orígenes de la regulación de las prácticas sanitarias en Puerto Rico (1816-1846)* (Lajas: Editorial Akelarre, 2016).

⁶⁵ La habilitación concedida a curanderos (bajo el título de "cirujano romanticistas") y parteras autorizadas, junto a la "municipalización de la salud", reflejaron cómo, pese a los intentos de regular exclusivamente el arte de curar, la ausencia de suficientes médicos y cirujanos licenciados, la carencia de hospitales y el fracaso en formar/educar/licenciar a los facultativos, llevó a una medicalización parcial, ambulatoria, domiciliaria y asistencialista. Ver Salcedo Chirinos, *Las negociaciones*, 131, 161-69, 179, 211-214.

⁶⁶ Salcedo Chirinos, *Las negociaciones*, 206-7.

Cónsono con esto, pero más enfocado en los procesos de finales del siglo XIX y las primeras tres décadas del siglo XX, tenemos, en las últimas décadas, textos que, desde un registro crítico foucaultiano, aliado a teorías poscolonialistas, feministas y de estudios culturales, han complejizado las dinámicas del discurso colonial, su relación con el campo médico y la aplicación de proyectos reformistas para "edificar" una supuesta "nación auténtica" y moderna. Estos textos nos dan algunas pistas historiográficas sobre cómo la elite criolla y las administraciones coloniales han construido una imagen del puertorriqueño como enfermizo, degenerado e ingobernable, centrándose por lo general en la figura del "campesino/jíbaro pobre".

Un texto crucial en el que convergen estos temas es *Subjects of Crisis*, de Benigno Trigo⁶⁷, en donde analiza cómo los letrados construyeron un discurso respecto al "sujeto de crisis" en Colombia, Argentina y Puerto Rico. Trigo se interesó en cómo los letrados se apropiaron de ciertos discursos europeos sobre higiene, alienismo y criminología para entonces construir una particular subjetividad y otredad en "constante crisis", un discurso sobre cuerpos inestables y desordenados, de identidades nacionales marcadas por la diferencia sexual y racial⁶⁸. Dicho de otra forma, y tomando la noción de "crónicas de un pueblo enfermo", se instauró con estos letrados un saber que veía necesario gobernar y organizar la diferencia (vista como degenerativa, patógena, revoltosa, anémica y dependiente). Para ello se apropiaron de un discurso "ilustrado" que les posibilitara tener autoridad y cierta distancia respecto a los discursos coloniales.

Al respecto, María del Carmen Baerga ha señalado cómo en Puerto Rico la apropiación por la elite liberal criolla del discurso científico, hacia finales del siglo XIX, buscó "depurar" o

⁶⁷ Benigno Trigo, *Subjects of Crisis: Race and Gender as Disease in Latin America* (Hanover & London: University Press of New England, 2000). Un aspecto significativo de este texto es cómo se analizan tanto textos literarios (novelas, poemas y obras de teatro) como textos científicos (sobre medicina y criminología), escritos por los llamados letrados, prestando atención al uso de metáforas, analogías y conceptos.

⁶⁸ Trigo, *Subjects of*, 69-103.

"blanquear" la figura del mítico jíbaro, para así "regenerar" al blanco y deshacerse de aquellos elementos degenerativos (las "marcas" de la esclavitud negra) que asociaban con las figuras marginales (los pobres, los negros, los mulatos e incluso las mujeres)⁶⁹. La finalidad de este discurso era demostrar las supuestas capacidades de los puertorriqueños para el autogobierno, privilegiando los proyectos, saberes y visiones de esta elite (que se percibía como educada, occidental, viril y blanca).

Otro estudio relevante es el de Ivette Rodríguez Santana, que analizó, para el periodo del 1880 al 1929, cómo los letrados establecieron una serie de polaridades (entre vida-muerte, enfermedad-salud, limpieza-suciedad, normal-patológico, orden-desorden, inteligencia-pasión) para problematizar aquellos sectores que ponían en crisis sus ideales respecto al Progreso, la higiene y la Civilización: los negros, los pobres del campo (bajo el imaginario del jíbaro "blanco") y la urbe⁷⁰. Encontramos que los saberes producidos por los letrados estaban preñados de imágenes degenerativas respecto al "alma enferma", "el estado vegetativo", el "cuerpo frágil", la "docilidad", la "pérdida de masculinidad hispana" y el "ambiente insalubre" del "país enfermo"⁷¹. El discurso liberal reformista puertorriqueño de finales del siglo XIX destacaba la necesidad de una emancipación mental y una regeneración moral, que fueron de la mano con un enfoque en el cuerpo vía los principios de la salud y la higiene⁷².

Si bien el trabajo de Rodríguez Santana no se enfoca en la eugenesia y el racismo, estos discursos de "degeneración" mental y física, junto a una postura higienista y liberal-reformista, no son una simple casualidad y nos permiten establecer un diálogo historiográfico con los discursos

⁶⁹ Ver María del Carmen Baerga Santini, "Trangresiones corporales. El mejoramiento de la raza y los discursos eugenésicos en el Puerto Rico de finales del siglo XIX y principios del XX", *Op. Cit.* XIX (2009-2010): 79-106.

⁷⁰ Ver Ivette Rodríguez-Santana, "Conquests of Death: Disease, Health and Hygiene in the Formation of the Social Body (Puerto Rico, 1880-1929)" (PhD diss., Yale University, 2005).

⁷¹ Rodríguez-Santana, "Conquests", 103-120, 140-149.

⁷² Rodríguez-Santana, "Conquests", 70-78.

eugenistas y de degeneración en Latinoamérica. Esto coincide con los señalamientos por Trigo y varios autores que han indicado que la eugenesia latinoamericana se presentó a sí misma como una especie de proyecto progresivo, liberal y de "revitalización" (y no de segregación y exterminio).

Health beyond prescription de Nicole Trujillo se destaca porque nos ofrece una perspectiva más pormenorizada de la profesión médica de finales del siglo XIX y principios del XX⁷³. Su análisis nos permite ver cómo el discurso médico científico y el administrativo colonial compartieron una imagen del puertorriqueño como ignorante en asuntos de higiene y, por ende, ingobernable (trazando una analogía entre suciedad y descontrol). Esto pudo verse de forma más clara cuando se discurría sobre la figura del jíbaro como símbolo que representaba la pobreza, suciedad e ignorancia puertorriqueña, en particular durante las campañas para tratar la anemia bajo la supervisión del médico estadounidense Bailey Ashford, así como en el interés de los letrados por reeducar e higienizar al "pueblo" (o la "muchedumbre"). En este contexto, el conocimiento científico biológico fue identificado como el más apto para reformar y ordenar los problemas sociales (educación, sanidad, pobreza, etc.). El análisis de Trujillo se distancia de las interpretaciones que banalizan la actividad de los médicos puertorriqueños y las resistencias del campesinado al asumir que la higiene, o cualquier especie de regulación salubrista, no hubiese llegado sin la intervención estadounidense. A través del discurso médico-científico e higiénico se estaban legitimando e imponiendo no solo técnicas objetivas sobre el lavado (y el uso de retretes) sino ciertos ideales y estilos de vivir asociados con el "ser ciudadanos" (bajo el tutelaje estadounidense)⁷⁴. El texto de Trujillo es de los pocos estudios en Puerto Rico que analiza la

⁷³ Ver Nicole Trujillo, "Health beyond prescription: A postcolonial history of Puerto Rican Medicine at the Turn of the Twentieth Century" (PhD diss., University of Michigan, 2003): 3.

⁷⁴ Cuando tal discurso reducía la anemia a la sola presencia de un microorganismo biológico, cuya solución era una intervención médico-biológica y a la limitada instalación y uso de letrinas, se desacreditaban los reclamos de los obreros y otros grupos políticos que veían la verdadera enfermedad en las pésimas condiciones físicas y sociales de los espacios de trabajo, en la administración de terrenos y vivienda, además de en el aún limitado acceso a los servicios médicos. Ver Trujillo, "Health Beyond", 144-197. Respecto a Ashford y la biologización del jíbaro como enfermo,

profesión médica puertorriqueña y sus conflictos con las autoridades estadounidenses, en particular las estrategias que asumió para así validar sus intereses y autonomía profesional. Por ejemplo, Trujillo se enfoca en la Asociación Médica de Puerto Rico (AMPR), sus miembros y la búsqueda por afiliarse con la American Medical Association (AMA) y cómo esto llevó a distanciamientos con los conflictos políticos y sociales en la Isla (particularmente las uniones de trabajadores). Tales distanciamientos reflejaban los intereses profesionales como clase socioeconómica y el rol cívico que se adjudicaron los médicos en el proyecto de "modernización" vía el saber médico-científico e higiénico⁷⁵.

4. Repensar las relaciones entre eugenesia, raza y el campo

En su breve análisis sobre los letrados criollos, Trigo trazó una suerte de genealogía eugenésica desde Francisco del Valle Atilés y Salvador Brau hasta Bailey Ashford. En dichos autores el cuerpo criollo es imaginado a través de metáforas sugestivas que lo representan como un cuerpo amenazado, desde adentro, por una "contaminación sanguínea" causada por la negritud, y que requería salvarse a través de reformas dirigidas a la mujer campesina y el jíbaro blanco anémico. Aunque las críticas de los letrados estaban más dirigidas a las negligencias de la administración colonial y no a una política de segregación eugenésica, puede notarse una particular incomodidad con la "hibridez" racial como un elemento debilitante y degenerativo. En este contexto, la anemia era concebida como una enfermedad debilitante y degenerativa de "pérdida de sangre" que podía

ver también Rosa E. Carrasquillo, "The Remaking of Tropical Peoples: U.S. Military Medicine and Empire Building in Puerto Rico", *Historia y Sociedad* XVI-XVII (2005-2006): 67-96; Benigno Trigo, "Anemia and Vampires: Figures to Govern the Colony, Puerto Rico, 1880-1904", *Comparative Studies in Society and History* XLI, nº1 (1999): 104-123; Fernando Feliu, "Rendering the Invisible Visible and the Visible Invisible: Colonizing Function of Bailey Ashford's Antianemia campaign" en *Foucault and Latin America: Appropriations and Deployments of Discursive Analysis*, ed. Benigno Trigo (New York:Routledge, 2001): 153-168.

⁷⁵ Además de la mencionada disertación, este tema es abarcado en el artículo de Nicole Trujillo-Pagán, "The Politics of Professionalization: Puerto Rican Physicians during the Transition from Spanish to US Colonialism", en *Health and Medicine in the circum-Caribbean 1800-1968*, eds Juanita De Barros, Steven Palmer & David Wright, (New York: Routledge, 2009): 142-164

diezmar la raza blanca y favorecer que aumentara la negra⁷⁶.

Asimismo, Ivette Rodríguez Santana e Ileana Rodríguez Silva arguyen que, desde finales del siglo XIX, el campo fue concebido, particularmente por los letrados, como un espacio de ambivalencia y degeneración sexual y racial, convirtiéndose en el terreno social y biológico en donde se podían objetivizar las enfermedades generales de la Isla⁷⁷. No es casualidad que sea precisamente durante la década de los veinte (en el siglo XX) cuando podemos ver indicios de discursos abiertamente eugenésicos en Valle Atilés, además de los debates neo-maltusianos (o de "eugenesia social") y que el campo se convirtiera en el objeto privilegiado de análisis sociológico y político⁷⁸. Afín con esto, Rodríguez Silva señala ciertas particularidades del lenguaje racializado de los políticos liberales respecto a la figura del "jíbaro blanco". Los liberales —originalmente asociados al Partido Liberal Reformista— se distanciaron de la frenología y el darwinismo social porque tales posturas afectaban su participación e intentos de traer "progreso" y "civilización" a su país. Ellos identificaban al campesino como el problema a reformar y reeducar⁷⁹, buscando restaurar la "salud social" del campesinado para convertirlo en el trabajador fuerte, confiable y disciplinado que necesitaban⁸⁰. En muchos sentidos, el uso entre los letrados criollos y la

⁷⁶ La supuesta vagancia diagnosticada por la administración colonial era concebida por los letrados, en particular Valle Atilés y Brau, como el efecto de la represión y la negligencia colonial. De acuerdo con ellos, esta "infección" anémica (una enfermedad agotadora y que "chupaba la sangre") procedía de los pantanos y de las pésimas condiciones de vida del campesino blanco. Ver Trigo, "Anemia and Vampires", 105-116 y Baerga "Transgresiones corporales", 88-100.

⁷⁷No es casualidad que durante la década de los veinte en el siglo XX es cuando podemos ver indicios de discursos abiertamente eugenésicos en Valle Atilés, y de los mencionados debates neo-maltusianos, los cuales convirtieron al campo en objeto privilegiado de análisis sociológico y político. Ver Rodríguez-Santana, *Conquests of death*, 150-166.

⁷⁸ Santana, *Conquests of death*, 150-166.

⁷⁹ Dichos proyectos de reeducación tenían sesgos clasistas y racistas. A tono con las tesis de las historiadoras Eileen Finlay y Rodríguez Silva, Solsiree del Moral ha analizado los silencios selectivos respecto a la negritud y la raza en los discursos de la elite profesional, en particular los maestros, que promulgaban la identidad del puertorriqueño como blanco e hispano-español. Del Moral encuentra sesgos eugenistas, o al menos lamarckianos, en los discursos higienistas de la *Asociación de Maestro de Puerto Rico* (AMPR), particularmente en uno de sus presidentes, Gerardo Sollés Solá, en la década de los veinte y treinta. Ver Solsiree del Moral, "Race, Science and Nation: The Cultural Politics of Schools in Colonial Puerto Rico 1917-1938" (PhD diss., University of Wisconsin Madison, 2006).

⁸⁰ Ileana M. Rodríguez-Silva, "A Conspiracy of Silence: Blackness, Class, and National Identities in Post-Emancipation Puerto Rico (1850-1920)" (PhD diss., University of Wisconsin-Madison, 2004): 129-133.

administración estadounidense de un “lenguaje racializado”, presente en las teorías del siglo XIX, sobre los efectos determinantes del trópico en razas específicas, causó ciertas tensiones y apropiaciones curiosas. No obstante, cada uno asumió un discurso similar, que tomó como eje central el saber médico desde registros, intencionalidades y proyectos políticos distintos, de redención, purificación y progreso.

Otro texto pertinente es el de José Amador, que analiza las consecuencias de las campañas de salud pública para así comprender cómo transformaron el pensamiento nacional y racial en Cuba, Brasil y Puerto Rico de principios del siglo XX⁸¹. Como punto de partida, Amador traza el proyecto estadounidense de "redimir el trópico", el cual se articuló en un particular "lenguaje racializado" amparado en saberes médicos, biológicos y antropológicos que, para finales del siglo XIX y principios del XX, vinculaban "el ambiente" (sobre todo el "ambiente tropical") y ciertas disposiciones degenerativas que afectaban mental y físicamente a ciertas razas. El autor arguye, entre otras cosas, que mientras las autoridades estatales implementaron programas de erradicaciones de enfermedades, cierto grupo de intelectuales, en las décadas de los veinte hasta los cuarenta (en particular Fernando Ortiz, Antonio Pedreira y Gilberto Freyre), reemplazaron viejas doctrinas deterministas sobre raza y ambiente con explicaciones, menos tangibles, del alma y la cultura para repensar la identidad nacional en los "trópicos".

Aunque Amador no lo destaque, esta discusión es muy similar a la de los eugenistas latinoamericanos y su modo de rehabilitar, regenerar y mejorar la raza —a través de una noción de mestizaje que buscaba “blanquear”— vía reformas culturales, sanitarias y educativas. Uno de

⁸¹ En términos metodológicos Amador se nutrió de archivos militares de Estados Unidos, revistas científicas, etnografías, autobiografías, imágenes populares y documentos de la *Rockefeller Foundation*. Ver José Amador, “‘Redeeming the Tropics’: Public Health and National Identity in Cuba, Puerto Rico, and Brazil, 1890-1940” (PhD diss., University of Michigan, 2008). La disertación fue publicada en un libro, con algunas alteraciones y acortes en términos del contenido (y por esa razón, estas secciones se amparan más en la disertación): José Amador, *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940* (Nashville: Vanderbilt University Press, 2015).

los puntos cruciales para Amador es mostrar que las historias de Cuba, Puerto Rico y Brasil estaban interconectadas entre sí, entrecruzándose proyectos nacionales y de salud pública. Aunque hubo una resistencia a la influencia estadounidense, que puede verse en los discursos locales y nacionales, a nivel general, los médicos en Cuba, Puerto Rico y Brasil asumieron (y se apropiaron de) las campañas sanitarias estadounidenses como algo positivo (o progresivo)⁸².

Todos los trabajos citados han hecho un gran esfuerzo, tanto a nivel archivístico como analítico, para proveer una imagen cada vez más precisa de ciertos procesos sanitarios y médicos en Puerto Rico. Sin embargo, en ocasiones los recorridos se han enfocado mucho en la primera década del siglo XX, en particular a las campañas de Ashford, mientras que otros se han centrado en los debates contraceptivos y de control de poblaciones. Esos fuesen, si nos permitimos la simplificación, los dos temas más discutidos: la medicalización de la anemia y de la natalidad. Las campañas de malaria y tuberculosis son mencionadas, pero son muy pocos los textos que se han concentrado en analizarlas (con la excepción de la disertación de Lebrón y unos artículos de Trujillo), o en buscar analizar las relaciones entre estas campañas, entre sí y con otras intervenciones o procesos sanitarios en Puerto Rico. Se discuten los sesgos de género y raciales, pero muchas veces los análisis tienden a quedarse en épocas similares (finales del siglo XIX y principios del XX), sin necesariamente trazar las continuidades y posibles transformaciones discursivas. Con esto no desacreditamos ni restamos méritos a los esfuerzos y contribuciones de estos trabajos, en particular en lo que concierne a detallar coyunturas, procesos e instituciones

⁸²La resistencia se daba cuando tales iniciativas amenazaban la autonomía de la profesión o se imponía un custodialismo sanitario que podía encubrir intereses imperialistas por parte de Estados Unidos. En el caso de Puerto Rico esto puede verse en el control administrativo por la Escuela de Medicina Tropical en la década de los veinte y la ruptura entre los médicos puertorriqueños y los administradores de la Columbia University. Aun así, Amador señala que hubo beneficios mutuos en algunos de estos proyectos, como fue la ayuda de los dispensarios y campañas de anemia. Al caer los discursos que veían la mezcla racial y el "ambiente tropical" como obstáculos para la "civilización", lo que quedó fue el conflicto interno, político, económico y administrativo que caracterizó la década de los veinte y treinta. Amador arguye que a través del conocimiento de salud pública se mantuvo un diálogo constante transnacional. Ver Amador, "Redeeming", 212-214, 242-249.

específicas (como las campañas de anemia, los programas contraceptivos, la intervención de la RF, las regulaciones existentes en estos periodos, etc.), sino que destacamos aquellos aspectos que esta disertación busca añadir y expandir. La presente disertación se concentra en los discursos del campo médico, tratando de enlazar las correspondencias de diferentes procesos e intervenciones, como son las campañas de higiene principales (anemia, malaria, tuberculosis y mortalidad infantil), las intervenciones eugenésicas y maltusianas (que incluye medidas o métodos contraceptivos), y los saberes médicos asociados a la psiquiatría, la higiene y la medicina tropical, para así proveer una imagen más precisa de “lo dicho” discursivamente por la profesión médica (o aquellos que pretendían representarla). Los parámetros que hemos trazado han sido posible gracias a las contribuciones de otros historiadores.

II. Revisando la historiografía europea y latinoamericana de la medicalización y la eugenesia

Aunque reconocemos las contribuciones de la historiografía de la medicina en Puerto Rico, también es preciso señalar algunas de sus limitaciones, en especial cuando la comparamos con la historiografía en otros países. Muchos de los trabajos citados hasta el momento no tienden a trazar comparaciones entre los procesos de medicalización en Puerto Rico y los de otros países (además de Estados Unidos) e igualmente muy pocos textos latinoamericanos y europeos mencionan o discuten a Puerto Rico. Con la excepción de discusiones en torno la esterilización y contracepción femenina (donde Puerto Rico aparece en ocasiones mencionado como un caso excepcional) y en algunos estudios que mencionan las primeras campañas de anemia o las asociadas a la *Rockefeller Foundation* (RF), Puerto Rico no tiende a ser un foco de interés en las discusiones generales de historia de la medicina⁸³. En términos generales, hay una falta de discusión en torno a cómo ciertos

⁸³ Por ejemplo, en lo que concierne el tema de eugenesia, encontramos brevísimas menciones en Armando García González y Raquel Álvarez Peláez, “Eugenesia e imperialismo. Las relaciones Cuba-Estados Unidos, 1921-1940”,

procesos se dieron fuera de Puerto Rico y cómo pueden darnos algunas pistas para comprender la particular articulación de los discursos médicos en Puerto Rico o cómo reflejan influencias, objetivos o intereses comunes. A su vez, hay una serie de conceptos y debates que tienden a estar ausentes, con la excepción de algunos de los trabajos que hemos citado, como son las correspondencias entre las teorías de degeneración, de la eugenesia, la medicina tropical y ciertas provenientes de la psiquiatría, y cómo tales reforzaban ciertos sesgos de género, raza y clase social. Parte de lo que queremos mostrar en esta sección es que los asuntos que vamos a discutir en esta disertación han sido elaborados en distintos países y ameritan hacerse más análisis de este tipo en Puerto Rico. De esta forma, también destacamos la contribución de los pocos trabajos hechos en Puerto Rico sobre el tema, al apuntar a la relevancia que han tenido estos temas a nivel internacional.

Por ende, en esta sección vamos a revisar los primeros debates en Europa y Estados Unidos sobre la medicalización y la eugenesia para así entonces trazar las posibles influencias, confluencias y diferencias con lo que sucedió en Latinoamérica y el Caribe.

A. La medicalización/psiquiatrización en Europa y Estados Unidos

La historiografía de la medicalización tiende a partir de los trabajos de Foucault y los textos asociados a la antipsiquiatría y la antimedicina. Como ya discutimos en el capítulo anterior, nos interesa concentrarnos más en la tendencia francesa, que de un modo u otro está influenciada por Foucault, y en aquellas interpretaciones que buscaron analizar más como se fueron medicalizando

en *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, eds. Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, 195-231 (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005): 195-231, 221; Nancy Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America* (New York: University of Cornell Press, 1996). El texto más reciente que se enfoca en el caso de Puerto Rico (que no sea parte de la historiografía en Puerto Rico) es: Patience A. Schell, "Eugenics Policy and Practice in Cuba, Puerto Rico, and Mexico", en *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Alison Bashford & Philippa Levine (eds) (Nueva York: Oxford University Press, 2010): 477-492.

instancias que antes eran ajenas al campo médico. Las primeras críticas a la medicalización se dirigieron principalmente a la psiquiatría, la cual era vista como uno de los efectos de la medicalización, y a la locura. Estas, paulatinamente, se fueron extendiendo a la crítica de las teorías de higiene, de degeneración y de la eugenesia. A su vez, se buscó analizar y contextualizar las condiciones de cada país, evitando así generalizar sobre las observaciones hechas por Foucault, respecto a la medicalización de la locura, que se limitaban al caso parisino. Por esa razón, más que Foucault (cuyos dotes como historiador eran adecuados, pero no era su fuerte), remitimos a los historiadores que, influenciados por el filósofo francés, buscaron estudiar cómo la medicalización de la locura, y de los cuerpos en general, fue desarrollándose a partir del siglo XIX.

1. La medicalización de la locura y de la moral

Nos parece justo iniciar con Robert Castel, viejo amigo de Foucault, que buscó expandir, a su modo, las tesis respecto a una genealogía de la medicalización de la locura. Su estudio, publicado en el 1976, respecto a cómo fue regulada la locura en Francia, desde 1784 hasta 1838, discutió los alcances y límites del modelo de retención del asilo o modelo de encierro⁸⁴, para así destacar la formación de una particular y nueva tecnología administrativa, en y alrededor del asilo, que requirió una transformación en la relación y colaboración entre los campos jurídico y médico. Su análisis del contexto estadounidense, recorriendo desde principios del siglo XIX hasta la década de los setenta en el siglo XX, elaboró cómo el problemático sistema estatal de salud pública y mental de Estados Unidos tuvo una distintiva y paulatina erosión de las divisiones entre lo normal y lo patológico que va más allá del espacio del hospital psiquiátrico e implica un modelo de medicalización, en donde convergen diversas iniciativas privadas y semiprivadas de carácter local

⁸⁴ Castel hizo uso de varios textos legislativos, circulares, tratados y artículos médicos (de las principales figuras desde Pinel hasta Esquirol y de los *Annales médico-psychologiques*) para dar cuenta de tal "paradigma de retención" en el asilo. Ver Robert Castel, *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France* (Berkeley: University of California Press, 1988). El texto original (*L'Ordre psychiatrique*) se publica en el 1976.

(que trascendieron el modelo asilar)⁸⁵ y donde más personas se convierten en objeto de tecnologías manipulativas y modos colectivos de control social.

En España, Rafael Huertas, Ricardo Campos y Raquel Álvarez han señalado, muy a tono con lo anterior, como el estudio de la enfermedad en el siglo XIX, entendido como un fenómeno biosocial, llevó a la identificación de una serie de enfermedades consideradas peligrosas o contaminantes y que requerían de una serie de mecanismos de "defensa social" (un significante utilizado en la época para justificar dichos mecanismos)⁸⁶. No obstante, los manicomios de finales del siglo XIX, definidos más por el custodialismo y la marginación, "no llegaron a estar nunca medicalizados" y por eso "el tratamiento moral y el manicomio como institución terapéutica, no fue nunca articulado por el Estado español tal y como los alienistas pretendieron" (ni como sucedió en Francia)⁸⁷. En otras palabras, distinto a lo concebido por Foucault al hablar del "Gran Encierro"

⁸⁵ Tales iniciativas venían desde "afuera" de las instituciones (a diferencia del caso francés), sean ya desde instituciones de prestigio (como las escuelas de medicina, en particular los neurólogos) o instituciones marginales, de corte más experimental y grupal, (como los movimientos de higiene mental y asociados al trabajo social que son más representativas de la dinámicas actuales). Estas iniciativas incluyen reformas y cambios: 1) al sistema asilar a partir de la filántropa Dorotea Dix (de mediados del siglo XIX, cuando la mayoría de los *insane* estaban en reformatorios escolares, prisiones y Casas de Beneficencia, hasta el 1880); 2) a los hospitales psicopáticos (espacios tanto de terapia como de investigación, una especie de ala especial fuera del asilo, presentes ya en Bellevue en Nueva York en el 1879 y Ward F en Albany Hospital en el 1902); 3) los institutos psiquiátricos y departamentos clínicos con enfoque investigativo (presentes en Nueva York desde el 1902); 4) instituciones psiquiátricas para niños (por ejemplo la *Juvenile Psychopathic Institute*, institución privada aliada con las cortes en Chicago bajo la dirección de William Healey). También son pertinentes el éxito de una versión americanizada del psicoanálisis y el *Mental Hygiene Movement*, atribuido a Clifford Beers y la publicación del texto *A Mind That Found Itself* en el 1908 (que tuvo el auspicio de Adolf Meyer y William James, recibiendo también ayuda económica de la *Rockefeller Foundation*). Este movimiento de "higiene mental" tuvo ímpetu durante la guerra (tratando las "war neuroses" a partir del 1912 bajo el Dr. Thomas Salmon) y facilitó la orientación del trabajo social como profesión (dándole enfoque también a la infancia, las familias y las escuelas). Entre estos cambios tenemos la penetración de la eugenesia en las pruebas de inteligencias y en la práctica y legalización de esterilizaciones y límites a la inmigración. Ver Robert Castel, Francois Castel & Anne Lovell, *The Psychiatric Society* (New York: Columbia University Press, 1982): 4-53. El texto original (*La société psychiatrique avancés. Le modele américain*) se publica en el 1979.

⁸⁶ Rafael Huertas, Ricardo Campos y Raquel Álvarez, "Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX", *Historia Contemporánea* XVI (1997): 47-64, 47, 54-55.

⁸⁷ Huertas, Campos y Álvarez, "Entre la enfermedad", 58. Otro estudio que ofrece más detalles respecto al custodialismo español es el de Olga Villasante, "Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entre siglos: Asistencia pública frente a sanatorios privados" *Frenia* V, nº1 (2005): 69-101. Vale notar como estas limitaciones coinciden con los mencionados problemas del sistema asilar y la falta de servicios centralizados en Puerto Rico para finales del siglo XIX (con la excepción, y con muy limitado alcance, de la Casa de Beneficencia).

(que a partir del 1656 fueron confinados en París todos los “indeseables” y “sinrazón”, llevando así a una lógica que iba más allá de la simple detención), no notamos que en otros países se fuera medicalizando la locura a través de unos mecanismos específicos y estatales distintos a la tradición custodial y asistencial medieval. En España, Inglaterra, Estados Unidos y Latinoamérica las exigencias por la construcción de manicomios no provenían del Estado, sino de parte de los médicos para así atender las deficiencias terapéuticas e institucionales. Por lo general, como señala al respecto Cristina Sacristán, la medicalización de la locura fuera de Francia, como fue el caso en Latinoamérica (y podemos incluir aquí a Puerto Rico), se vio obstaculizada por un apoyo estatal débil y regulaciones erráticas que entorpecían las intenciones de los médicos, quienes además recurrían a la lógica custodial al carecer de los recursos y personal para tratar los pacientes⁸⁸. Esto no quita que existiera una medicalización de la locura, sino que los mecanismos utilizados no fueron idénticos ni tan extensivos como en el caso parisino.

En la vertiente estadounidense, el concepto de medicalización fue popularizado con Peter Conrad⁸⁹, siguiendo más un análisis de tipo sociológico, en particular con su texto junto a Joseph Schneider publicado a principios de los ochenta: *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*⁹⁰. En este texto, Conrad y Schneider buscaban tomar las distintas designaciones de “desviación” conductual (aquellas conductas que son definidas negativamente o condenadas en una sociedad), en particular la “medicalización de la desviación”, para entonces analizar cómo eran

⁸⁸ Ver para esta crítica, además de los autores españoles aludidos a Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, *Cuicuilco* XVI, nº45 (2009): 163-189, 172, 176-80. Para una crítica similar sobre el caso de Inglaterra y Estados Unidos ver Andrew Scull, *The Insanity of place, The place of insanity. Essays on the history of psychiatry* (New York: Routledge, 2006), 98-119; Roy Porter, *Madness. A Brief History* (New York: Oxford University Press, 2002): 92-100.

⁸⁹ Para una revisión inicial del uso del concepto, particularmente en Estados Unidos en la década de los setenta, ochenta e inicios de los noventa, favor remitirse a Peter Conrad, “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology* 18 (1992): 209-232, 211. En esta revisión Conrad expone que “Medicalization consists on defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand them, or using a medical intervention to “treat” it”.

⁹⁰ Peter Conrad & Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (Toronto: The C.V. Mosby Company, 1980).

construcciones sociales vinculadas a unas estructuras de poder particulares a la época. La importancia de este texto no yace en su especificidad o rigor en términos de fuentes históricos, sino en mostrar como ciertas categorías morales utilizadas para designar ciertas desviaciones o "vicios" fueron convertidas en categorías médicas y psiquiátricas (el alcoholismo, las adicciones, la homosexualidad, la niñez y los adolescentes hiperactivos⁹¹, la criminalidad), para así llevar a cabo estrategias de control social para asegurar la adherencia a unas normas sociales. En otras palabras, los autores analizaban como ciertos problemas formaron parte de la jurisdicción médica y habían sido designado "*as sickness rather than badness*"⁹².

Lo importante de este argumento es que nos permite ver las contradicciones de la medicalización, en particular cuando remiten a la psicopatologización de ciertas conductas. Por un lado, la medicalización remite a un enfoque humanitario y positivo que permitió a ciertas figuras marginadas servicios médicos y cierto relevo de "culpa" y "responsabilidad" que eran injustamente atribuidos. Aquí podemos ver una perspectiva, en particular a partir del siglo XX, que era también optimista en torno a los objetivos terapéuticos (en el sentido de que asumía que tales condiciones no eran irremediables y podían, de un modo u otro curarse). Por el otro lado, la medicalización disloca la responsabilidad, asume una cierta neutralidad y dominio que eclipsa el control social, la individualización de los problemas sociales y la depolitización del desviado⁹³. Esta "conversión" de desviaciones, anteriormente identificadas por el campo de la teología y ahora "secularizadas" en el lenguaje médico-psiquiátrico, nos permite ver la relación, conflictiva pero siempre presente,

⁹¹ Conrad ya había tocado este tema anteriormente, al parecer uno de sus primeros intereses y entre los primeros en criticar la hoy popularizada etiqueta de ADD y ADHD. Ver Peter Conrad, "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems* XXIII, n° (1) (1975): 12-21. Ya en este texto criticaba el problema de "depolitizar" los problemas sociales vía el lenguaje y autoridad médico-psiquiátrica del "experto", individualizando los problemas sociales, y conformándose una creciente intervención farmacéutica (las "drogas psicoactivas") aliada con políticas gubernamentales.

⁹² Conrad & JSchneider, *Deviance and Medicalization*, 18.

⁹³ Conrad & Schneider, *Deviance and Medicalization*, 246-252.

entre la función del psiquiatra y la función pastoral-cristiana (aspecto que, de forma indirecta, tocó también Foucault en su conceptualización de la gubernamentalidad y la analogía entre el confesor y el médico/el psiquiatra/el psicólogo⁹⁴).

Varios historiadores y sociólogos buscaron explorar más este proceso de medicalización, trazando la compleja relación entre los campos de la medicina, la teología y la política, estudiando, por ejemplo, como hizo Jan Goldstein⁹⁵, el tratamiento moral de los alienistas como una transfiguración del modelo pastoral cristiano y una paulatina "psicologización" de la moral e higienización —digamos, aplicar ideales de pureza, limpieza y estética a través del lenguaje médico— de los espacios públicos y privados como un modo de imponer ciertos ideales burgueses. Un punto crucial, para nuestros fines, es como Goldstein muestra que el modelo alienista o médico-psiquiátrico retenía una lógica pastoral, proyectada como un programa ilustrado, científico y "para el pueblo", que buscaba clasificar y "consolar" (para ordenar y hacer administrables) las pasiones, los afectos, la imaginación y las voliciones asociadas al alma, la moral, la consciencia y aquellas "zonas intermedias" (los *demi-fou*, las enfermedades nerviosas, la histeria y las neurastenias) de la locura⁹⁶.

Encontramos una transición similar en España, como lo muestran los análisis de Enric Novella, con la emergencia de un *homo psychologicus*⁹⁷. Novella apunta que durante el siglo XIX la medicina extendió los alcances de su saber y práctica para explicar los "mecanismos de la conducta y la experiencia", y extender su esfera de influencia hacia los territorios del "buen gobierno", la

⁹⁴ Ver en el capítulo anterior página 41 y ver Michel Foucault, *Los Anormales. Curso en el College de France (1974-1975)* (Fondo de Cultura Económica: México, 2007), 187-188.

⁹⁵ Jan Goldstein, *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century* (New York: Cambridge University Press, 1987).

⁹⁶ Ver Jan Goldstein, *Console and Classify*, 72-100, 200-225, 361-377. También ver, para una discusión sobre la relevancia del trabajo de Goldstein: Enric J. Novella "De la historia de la psiquiatría a la historia de la subjetividad", *Asclepio* LXI, n°2 (2009): 261-280.

⁹⁷ Enric J. Novella, "La política del yo: Ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX", *Asclepio* LXII, n°2 (2010): 453-482.

administración de justicia, la gestión de poblaciones, el desarrollo físico y moral de los individuos y "el cultivo de la virtud"⁹⁸. A su vez, elabora un aspecto poco discutido: como tales saberes y prácticas médico-psiquiátricas coincidirán con la emergente "nueva ciencia" de la Higiene de finales del siglo XVIII y sus ideales de una supuesta "extensión ilimitada del bienestar", la cual fue de la mano con la visión de un "mundo colonizado" por la racionalidad médica y los valores de la nueva sociedad burguesa y secular. En este contexto los conceptos de consciencia y voluntad se convirtieron en signos de vigilancia y regulación médico-higiénicas⁹⁹.

2. Higienización de la vida cotidiana

El trabajo de Georges Vigarello nos permite apreciar cómo se fueron "medicalizando" los modos de "cuidar del cuerpo" —los modos de regular las previsiones, cálculos, defensas y estrategias de "purificación" y "limpieza"—, entrecruzándose los saberes de la medicina, la filosofía y la estética¹⁰⁰. De acuerdo a Vigarello, no es hasta el siglo XIX cuando la palabra "higiene" ocupa un lugar y reconocimiento particular y novedoso, como una ciencia médica aliada a prácticas y ordenanzas gubernamentales que organizaban un conjunto de dispositivos para favorecer la preservación y mantenimiento de la salud¹⁰¹. El novedoso enfoque microbiológico y aséptico de mediados del siglo XIX permitía asegurar y controlar aquellas partículas elementales e invisibles al lego (pero visibles al "ojo clínico")¹⁰². La aplicación de estas prácticas y saberes reflejaban una lucha ideológica de legitimización profesional, así como de ciertos códigos,

⁹⁸Enric J. Novella, "La higiene del yo: Ciencia médica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX", *Frenia X* (2010): 49-74, 51-52.

⁹⁹ Ver Novella, "La higiene", 69-70.

¹⁰⁰ Para fines de esta revisión nos centraremos en su indagación sobre el siglo XIX y principios del XX. Ver Georges Vigarello, *Lo limpio y lo sucio: la higiene del cuerpo desde la Edad Media* (Madrid: Alianza, 1991); Vigarello, *Lo sano y lo malsano* (Madrid: Abada Editores, 2006).

¹⁰¹ Vigarello, *Lo limpio*, 210-211.

¹⁰²Esto reforzó la vigilancia de los males, no ya vía lo "aparente" (la suciedad, el hambre, el hacinamiento, los malos olores, etc.) sino penetrando y localizándose en los espacios no visibles — desde el uso de duchas a partir de su invención por el Dr. Francois Merry Delabost, y la obsesión con deshacerse del polvo, hasta la aplicación compulsoria de la vacuna —y transformando y regulando ciertas conductas y costumbres percibidas como "degenerativas". Ver Vigarello, *Lo sano*, 326-339.

consumos e ideales burgueses (que también integraban las influencias del spencerismo y el darwinismo social) que buscaban cuidar el “cuerpo nacional” contra los “enemigos invisibles” de la inmigración y la pobreza¹⁰³.

El lenguaje médico-higiénico fue extendiéndose, codificando, regulando y cosificando lo valorado como lo más íntimo, privativo y definitivo de lo humano: los afectos, las emociones, la sexualidad, la consciencia y el "yo" como entidad definida¹⁰⁴. Consecuente con esto, varios estudios en Europa y Estados Unidos han trazado las diversas modalidades y mecanismos de control asociados a la "medicalización de la moral", entiéndase esto como la transformación, a partir del siglo XIX, de esos "vicios" que antes eran vistos como problemas morales y teológicos en problemas higiénicos que pasan a ser conceptualizados y regulados como psiquiátricos y estatales: la ebriedad, el onanismo, la obesidad, la homosexualidad, etc.¹⁰⁵ En Latinoamérica y el Caribe son cada vez más los textos que, en las últimas dos décadas, analizan la apropiación por los médicos criollos de modelos europeos alienistas (en particular de la teoría sobre degeneración mental) y de regulación higiénica, contextualizándolos con los sucesos, conflictos y transformaciones de la identidad nacional a finales del siglo XIX y principios del XX¹⁰⁶. Tales investigaciones muestran cómo, mediante la conceptualización médica sobre lo higiénico y su relación con “lo productivo”, se articularon estrategias moralistas, eugenésicas, discriminatorias (respecto a género, sexualidad y raza) e idealizadas en la clasificación de las enfermedades

¹⁰³ Vigarello, *Lo sano*, 331, 335-37, 340-350.

¹⁰⁴ Vigarello, *Lo sano*, 367-69.

¹⁰⁵ Lo que ofrecemos es solo una selección, para nada exhaustiva, para demostrar la diversidad de estudios respecto a estos temas: Roy Porter, “The Drinking Man's Disease: The Pre-History' of Alcoholism in Georgian Britain”, *British Journal of Addiction* LXXX (1985): 385-396; Jean Stengers & Anne Van Neck, *Masturbation: The History of a Great Terror* (New York: Palgrave, 2001); Thomas Laqueur, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud* (Massachusetts: Harvard University Press, 1990); Richard Clemenson & Francisco Vázquez García, *Los Invisibles'. A History of Males Homosexuality in Spain, 1850-1939* (Cardiff: University of Wales Press, 2007).

¹⁰⁶ Sin embargo, vale destacar que el foco de estos sigue siendo por lo general México, Argentina y Brasil; y en lo que concierne a la presente revisión, las investigaciones en México son las que más a tono van con el tema propuesto. Lo que presentamos, dado al espacio provisto, es solo una porción del debate historiográfico.

mentales¹⁰⁷. De esa forma, se ha buscado analizar la confluencia entre estrategias higienistas, las cuales incluyen las de higiene mental, y las eugenésicas para articular un discurso higienista que, si tomamos el caso de México, llevó a cabo regulaciones moralistas y puritanas (complementadas con modelos biologicistas) sobre el cuerpo y su manejo, particularmente en las mujeres y los niños. Estas regulaciones, convertidas en imperativos higiénicos, eran cónsonas con una visión sobre el Orden, el Progreso, la Modernidad y la Nación que llevó, entre otras cosas, a la implementación de modelos de instrucción y la promulgación de “literatura popular” salubrista que corrigiera las intemperancias, vicios y desviaciones de la población¹⁰⁸.

B. Eugenesia y Degeneración en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica

El caso de la eugenesia va a tono con lo que ya discutimos respecto a cómo se fue conformando, a lo largo del siglo XIX, un lenguaje médico y científico que etiquetó como "desórdenes", "afecciones", "trastornos" y "enfermedades" ciertos “modos de vivir” y ciertos usos de las pasiones, las emociones, los afectos y la inteligencia. Hacia finales del siglo XIX y durante el siglo XX las prácticas eugenésicas fueron justificadas como parte del quehacer médico-científico y de la labor salubrista-higienista del Estado. Dichas prácticas son una extensión y modalidad del aludido proceso de medicalización, en particular, a partir de los debates en torno a las teorías de degeneración.

¹⁰⁷ Un ejemplo de ello son los trabajos de Cristina Rivera Garza sobre el asilo de Castañeda (en México). En ellos se puede ver cómo el lenguaje de la teoría degenerativa (empleado por los médicos y autoridades estatales) llevó, durante la era de Porfirio, a vincular la degeneración mental con los pobres y las mujeres como “enfermos peligrosos” al cuerpo social (y los ideales sobre lo que era una familia y un ciudadano) y la productibilidad. Favor de ver, por ejemplo, Cristiana Rivera Garza, “Dangerous Minds: Changing Psychiatric Views on the Mentally Ill in Porfirian Mexico, 1896-1911”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* LVI, n°1 (2001): 36-67.

¹⁰⁸ Para ejemplos de esto en el caso, por ejemplo, de México, favor ver Claudia Agostini “Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México entre fines de siglo XIX y comienzos del siglo XX” en *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*, ed. Diego Armus (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005): 229-251; Olivia López Sánchez, “Virtuoso, templado y ahorrativo. Las prescripciones metodistas e higienistas del cuerpo en México, siglos XIX y XX” *Op. Cit* XIX (2009-2010): 179-210.

1. Las teorías de degeneración en Europa

A partir de la década de los ochenta del siglo XX, varios historiadores y sociólogos analizaron críticamente la conceptualización médico-psiquiátrica de la degeneración y la eugenesia como saberes y prácticas de control social. Entre los textos que se destacan tenemos *Faces of Degeneration: A European Disorder (1848-1918)*, publicado en el 1989 por Daniel Pick, un análisis sobre cómo en Francia, Italia e Inglaterra se fue conformando, desde finales del siglo XIX, una conceptualización médico-psiquiátrica y científico-natural sobre la degeneración en los campos de la medicina (con Bénédict August Morel en Francia y Henry Maudsley en Inglaterra), la criminología (con Cesare Lombroso en Italia) y la literatura (en particular con la llamada literatura "naturalista"). Pick muestra cómo los discursos modernos de Progreso y Evolución confluían con los discursos de la élite sobre la "decadencia moderna" y la necesidad de atender las "patologías sociales" (o los "viejos vicios", como la ebriedad, la prostitución, el suicidio y la imaginación). Estas patologías fueron codificadas en un lenguaje médico, antropológico y biologicista que buscaba intervenir, regular y preservar ciertos modos de vivir a través de un uso selectivo de los conceptos de "raza", "cultura" o "clase social"¹⁰⁹.

Otro texto pertinente es el de Ian Robert Dowbiggin, cuyo análisis muestra cómo, ante el fracaso del tratamiento moral de mediados del siglo XIX, el alienismo francés se acogió a las interpretaciones hereditarias para ganar cierta legitimización profesional, siendo la teoría de degeneración el modelo ideal hacia el 1870 -aunque perdiendo, en apariencia, su relevancia y uso para principios del siglo XX¹¹⁰. Aunque la teoría de la degeneración tuvo una acogida considerable

¹⁰⁹ Daniel Pick, *Faces of Degeneration: A European Disorder 1848-1918* (New York: Cambridge University Press, 1989): 7-9.

¹¹⁰ El autor hace uso de textos de los psiquiatras de la época, tanto científicos como biográficos, y en particular las publicaciones y figuras centrales de la *Société médico-psychologique*. Ver Ian Robert Dowbiggin, *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France* (Oxford: University of California Press, 1991).

en el campo médico-psiquiátrico, su presencia no siempre fue palpable o tan evidente en todos los países europeos. Por ejemplo, en el caso de España, Ricardo Campos notó que la influencia de tales teorías en la psiquiatría española fue más visible en los tribunales (particularmente con las teorías de Lombroso) que en las clínicas del campo médico y psiquiátrico¹¹¹. En el caso específico del alcoholismo, las teorías de Morel, y particularmente las de Magnan Huss, hicieron que, hacia finales del siglo XIX, se incorporase, parcialmente y no de forma definitiva, al alcoholico en el discurso alienista español¹¹².

2. La eugenesia anglosajona

En 1985 Daniel Kevles publicó *In the Name of Eugenics: Genetics and uses of Heredity*, un texto considerado por muchos un clásico para estudiar la eugenesia anglosajona¹¹³. En la detallada investigación de Kevles se puede apreciar la inmensa popularidad que tuvo la eugenesia en Estados Unidos para grupos tan heterogéneos, tanto a nivel ideológico (progresivistas, reformistas y conservadores) como profesional (médicos, literatos, biólogos y políticos, entre otros) y la relativa poca resistencia que suscitó dentro de los círculos académicos¹¹⁴. Dentro de la eugenesia anglosajona, Kevles identifica dos tendencias y grupos distintivos: *mainline eugenics* y *reform*

¹¹¹ Ver Ricardo Campos, "La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920)", *Asclepio* LI, nº1 (1999): 185-203.

¹¹² Ver Ricardo Campos y Rafael Huertas, "Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* XII, nº41 (1992): 125-129. Al parecer, la presencia de estas teorías sobre la degeneración, y de ciertas aplicaciones eugenésicas, tuvo más presencia y aplicación durante el franquismo, en particular en la obra y práctica del psiquiatra Antonio Nájera Vallejo y su obsesión por el "gen rojo". Ver Javier Bandrés y Rafael Llavona, "La psicología en los campos de concentración de Franco", *Psicothema* VIII, nº1 (1996), 1-11.

¹¹³ El texto hace un recorrido comprensivo y documentado de los grupos y figuras claves, desde las teorías de Francis Galton en Gran Bretaña y el desarrollo de las instituciones eugenésicas en Estados Unidos hasta llegar a la década de los ochenta y los avances en ingeniería genética: Daniel J. Kevles, *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity* (Alfred A. Knopf: New York, 1985).

¹¹⁴ La agrupación de afiliados es inmensa y diversa. Además de sus propulsores en Estados Unidos, como el biólogo Charles Davenport y Harry Lauhling, hubo literatos (H.G. Wells, Bernard Shaw), psicólogos (Henry H. Goddard y Robert M. Yerkes,), sexólogos (Havelock Ellis), biólogos (Herman J. Muller), ingenieros (Alexander Graham Bell y Leonard Darwin, hijo de Charles Darwin), políticos (Theodore Roosevelt, Jr.), periodistas (Albert E. Wiggam), economistas (Irvin Fisher), "feministas" (Victoria Woodhull y Margaret Sanger), radicales (Emma Goldman) y filántropos (John D. Rockefeller, Jr.). Ver Kevles, *In the Name*, 57-69, 77-84, 85-90, 105-114.

eugenics. El primer grupo lo sitúa cronológicamente antes de la Primera Guerra Mundial, y se caracterizó por ser relativamente conservador, oponiéndose a métodos contraceptivos, abortos y ciertas iniciativas feministas, identificando además el desempleo y las condiciones económicas como señales de deterioro biológico e incompetencia mental. El segundo grupo emerge alrededor de la década de los treinta y cuarenta, y son seguidores no oficiales o pertenecientes a las asociaciones eugenésicas que se alejaban de algunos de los prejuicios sociales de los *mainline eugenics*. No obstante, estos últimos estaban convencidos también de la necesidad de mejorar la raza, particularmente vía el conocimiento genético y la influencia o control del ambiente¹¹⁵. Al parecer, la “*mainline eugenics*”, en ocasiones identificada como “eugenesia ortodoxa” o *hardline*, fue una vertiente más afín con el empleo de mecanismos coercitivos, de segregación e incluso de mutilación y exterminio (siendo las esterilizaciones la técnica más utilizada), usualmente asociados a la “eugenesia negativa”, y tendió a proliferar más en los países anglosajones y germánicos que en los hispanohablantes (como veremos más adelante).

C. El Desarrollo particular de los discursos y prácticas eugenésicas en Latinoamérica y el Caribe

Las compilaciones de Gustavo Vallejo y Marisa Miranda -*Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino y Políticas del cuerpo: estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*-, publicados en el 2005 y en el 2007 respectivamente, representan bien (y son un buen punto de partida para) el emerger de esta historiografía crítica de la “eugenesia latina”. Ambas compilaciones elaboran y profundizan sobre la “eugenesia latina” y sus prácticas en España, Italia, Francia, Brasil, Argentina y Cuba. Estas compilaciones son un buen punto de partida que marca una tendencia que, durante la última década, ha estudiado las distintas manifestaciones y

¹¹⁵Ver Kevles, *In the Name*, 88, 114, 173-75, 267-68.

modalidades de la llamada “eugenesia latina” en Chile, Brasil, México, Argentina¹¹⁶. Sin embargo, para entender la “eugenesia latina” tenemos que remitir al análisis de Nancy Stepan de la eugenesia en el contexto latinoamericano durante el periodo del 1918 al 1940 (centrándose en los casos de México, Brasil y Argentina).

Stepan buscó analizar el significado de la eugenesia como un movimiento médico-social que jugó un rol pertinente en la construcción de las diferencias de género, constitución (física y moral), raza e identidad (o inclusive “aptitud”) nacional. A su vez, dio cuenta de cómo estas construcciones se fueron interconectando discursivamente con debates sobre identidad, "constitución" (física y moral) y "aptitud" nacional¹¹⁷. De acuerdo con Stepan, los eugenistas latinoamericanos asumieron un particular distanciamiento y apropiación sociocultural de los entendidos y prácticas de la eugenesia negativa anglosajona y nazi. Ante los discursos eugenésicos y nacionalistas de la década de los treinta, los intelectuales latinoamericanos identificaron al mestizaje como un problema (u obstáculo) que la eugenesia podía solucionar en función de depurar una “nacionalidad verdadera” a través de las técnicas de eugenesia positiva, entre ellas la eugenesia matrimonial y la preventiva, asociadas a su vez con la institucionalización de la biotipología, la higiene mental y los estudios antropológicos y demográficos¹¹⁸.

¹¹⁶ Mencionamos solamente unos pocos textos, en particular aquellos que nos han sido útiles como fuentes secundarias y comparativas en esta disertación: Antonieta Vera Gajardo, “‘La superioridad moral de la mujer’: Sobre la norma racializada de la femineidad en Chile”, *Historia y Política* XXXVI (2016): 211-240; Marcelo Sánchez, “La teoría de la degeneración en Chile (1892-1915)”, *Historia* II, n°47 (2014): 375-400; Claudio Llano Reyes y María Fernanda Lanfranco, “La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico política”, *Anuario de Estudios Americanos* LXXIV, n°2 (2017): 675-703; Valeria Natividad Almirón, “Las discusiones médicas sobre el certificado prenupcial en Latinoamérica: Brasil, México y Perú”, *Revista de la Red Intercátedras de Historia de América Latina Contemporánea* II, n°4 (2016): 89-103; Vanderlei Sebastiao de Souza, “Brazilian eugenics and its international connections: an analysis based on the controversies between Renato Kehl and Edgard Roquette-Pinto”, *História, Ciências, Saúde* XXIII, suppl (2016): 1-18; Gustavo Caponi, “Tipos de teorías de evolución y tipos de intervenciones eugénicas”, *Filosofía e Historia da Biología* 12, n°1 (2017): 81-98.

¹¹⁷ Stepan, *The Hour*, 6-14.

¹¹⁸ Stepan, *The Hour*, 104-105, 134.

1. Eugenesia y Biotipología en Argentina

En las últimas dos décadas, varios historiadores han optado por destacar la influencia y presencia de ideologías fascistas, eugenistas y claramente racistas en la legislación e instituciones médico-sociales de Argentina durante las décadas de los treinta y cuarenta¹¹⁹. Vallejo y Miranda muestran la policromía del discurso eugenésico que, a partir de su institucionalización en el 1918, promulgó el interés, tanto de las elites liberales como de las conservadoras, por "regenerar" (la raza, la familia "bien constituida" y el "buen ambiente moral") y reguló la población vía métodos coercitivos, y reformas sociales y educativas de profilaxis social¹²⁰. En el caso de Argentina, los autores arguyen que, más que hablar de "eugenesia positiva" o "preventiva", lo que interesaba era ver su viscosidad, como una forma de coerción disimulada¹²¹.

Otros estudios se han centrado en la institucionalización de la biotipología en el 1932¹²² y la

¹¹⁹ Ver Gustavo Vallejo y Marisa Miranda, "La eugenesia y sus espacios institucionales en Argentina", en *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, eds. Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005): 145-192; María Silvia Di Liscia, "Los bordes y límites de la eugenesia. Donde caen las "razas superiores" (Argentina, primera mitad del siglo XX)", en *Políticas del Cuerpo: Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (comps.) (Buenos Aires: Siglo XXI, 2007): 377-379; y, para una revisión reciente que sintetiza estas discusiones, Gustavo Vallejo, "La hora cero de la eugenesia en la Argentina: disputas e ideologías en el surgimiento de un campo científico, 1916-1932", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, XXV (2018): 15-32.

¹²⁰ Vallejo y Miranda, "La eugenesia y", 153-158, 160, 162, 166 y 175. Inclusive, se pueden incluir aquí a todos aquellos percibidos como "anormales" o "peligrosos" respecto al ideal biotipológico del matrimonio cristiano y la educación sexual de corte eugenésico (como los comunistas, los libertinos, los hippies y los homosexuales). Ver Marisa Miranda, "La Antorcha de Cupido: Eugenesia, Biotipología y Eugamia en Argentina, 1930-1970", *Asclepio* LV, n°2 (2003): 231-255.

¹²¹ Vallejo, "La hora cero", 16, 29.

¹²² La biotipología en Argentina, y en cualquier otro país a partir de la década de los veinte y treinta del siglo XX, estuvo influenciada por los trabajos del endocrinólogo italiano Nicolas Pende, afiliado al Estado fascista de Mussolini. La biotipología de Pende proponía un sistema de clasificación de "biotipos" que estaba influenciado e integraba la clasificación de los "tipos criminales" de la criminología lombrosiana y los estudios antropométricos de fisionomía y craneometría. Este sistema de clasificación se amparaba en teorías eugenésicas y reflejaba los prejuicios racistas y racialistas del fascismo italiano. Aunque los biotipos no eran equivalente a razas, el lenguaje empleado por Pende y otros asociados a la biotipología aludía, similar a los eugenistas, a que existían ciertas "biologías" y "organismos" que eran inferiores, peligrosos y degenerados. No es casualidad que los biotipos más "degenerados" se asociaban a las clases y razas que eran percibidas como "inferiores" por las autoridades fascistas y las elites. Pende consideraba que existían seis biotipos constitucionales que podían ser identificadas mediante análisis endocrinológicos, anatómicos y fisiológicos. Estos análisis eran utilizados para crear "fichas biotipológicas" durante las décadas de los veinte y treinta, bajo la pretensión de que dichos análisis eran en pro de "mejorar la raza" (o la "estirpe"). Ver Stepan, *The Hour* 114-120; Vallejo, "El Ojo del Poder en el espacio del saber", 226-233.

formación de fichas biotipológicas dirigidas a varias poblaciones: alumnos del sistema de educación público, la clase obrera y todos aquellos que, debido a una enfermedad identificada como hereditaria, degenerativa (mental o fisiológica) o infecciosa, no cualificaban para el certificado prenupcial (que fue uno de los mecanismos principales de la eugenesia preventiva)¹²³. Un aspecto importante que destacan los autores es cómo la eugenesia, en particular la biotipología, persistió aún después de la Segunda Guerra Mundial, integrándola a estudios de genética humana, *tests* psicotécnicos y la construcción de nuevas teorías psicológicas "humanísticas"¹²⁴. Este caso nos permite ver una transformación y complicidad de un lenguaje médico que acomodó teorías y prácticas eugenésicas sin el uso explícito de un lenguaje racializado y biologizado.

2. El caso de Brasil: El mestizaje y el "Brasil sin razas"

Los análisis del caso de Brasil se centran en cómo fue el primer país latinoamericano en institucionalizar la eugenesia a través de Renato Kehl (quien auspició, sin éxito, la "eugenesia negativa"¹²⁵) en el 1917. Además, su prolífica obra es un ejemplo de los vínculos íntimos entre eugenesia e higiene mental en Latinoamérica. Lo interesante del caso brasileño, y a su modo el mexicano (como veremos más adelante), es observar la articulación de un lenguaje eugenésico que fue en apariencia "inclusivo" y "reformista" a través de cierta representación del "mestizo" (en particular en las clases pobres y/o rurales)¹²⁶. Esto podemos verlo en el modo en que los

¹²³ Dichas fichas biotipológicas ofrecían un "análisis constitucional", el cual no se limitó solo a los aspectos biológicos y jerarquizó los "tipos" de profesión, sexualidad y conducta moral, reduciendo grupos heterogéneos a "sub-razas", "regresiones" o "atavismos". Ver Héctor Palma, "Biotipología, eugenesia y orden social en la Argentina de 1930-1943", *ea (ea-journal)* 1 (2) (2009): 1-21; Silvia Di Liscia, "Los bordes y límites de la eugenesia", 382-388; Victoria Haidar, "Todo hombre en su justo lugar": la "solución" biotipológica al conflicto entre productividad y salud (Argentina, 1930-1955)", *Salud Colectiva* VII, n°3 (2011), 317-332.

¹²⁴ Aquí se destaca el trabajo del eugenista y jurista Carlos Bernaldo Quiroz, quien fundó la ciencia de la humanogógica, cuyas teorías y prácticas, dirigidas mayormente a la consejería matrimonial, operaron hasta los años ochenta. Para más detalles ver Vallejo y Miranda, "La eugenesia y", 184-192.

¹²⁵ Para más detalles respecto al rol de Renato Kehl, ver Vanderlei Sebastiao de Souza, "La eugenesia de Renato Kehl y la formación de una red internacional en el periodo entre guerras", en *Políticas del Cuerpo*, 425-458.

¹²⁶ Por ejemplo, análisis como el de Ricardo Augusto dos Santos muestran como la figura del campesino o "caboclo" brasileño cambió: para principios del siglo XX era considerado un "indigente de raza inferior" (producto de los "males" del clima tropical), pero a partir de la institucionalización de la eugenesia fue concebida como una víctima de una

intelectuales brasileños, en particular en las década de los treinta, se distanciaban de las interpretaciones eugenésicas europeas y anglosajonas que promulgaban un determinismo racial y degenerativo irreversible en la “mezcla de las razas”. Los intelectuales y letrados brasileños asumieron una interpretación eugenésica que consideraba que el mestizaje podía ser reformado y de esa forma era posible edificar naciones “civilizadas” y “modernas” como las europeas y anglosajonas. Sin embargo, como bien aclara Brad Lange, hay un subtexto crucial en esta interpretación de carácter aparentemente reformativo e inclusivo: el deseo de blanquear los brasileños porque se presumía que los negros (o afrobrasileños) no estaban determinados biológicamente a ser deficientes y que, con reformas médicas y educativas, podían ser curados de su alegada degeneración y llevar progresivamente a “un Brasil sin razas”¹²⁷.

3. El caso de México: De la mestizofilia y la biotipología a las esterilizaciones

Los análisis de Alexandra Minna Stern, Laura Suárez y López Guazo revelan cómo, desde la década de los veinte hasta los sesenta (del siglo XX), los eugenistas mexicanos buscaron el "mejoramiento racial" del indígena (percibido como indolente, apático, desconfiable y afeminado)¹²⁸. Ejemplo de ello son las fichas biotipológicas y las investigaciones demográficas y antropológicas del Dr. José Gómez Robleda y de su "laboratorio móvil" en distintas regiones y poblados de México. Estas investigaciones buscaban, mediante un lenguaje aparentemente no

enfermedad biológica que lo exculpaba y reconocía la posibilidad de reformarlo, mejorarlo y "blanquearlo", vía la sanidad y la educación. El análisis del autor se centra en los cambios que tuvo, en términos de representación, la figura literaria del caboco “Jeca Tatu” y su influencia en cómo se percibió el campesinado brasileño. Ver Ricardo Augusto dos Santos, "El 'Jeca Tatu'. Educación, eugenesia e identidad nacional en Brasil (1914-1947)", en *Políticas del Cuerpo*, 308.

¹²⁷Ver Brad Lange, “Importing Freud and Lamarck to the Tropics: Arthur Ramos and the transformation of Brazilian racial thought, 1926-1939”, *The Americas* LX, nº1 (2008): 9-34, 11-12. Vale notar cómo puede observarse también un enfoque “psicologista” (análogamente a la aludida conceptualización del *homo psychologicus*, centrado en la "personalidad", la "psicología" y la "esencia") que integró los presupuestos ambientales del lamarckismo (que coincidían con el enfoque reformista sanitario y educativo) a la vez que se alejaba, en apariencia, del "determinismo biológico" y "racial".

¹²⁸ Ver Laura Suárez y López-Guazo, "Eugenesia, salud mental y tipología psicológica del mexicano" *Asclepio* LIV, nº2 (2002): 19-40; Laura Suárez, López-Guazo & Rosaura Ruiz Gutiérrez, "Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario", *Ciencias* LX-LXI (2000-2001): 80-86.

racializado (dado que se amparaba en métodos empíricos y supuestamente neutrales), “mejorar la especie” vía estrategias progresivistas de "asimilación" y/o "adaptación" al proyecto nacional moderno¹²⁹. Sin embargo, como advierte Minna Stern, lo que hizo en realidad fue edificar y resignificar viejos estereotipos y discursos sobre el primitivismo, el barbarismo, la debilidad y la tendencia enfermiza en los grupos indígenas, y por extensión sobre los "mestizos", las clases obreras, los campesinos e incluso las mujeres y los niños en general¹³⁰.

Existieron excepciones a las modalidades de eugenesia positiva en Latinoamérica, como fue el caso de Veracruz bajo el gobierno de Adalberto Tejeda, que fue el primer y único estado en Latinoamérica que, al menos explícitamente, institucionalizó la esterilización a partir de la ley 121 del 1932. Curiosamente, el caso de Veracruz ha recibido poca atención, con la excepción del análisis de Stepan y trabajos como los de Minna Stern y Suárez y López Guazo¹³¹.

Minna Stern apunta a una serie de condiciones que facilitaron la legalización de la esterilización (la ley 121¹³²), entre ellas: 1) la influencia del *Rockefeller Foundation* a la hora de fijar la relación entre higiene y raza vía iniciativas y programas educativos durante las campañas contra la fiebre amarilla en la década de los veinte¹³³; 2) un fuerte anticlericalismo y una veneración de las ciencias; y 3) la aprobación de ciertas medidas, como la prohibición de alcohol y de la prostitución, para prevenir la “degeneración racial”¹³⁴. Se desconoce si se llevó a cabo alguna

¹²⁹ Minna Stern, "From Mestizophilia to Biotypology: Racialization and Science in Mexico, 1920-1960", en *Race and Nation Modern Latin America*, eds. Nancy P. Appelbaum, Anne S. Macpherson & Karin Alejandra Roseblatt (Chapel Hill N.C.: University of North Carolina Press, 2003): 187-209, 187-188, 194-203.

¹³⁰ *Ibid*, 188.

¹³¹ Para un análisis de la falta de revisión sobre el tema ver Alexandra Minna Stern, “‘The Hour of Eugenics’ in Veracruz, Mexico: Radical Politics, Public Health, and Latin America’s Only Sterilization Law”, *Hispanic American Historical Review* XCI, n° 3 (2011): 431-443.

¹³² La Ley 121 incluyó la formación de una Sección de Eugenesia e Higiene Mental que llevaba a cabo evaluaciones clínicas y censos estadísticos de criminales, alcohólicos, prostitutas y otros "viciosos". En diciembre del 1932 se firmó un apéndice que dio mayor autoridad al estado para intervenir, lo que incluyó la esterilización legal de “locos”, “idiotas”, “degenerados” y dementes considerados incurables o con una condición hereditaria. Ver Minna Stern, “‘The Hour’”, 440-41.

¹³³ Minna Stern, “‘The Hour’”, 436.

¹³⁴ Minna Stern, “‘The Hour’”, 437.

esterilización, dado que los pocos registros oficiales no ofrecen información cuantitativa específica que lo corrobore. No obstante, Minna Stern sospecha que pudo haber sucedido algo análogo al caso argentino, donde se llevaron a cabo estos procedimientos de forma "no oficial" y terminaron siendo clasificados bajo apendectomías o histerectomías¹³⁵.

4. El caso de Cuba

En su texto, Stepan había señalado brevemente la particularidad del caso cubano y su afinidad con la eugenesia negativa, adjudicándosele a su proximidad con Estados Unidos, a una larga historia de racismos y a la relación del médico cubano Domingo F. Ramos, fundador de la homicultura¹³⁶, con los eugenistas estadounidenses Charles Davenport y Harry Laughlin¹³⁷. Aunque no hay muchos estudios historiográficos al respecto, se destacan los trabajos de Armando García González y ciertos análisis que se han centrado en la influencia de Lombroso, el darwinismo social, el racismo y el rol de Domingo F. Ramos¹³⁸.

Cónsono con lo que sucedió en los países que hemos discutido, la presencia de temas eugenésicos se da en Cuba al menos desde la primera década del siglo XX y durante las siguientes cuatro décadas. De acuerdo con Armando García González y Raquel Álvarez Peláez, hay dos

¹³⁵ Minna Stern, "The Hour", 132. Respecto al caso argentino, Yolanda Eraso ha señalado que, si bien no se lograron avalar e implementar leyes de esterilización, esto no evitó que los médicos utilizaran ciertos métodos de esterilización bajo el pretexto de "aborto terapéutico", en especial a partir de la ley de 1936 que hizo obligatoria la evaluación prenupcial. Ver Yolanda Eraso, "Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentinian Women during the 1930s", *Bulletin History of Medicine* LXXXI (2007): 793–822.

¹³⁶ La homicultura fue desarrollada, alrededor del 1910, por los doctores Domingo Ramos y Eusebio Hernández, ambos discípulos del médico francés Adolphe Pinard, propulsor de la puericultura. La homicultura no se limitaba al cuidado del niño y la mujer embarazada (como era en la puericultura) sino en el "cultivo" del ser humano desde su nacimiento hasta su muerte –las supuestas seis etapas de cultivo: prognocultura, patrimatricultura, matrifeticultura, matrinaticultura, puericultura y post-genitocultura. Ver Armando García González, "El desarrollo de la eugenesia en Cuba" *Asclepio* III, nº (2) (1999): 85-100, 87-89; Stepan, *The Hour*, 76-79; y Alejandra Bronfman, *Measures of Equality: Social Science, Citizenship and Race in Cuba 1902-1940* (University of North Carolina Press, 2004): 118-120.

¹³⁷ Stepan, *The Hour*, 174-175.

¹³⁸ Ver García González y Álvarez Peláez, "Eugenesia e imperialismo", 195-231; García González, "El desarrollo", 86-88, 90-1; Marc Mcleod, "'We Cubans Are Obligated Like Cats to Have a Clean Face': Malaria, Quarantine, and Race in Neocolonial Cuba, 1898-1940", *The Americas* LXVII, nº1 (2010): 57-81; Bronfman, *Measures of*, 104-24.

aspectos que los historiadores tienden a ignorar cuando se acercan a la eugenesia panamericana: 1) esta fue organizada a gran escala desde los Estados Unidos y Cuba, gracias a las relaciones personales y científicas de los ya citados eugenistas estadounidenses con el eugenista y médico higienista cubano Domingo F. Ramos (que fue portavoz de Cuba en la Primera y Segunda Conferencia Panamericanas de Eugenesia y Homicultura, en La Habana y Buenos Aires en 1927 y 1934)¹³⁹; y 2) la importancia de la homicultura y su presencia en tales conferencias como una característica que define la eugenesia latinoamericana, cuyo énfasis en regular el ambiente y la maternidad, se expresó en regulaciones asociadas a la higiene, los "vicios sociales" y la inmigración¹⁴⁰.

Como apunta García González, el vínculo entre eugenesia e higiene tiene sentido si se toma en cuenta que se trataba de países más preocupados por las condiciones ambientales inmediatas que ameritaban atención y reforma en sus proyectos nacionales (la pobreza, las condiciones del campesinado, la escasez de servicios médicos, las altas tasas de mortalidad infantil, las desigualdades socioeconómicas)¹⁴¹. Cónsono con lo sucedido en Latinoamérica, la puericultura y la regulación médica de la reproducción femenina fueron enfoques importantes para continuar y justificar las estrategias eugenésicas (aún después de la década de los treinta) y con un lenguaje, en apariencia, menos racializado¹⁴². Algo similar sucede, como ya hemos visto, en Puerto Rico. García González advierte que, si bien es cierto que, en Cuba como en España y gran parte de

¹³⁹ Este impulsó la formación de asociaciones y oficinas eugenésicas que buscaban regular la criminalidad, la inmigración, el pauperismo y, entre otras cosas, los enfermos mentales. Coincidió con los eugenistas estadounidenses en los temas de la inmigración, el problema del mestizaje, la necesidad de una inmigración blanca y la esterilización no solo de dementes, débiles mentales y criminales sino de "sujetos socialmente inadecuados" (entre ellos, aquellos que fuesen etiquetados como borrachos, morbosos, ciegos, dependientes, epilépticos o personas cacogénicas). Los intentos de organización por parte de Ramos no tuvieron al principio éxito debido a la crisis política en Cuba –incluso tuvo que irse de Cuba a Estados Unidos en el 1933 por su actitud antimachadista. Ver García & Álvarez, "Eugenesia e imperialismo", 205-208, 215.

¹⁴⁰ García & Álvarez, "Eugenesia e imperialismo", 195-201.

¹⁴¹ García González, "El desarrollo", 93.

¹⁴² Ver Sarah Arvey, "Sex and the Ordinary Cuban: Cuban Physicians, Eugenics, and Marital Sexuality, 1933–1958", *Journal of the History of Sexuality* XXI, nº1 (2012): 92-122.

Latinoamérica, no se han evidenciado, concretamente, casos de esterilización forzosa¹⁴³, esto no menoscaba las pretensiones, con sesgos totalitarios, de control biológico-racial, social y económico en los eugenistas cubanos.

5. El “Trópico”

Si retomamos los señalamientos de Trigo y Amador, los letrados criollos y las autoridades coloniales se apropiaron del lenguaje médico para proyectar las crisis que ellos percibían como inherentes/endémicas, fueran estas producto de las condiciones del trópico, la raza (o el mestizaje) u otros determinismos (sea de clase, género o sexualidad), y promover sus proyectos de modernización. Estas observaciones coinciden con otro conjunto de estudios que han demostrado cómo el constructo, tanto teórico como institucional, de la “Medicina Tropical” no fue neutral y cómo las autoridades médicas fueron selectivas (por no decir eugenésicas) al adjudicar inmunidad a ciertos contagios respecto a raza y sexualidad¹⁴⁴. En este sentido, el tropo del trópico como un espacio higiénico-racial también coincide con los discursos europeos de la degeneración de finales del siglo XIX y su diagnóstico de los “Pueblos Enfermos” en países hispanohablantes¹⁴⁵.

Ante ello, las conocidas “Crónicas de un mundo enfermo” de Manuel Zeno Gandía son un ejemplo más que muestra tanto afinidades peligrosas/cuestionables con los discursos europeos como también contiene reacciones y apropiaciones, propias de las tensiones y entendidos de los letrados puertorriqueños (y similares a la de sus análogos latinoamericanos) respecto a higiene racial y las posibilidades de regenerar la supuesta decadencia inherente que enfermaba a los

¹⁴³ García González, “El desarrollo de la eugenesia”, 97.

¹⁴⁴ Ver Mark Harrison, “The Tender Frame of Man: Disease, Climate and Racial Difference in India and West Indies, 1760-1860”, *Bulletin of the History of Medicine* LXX, nº1 (1996): 68-93; Warwick Anderson, “Immunities of Empire: Race, Disease and the New Tropical Medicine, 1900-1920”, *Bulletin of the History of Medicine* LXX, nº1: 94-118.

¹⁴⁵ Ya Enrique Dusserl había señalado cómo, a partir del proyecto de la Ilustración, Europa había representado al resto del mundo como un “Otro”, en particular las colonias; para ser más específico como una “otredad” inmadura, irracional, y por consecuente, más predispuesto a debilitamientos y “enfermedades”. Ver las primeras cuatro conferencias de Enrique Dusserl, 1492. *El encubrimiento del Otro. Hacia el origen del “mito de la Modernidad”* (La Paz: Plural editores, 1994).

puertorriqueños —percibidos como neurasténicos, inestables e hysterizados por su mestizaje (asunto que abarcaremos en el próximo capítulo)—¹⁴⁶. Otro caso de apropiación es el de los médicos brasileños de la Escola Tropicalista (en Salvador Bahiana) quienes, desde finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX —y, por lo tanto, antecediendo a las observaciones hechas por los eugenistas latinoamericanos—, buscaron demostrar que los límites y problemas del clima y la raza no eran verdaderos obstáculos para el Progreso; que inclusive los brasileños eran, evolutivamente, la “mejor raza” para habitar dichas regiones trópicas¹⁴⁷.

El calor del trópico era, en la mentalidad europea, un “estimulante” que debilitaba, excitaba y desordenaba la constitución de las personas. Esta “estimulación” y “sensibilidad” tomaba una complejidad particular cuando agregamos las tensiones de los letrados criollos (y los administradores coloniales) respecto a la “mezcla de razas” y un creciente enfoque en regular la reproductibilidad y sexualidad de mujeres, niños y clases obreras. En algunos casos servía para demostrar cómo ciertas poblaciones no se adaptaban a la Modernidad, debido a una suerte de degeneración racial, mientras que en otros sirvió para crear un ideal del administrador útil, viril y capaz de adaptarse a la irritabilidad del trópico; ejemplo de ello fue el uso del diagnóstico de neurastenia tropical¹⁴⁸. También algunos análisis han acentuado, como el de Warwick Anderson

¹⁴⁶ Gabriela Nouzeilles, “La esfinge del monstruo: Modernidad e higiene racial en “La Charca” de Zeno Gandía”, *Latin American Literary Review* XXV, n°50 (1997): 89-107; Michael Aronna, “El jíbaro bajo el microscopio: el cuadro de costumbres del campesinado puertorriqueño en la novela *La Charca* de Manuel Zeno Gandía” *Horizontes* XXII, n° 2 (2004): 227-31; Javier Ordiz, “Crónicas de un mundo enfermo: la mirada crítica de Manuel Zeno Gandía”, en Eva Valcárcel (Ed.) *Literatura hispanoamericana con los cinco sentidos. V Congreso de la Asociación Española de Estudios Literarios Hispanoamericanos* (Coruña: Servicio de Publicaciones, 2005): 501-505.

¹⁴⁷ El trabajo de Julyan Peard ha sido muy astuto en mostrar cómo los médicos criollos brasileños fueron dinámicos en sus apropiaciones de los modelos europeos de medicina tropical, a tal nivel que, poco después de mediados del siglo XIX, habían conformado una medicina tropical que atendiera sus particularidades nacionales y culturales (o al menos las que ellos interpretaban con un crisol distinto a sus análogos europeos). Ver Julyan G. Peard, *Race, Place and Medicine. The Idea of the Tropics in the Nineteenth Century* (Durham & London: Duke University Press, 1999).

¹⁴⁸ La llamada “neurastenia tropical” o “nerviosismo tropical” es un diagnóstico que nos permite ver la relación que se estableció entre las teorías de la higiene mental, de la degeneración y de la medicina tropical. Esta supuesta enfermedad (hoy día desacreditada) tendía a aludir a la supuesta ingobernabilidad, inadaptabilidad y constitución enfermiza e intemperante de los “trópicos” y sus habitantes “híbridos”/mestizos. Ver Anna Crozier, “What was Tropical about Tropical Neurasthenia? The Utility of the Diagnosis in the Management of British East Africa”, *Journal of the History*

respecto a los casos de Australia y de las Filipinas, cierta obsesión de los médicos por “evidenciar” cómo el hombre blanco se adaptaba a los trópicos¹⁴⁹; y cónsono con esto elaborar una especie de “ciudadanía biomédica” —como sucedió particularmente en Filipinas¹⁵⁰— que reflejaba los ideales que tenían los letrados criollos respecto a lo que implicaba “ser moderno” /ser blanco/ser racional, y cómo se podía alcanzar si se lograban implementar reformas higiénico-sanitarias en las que una “ciudadanía saludable” iba de la mano de sus capacidades para gobierno/ser gobernados o autogobernarse.

III. A modo cierre: correspondencias, confluencias y umbrales

Después de revisar todas estas investigaciones, podemos ofrecer algunas observaciones a modo de cierre y para trazar algunas correspondencias entre Puerto Rico y los otros países revisados. Hay un consenso entre los historiadores en torno a que el modelo asilar francés (o inclusive su sistema sanitario) no es representativo de las prácticas institucionales del resto de Europa, en particular del caso de España. Hasta cierto punto, las limitaciones y problemas del sistema español, cuyos desarrollos

of Medicine and Allied Sciences LXIV, n° 4 (2009): 518-549; Paulo Drinot, “Madness, Neurasthenia and ‘Modernity’”, *Latin American Research Review* XXXIX, n° 2 (2004): 90-113.

¹⁴⁹ Tanto en el trabajo de Peard sobre Brasil como el de Anderson sobre las Filipinas encontramos la trama, que obsesionó a tanto las autoridades coloniales como a las élites locales (que buscaban validar sus autoridad y superioridad) del “hombre blanco en los trópicos”. Otro ejemplo, en ocasiones obviado cuando se habla de la medicina tropical, es el análisis respecto al “hombre blanco” en los Trópicos en Australia, en donde se destaca, nuevamente, el trabajo de Anderson sobre la construcción de la blancura, entre finales siglo XIX hasta casi la primera mitad del XX. Esta construcción sobre la blancura reflejaba una fascinación por parte de los médicos, higienistas y políticos con identificar y normalizar la “raza/organismo blanco”. Ver Warwick Anderson, *The Cultivation of Whiteness. Science, Health and Racial Destiny in Australia* (Durham: Duke University, 2006).

¹⁵⁰ Muy a tono con Foucault, Warwick Anderson analiza el desarrollo colonial de una “ciudadanía biomédica” la cual se manifestó a partir de una racionalidad política que se nutrió de ciertos discursos técnicos. En este caso se trata de la apropiación que hicieron los oficiales médicos y sanitarios, tanto estadounidenses y criollos, de las teorías higiénicas y de medicina tropical para enmarcar y constituir las capacidades raciales y los cuerpos colonizados de los filipinos desde finales del siglo XIX hasta la década de los treinta en el siglo XX. Los médicos y autoridades coloniales/estadounidenses identificaban al “cuerpo filipino” como inmaduro y enfermizo/contaminante, tanto física, moral y gubernamentalmente; y por lo tanto concluían que los filipinos eran políticamente incapaces de gobierno propio. Los higienistas y médicos filipinos estuvieron ante una situación muy similar a la de sus análogos en Latinoamérica cuando analizaban las condiciones o problemas sociales, médicos e higiénicos de los grupos indígenas, campesinos o inclusive, de forma general, las mujeres: en un acto entre apropiación, flexibilización y transformación, proponían que los defectos y problemas identificados por los médicos y autoridades estadounidenses podían rectificarse si se empleaban las debidas técnicas y medidas sanitarias. Ver Warwick Anderson, *Colonial Pathologies American Tropical Medicine, Race and Hygiene in the Philippines* (Durham & London: Duke University Press, 2006).

fueron desorganizados y más cercanos al custodialismo, sirven mejor que el caso francés para comparar lo que sucedió en Latinoamérica y el Caribe. Sin embargo, esto no quita que, de todos modos, el saber psiquiátrico cambió cómo se organizó, categorizó y trató a aquellos considerados indeseables, vagos, intemperantes o anormales. El problema principal del argumento de Foucault respecto al Gran Encierro, y de todos aquellos investigadores que trazaron generalizaciones a partir de ello, es que muchas investigaciones se centraron en el desarrollo de la psiquiatría como un proceso troncal de la medicalización cuando el desarrollo de este particular saber -y otros asociados (por ejemplo, la psicología)- fue errático, lento y distinto en los demás países que no fuesen Francia.

Sin embargo, aún en aquellos países donde el desarrollo del sistema sanitario fue posterior y desigual, podemos notar una tendencia hacia la medicalización que se expresó a través de las campañas y los programas de higiene, que incluyó en algunos países programas de control poblacional y de prácticas eugenésicas. Estos programas de medicalización eran vistos como cónsonos y parte de los proyectos de "modernización" y no pocas veces reflejaban los intereses socioeconómicos, políticos e ideológicos de una determinada elite. Aunque notemos una tendencia, eso no significa que la medicalización se expresó ni operó de forma idéntica en todos los países. Tanto la medicalización como la eugenesia comparten un carácter polifacético que se presentó, inicialmente y en apariencia, como una respuesta progresiva, liberal, científica y en ocasiones "ilustrada", a ciertos problemas sociales -como el trato médico de los "anormales", la sobrepoblación, la pobreza, la inmigración y la criminalidad. Sin embargo, lo interesante es notar cómo la medicalización y la eugenesia coincidieron y fueron apropiadas por diversos grupos, ideologías y discursos, por lo general las elites y ciertas clases profesionales (que, para nuestros fines, nos concentramos en el campo médico).

El caso de Latinoamérica y el Caribe muestra una particular apropiación y rearticulación de los preceptos de las teorías de degeneración, así como de la eugenesia, el malthusianismo y el "darwinismo social". Se trata de estrategias eugenésicas que, junto a las sanitarias-higienistas, buscaban ejercer

regulaciones que no operaron generalmente a través de medidas de exclusión radical y exterminio (como sí fue el caso con el genocidio bajo los nazis o con las políticas de esterilización masiva en los Estados Unidos) sino mediante estrategias que se expresaban como reformas para así, valga la redundancia, reformar, asimilar y transformar a las poblaciones consideradas enfermizas y problemáticas. Estas estrategias coincidían con los discursos nacionalistas de ciertas elites que buscaban “armonizar” y “modernizar”, lo cual muchos veces implicó blanquear las poblaciones. Vale notar que estas estrategias de blanqueamiento no se expresaban de la misma forma que las estrategias eugenésicas alemanas y anglosajonas, y muchas veces los letrados e intelectuales latinoamericanos se distanciaban del determinismo racial, del racismo y biologicismo de sus análogos europeos y estadounidenses. Los señalamientos de Vallejo y Miranda sobre el caso argentino resultan muy pertinentes porque acentúan que las estrategias eugenésicas no fueron siempre explícitas ni evocaban programas coercitivos de exclusión; no obstante, eso no quita que tales procesos coincidieron e influyeron en las dinámicas de control y exclusión social contra grupos considerados como degenerados (desde los indígenas hasta los homosexuales).

Los debates que hemos revisado sobre la llamada eugenesia latina nos permiten considerar cómo el discurso eugenésico fue apropiado y transformado para así acomodar las aspiraciones e intereses de los letrados y las elites, en particular, cuando involucraba los proyectos nacionales de modernización en Latinoamérica. Cada país tuvo su forma particular de apropiación, como fue el caso de Brasil y México —que acentuaban la importancia del mestizo como figura e icono nacional—, pero a la misma vez esta representación buscaba auspiciar el blanqueamiento como parte de la modernización. En otras palabras, el mestizo, en oposición a los negros y los indios, era “evidencia” de que la asimilación/aclimatación/adaptación blanca era exitosa y, por ende, los países latinoamericanos podían convertirse en naciones modernas y civilizadas como los países europeos. Consecuentemente con esto, existió un interés por parte de esta elite, en particular los médicos, por regular los cuerpos, conductas y sexualidad de los niños y las mujeres como focos de reproducción (y productibilidad) en pro de

preservar y/o mejorar "la raza"/"la nación". Dicha elite se nutrió de los saberes higiénicos y eugenésicos para trazar límites y parámetros respecto a aquellos "otros" considerados focos de degeneración, atavismo (o primitivismo) y obstáculos al progreso de la Especie y/o la Nación.

Por lo general, las poblaciones problematizadas fueron comunidades indígenas, de exesclavos, de inmigrantes, las mujeres, la clase obrera y todos aquellos grupos que fueron asociados con la pobreza, la indigencia y la vagancia. En los discursos de la elite y la clase médica podemos encontrar correlaciones, en su búsqueda por categorizar y jerarquizar respecto a género, raza y clase social, que llevaron a sinonimias entre insalubridad, degeneración biológica, pobreza, ingobernabilidad, criminalidad y negritud. En el caso de las teorías respecto al "trópico", se utilizaron explicaciones biológicas que eclipsaban la desigualdad social y la condición política colonial en aquellas poblaciones consideradas insalubres y pobres (los campesinos, exesclavos e inmigrantes). Los países en climas tropicales eran considerados como inherentemente enervantes y debilitantes, particularmente contra los europeos, y por eso llama la atención el énfasis dado por los médicos criollos y letrados en demostrar que los blancos podían adaptarse/aclimatarse a estos climas y contextos. Demostrar que los trópicos podían ser adaptables a la "raza europea", y por asociación a las supuestas razas blancas, implicaba que estos países podían ser reformados, en el sentido de "mejorados" y "modernizados" (lo cual tendió a significar que podían imitar o apropiarse de los modelos y modos de vivir europeos o estadounidense). Esto va de la mano con cómo los letrados y los médicos criollos, tanto en Latinoamérica como en Cuba y Puerto Rico, mediante su intención de modernizar y avanzar su profesión y la nación, fueron conformando la imagen de un país enfermo, degenerado, desordenado e inestable de indígenas, campesinos, mujeres y negros ignorantes, peligrosos, débiles y faltos de voluntad.

Como veremos en los próximos capítulos, muchos de estos procesos y discursos pueden encontrarse también en Puerto Rico, aspecto que han señalado varios de los textos que hemos revisado (en particular Duprey, Trigo, Trujillo, Briggs, Baerga y Amador), pero que, en este texto, vamos a

expandir y conectarlos a los discursos del campo médico desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX (antes del Gobierno de Luis Muñoz Marín). Un detalle muy particular que podemos derivar de esta revisión es que en la mayoría de los países en donde hubo juntas e instituciones asociadas a prácticas eugenésicas de control poblacional proliferaron sociedades, revistas y programas abiertamente eugenésicos (desde Estados Unidos hasta Argentina, poco importa si eran democracias o dictaduras). En Puerto Rico, hubo una Junta Insular de Eugenesia (hasta la década de los sesenta) y un extensivo programa de esterilización femenina (que en otros países hubiese sido reconocido como una estrategia abierta de eugenesia negativa), pero no encontramos una proliferación abierta y explícita de un discurso eugenésico. Sorprende que, en Puerto Rico, donde hubo procesos y prácticas eugenésicas durante la primera mitad del siglo XX que no fueron posibles en Latinoamérica (con la excepción de Veracruz en México) y España, no encontremos una representación más palpable de temas, discusiones y publicaciones eugenésicas (o asociadas a la eugenesia).

Los pocos trabajos que tratan el tema apuntan casi exclusivamente a Francisco del Valle Atilés, y de forma indirecta a José Belaval, como figuras clave (aquí se destacan los trabajos de Rodríguez Santana, Trigo, Duprey y Baerga). Sin embargo, hemos de sospechar que las acciones de dos médicos no bastan para impulsar lo que, a todas luces fue uno de los programas eugenésicos más “exitosos” cuando lo comparamos con otros países latinoamericanos, donde la esterilización y la contracepción tardó en practicarse a nivel sistemático y estatal. Si nos dejamos llevar por los estudios revisados (en particular los de Ramírez de Arellano y Briggs), una posible explicación es que los discursos eugenésicos tendieron a asumir, cerca de la década de los treinta del siglo XX, una vertiente neomaltusiana cuyo lenguaje, si bien racializado y racista, tendía a expresar que el problema radicaba en la pobreza y en el género. En ese sentido, el discurso, a partir del modo que se expresa y representa, refleja y apela sesgos que pudiésemos considerar sexistas y clasistas (o al menos economicista). Sin desestimar que esto sea cierto, debemos considerar que esta interpretación toma de forma muy literal al discurso, en lugar que analizarlo o desglosar sus implicaciones.

En otras palabras, si bien el discurso puede representarse y enfatizar, de forma explícita, la sobrepoblación como un problema que requiere regular los cuerpos de las mujeres y los pobres, también es preciso ver cómo esta problematización puede eclipsar los modos mediante los cuales se llevaron a cabo políticas racistas de control de natalidad y de discursos "hispanófilos" (que "blanqueaban" las dinámicas del mestizaje y la presencia afrocaribeña) en pro de erradicar la pobreza. Aunque varios textos en Puerto Rico apuntan a la incomodidad que había en torno al mestizaje, la mayoría de estos análisis se concentran en los discursos de los letrados de finales del siglo XIX y principios del XX, y son muy pocos los que analizan estos procesos durante las décadas de los treinta y cuarenta (como los textos de Amador y Briggs, desde registros distintos). Esto es uno de los aspectos que justamente estaremos trazando en esta disertación, especialmente en los capítulos cuarto y quinto.

Una de las contribuciones de esta disertación es tratar de ofrecer una imagen más amplia de las prácticas y discursos médicos, viendo cómo confluyen las teorías y prácticas de la medicina tropical, que a partir de Ashford adquirieron mayor visibilidad, con las demás prácticas y discursos higiénicos, lo cual incluye las teorías, argumentos e intervenciones eugenésicas, maltusianas o asociadas al control poblacional. No es posible comprender bien el discurso médico si nos enfocamos solamente en una sola teoría, enfermedad o intervención, y cuando vemos la diversidad de enfermedades e intervenciones estudiadas en las aportaciones latinoamericanas, vemos que los discursos higienistas, psicologicistas y eugenésicos aparecen en distintas enfermedades, desde aquellas asociadas a la higiene mental (como la neurastenia o la neurastenia tropical) hasta las enfermedades asociadas a la mortalidad infantil o a cualquiera que afectase la productividad laboral. En la presente disertación, la conceptualización foucaultiana de la biopolítica nos permite justificar estos parámetros, que van desde las enfermedades que afectan la reproducción (la natalidad) y la producción (la productividad laboral en un sistema capitalista), desde las enfermedades asociadas a la mortalidad infantil hasta las que tendieron a afectar a los obreros y campesinos (como la anemia, la malaria y la tuberculosis). Esta amplitud espera poder contribuir a que justamente se investiguen más las posibles correspondencias y

especificidades de estas intervenciones sanitarias. Sin desestimar las contribuciones ya realizadas en Puerto Rico, la revisión que ofrecemos busca estimular a que se desarrollen más investigaciones históricas asociadas a la medicina y que integren los debates que hemos revisado en este capítulo. Aún hoy día hay una falta, y es palpable, de textos en Puerto Rico en torno a la historia de la medicina y de una revisión crítica que integre elementos sociales, epistemológicos y culturales¹⁵¹.

¹⁵¹ Es preciso hacer algunas aclaraciones para evitar malentendidos. Notemos que, para discutir los contextos europeos, estadounidenses y latinoamericanos me he amparado en los textos más conocidos y visibles, y no he incluido las disertaciones, las tesis de maestría o la cantidad inmensa de publicaciones mensuales sobre el tema en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Lo que ofrecemos es una revisión que destaca los debates historiográficos y algunos libros y textos clave. Aunque obviamente no hemos citado todo lo publicado en Puerto Rico, lo discutido constituye una parte significativa de los textos de historia crítica de la medicina recientes. No creemos que la aludida carencia se deba a un problema de falta de interés, y tal vez refleje un problema más generalizado en torno a lo que es publicado en el País, porque existen conferencias y congresos del tema, pero rara vez se convierten en publicaciones accesibles al público, académico o general (ni decir de muchas tesis y disertaciones que ameriten ser publicadas para ser más accesibles al público general e internacional). Una cantidad significativa de los textos fueron publicados en o a través de universidades fuera de Puerto Rico, y muy pocos de ellos aparecen citados en los estudios latinoamericanos que hemos revisado. En ese sentido, pese a las condiciones particulares que ha tenido Puerto Rico, tanto por su historia colonial como médica (sea ya, para brindar unos pocos ejemplos, por las campañas de anemia de Ashford y la experimentación que se hizo para el desarrollo de contraceptivos), su visibilidad es muy limitada cuando leemos textos de historia crítica de la medicina en Latinoamérica (y ni hablar en Europa). Esto resulta lamentable porque, como estaremos señalando en los próximos capítulos, existen correspondencias significativas entre lo “dicho” a nivel del discurso en Puerto Rico y en Estados Unidos, España y Latinoamérica. Aunque esta disertación no es un análisis comparativo, sí busca trazar algunas correspondencias con los discursos y procesos en estos países, y para ello nos nutrimos de la amplia y diversa historiografía que existe sobre el tema, para así estimular un mayor diálogo entre lo que sucedió en Puerto Rico y en los países aludidos.

Capítulo III

Regenerar al país enfermo, pobre, ignorante y abandonado a finales del siglo XIX (1880-1899)

Las estrategias de -y los roles fungidos por- los médicos en Puerto Rico durante finales del siglo XIX (1880-1899) son en cierta medida posibilitados por un contexto histórico colonial de inacción y mediocridad gubernamental respecto a la Salud Pública. Esto último fue aprovechado retóricamente por los médicos para exponer un discurso lleno de reclamos, demandas y frustraciones ante la percibida indiferencia de tanto las autoridades como las poblaciones y los demás letrados de la Isla sobre los asuntos necesarios para el bienestar del pueblo. Los médicos identificaron estos problemas con la Higiene, la Sanidad y la Ciencia, tríada imprescindible para alcanzar o coexistir con la Modernidad y el Progreso¹. En este discurso encontramos una retórica y semántica, en apariencia voluntarista² y en otras orgánicista/mecanicista³ y funcionalista

¹ Esta insistencia en capitalizar o usar mayúscula, utilizando artículos singulares (la, el), refleja una técnica discursiva que destaca y presenta a cierto saber o práctica como exclusivo e incluso único, eclipsando así la presencia de heterogeneidad o diversidad— por ejemplo, que existen higienes, ciencias y sanidades en plural. En el contexto recorrido en este capítulo los términos que son utilizados de esta forma son Higiene, Sanidad, Ciencia, Medicina, Modernidad y Progreso, y a través del capítulo, los escribiremos de esta forma cuando lo que queremos aludir es a su acepción discursiva o simplemente reproduciendo como era empleado el léxico en aquel momento (con mayúscula).

² Las posturas voluntaristas se enfocan en la volición y la voluntad. Desde esta perspectiva, la volición supone ser un acto libre de la voluntad, sin embargo, algunas teorías médicas acentuaban justamente lo contrario. Las posturas voluntaristas tienden a ser aquellas que presuponen que la acción humana se debe al libre albedrío o a la voluntad. No es ya el intelecto o las inclinaciones naturales lo que determina la acción sino esa energía o actividad llamada “voluntad”. No pocas veces se confunde la capacidad para “tener voluntad” con el nivel de intelecto y/o las capacidades morales (como hacían, por ejemplo, las teorías de degeneración). Este tipo de acento en la volición la encontramos en las teorías médicas sobre las “enfermedades de la voluntad” de finales del siglo XVIII y principios del XIX y, parcialmente, en las teorías de degeneración de principios del siglo XIX (ambas teorías las discutiremos en otra nota). Este tipo de postura puede confluir en ocasiones con las filosofías y teorías “vitalistas”, pero de forma equívoca o errática. Lo llamativo es notar cómo encontramos en algunos higienistas de mediados y finales del siglo XIX cierto tipo de enfoque en la “conducta” que refleja premisas voluntaristas. La socióloga e historiadora Sylvia Noble Tesh las ha agrupado bajo el nombre de *Personal Behavior Theory* (un término que en realidad no aparece explícitamente en ningún autor de finales del siglo XIX). Ya esto lo retomaremos más adelante. Ver Sylvia Noble Tesh, *Hidden Arguments: Political ideology and disease prevention policy* (New York: Rutgers University Press), 21-24; Brian Leftow, “Voluntarism”, en *Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy*, Edward Craig (ed.) (New York: Routledge, 2000), 921.

³ Hay cierto tipos de mecanicismo, presentes en el siglo XIX (y parcialmente en la actualidad) que reducen lo orgánico a lo mecánico, oponiéndose a las posturas vitalistas que asumen que existen un “principio dominante” característico de “lo vivo” que no puede reducirse a un órgano, un químico o sustancia concreta. Por lo general, en filosofía, se

(parcialmente ligada al malthusianismo⁴ y darwinismo social), que destacaba la importancia de llevar a cabo ciertos arreglos para así “adaptarnos” ante la “lucha por la existencia⁵”, y con ello “regenerarnos” y “civilizarnos”. Las variadas y amplias funciones y actividades otorgadas a los discursos higiénico-sanitarios —desde limpieza y ornato hasta la temperancia y educación higiénica— favorecieron que los médicos pudieran atender asuntos que antes eran más asociados a los campos y prácticas de los teólogos, los políticos, los demógrafos e incluso los arquitectos. Muchos de estos asuntos eran significados como “problemas sociales” que justificaban la intervención de los médicos en asuntos de la vida pública y privada, en particular la sexualidad, la crianza y la educación. De esta forma, los médicos se sentían autorizados para proponer e implementar mecanismos de regulación y disciplina cuyos fines sobrepasaban asuntos de carácter médico clínico —digamos la receta de medicamentos, inyecciones/vacunas y el típico régimen o dieta para convalecientes—.

En Puerto Rico, a finales del siglo XIX, esto implicó centrarse en una serie de analogías que destacaban imágenes y metáforas de carencia, degeneración y pobreza. Estas recurren a la falta de educación generalizada y accesible a todos —en particular los campesinos y el proletariado—, la mala/pobre/insuficiente alimentación del grosor de la población (sobre todo la rural), y la

supone que exista un antagonismo entre los conceptos de mecanismo y organismo, en particular cuando se asocia el organicismo con el vitalismo. Sin embargo, en este caso el “organicismo” al que nos referimos tiene que ver con las interpretaciones hechas en el darwinismo social y la sociología, y por lo tanto se acercan más, dependiendo del caso, al biologicismo o al mecanicismo (que ya aludimos en el primer capítulo, en las notas sobre biologicismo y darwinismo social). A su vez en la medicina, las posturas biologicistas tienden a ser más mecanicistas y fisicalistas que vitalistas, en particular cuando están influenciadas por la sociología. Ejemplo de ello, son las teorías de Herbert Spencer de mediados y finales del siglo XIX y como se trazaban analogías, muy simplificadas, entre las funciones de la sociedad y de los organismos. José Ferrater Mora, “Orgánico. Organismo”, en *Diccionario de filosofía de bolsillo (I-Z)*, Priscilla Cohen (comp.) (Madrid: Alianza Editorial, 1985), 593-94;

⁴ A menos que no aparezca explícitamente puesto con “h” en alguna de las fuentes primarias, incluyendo los autores, médicos o intelectuales discutidos (de finales del siglo XIX hasta el 1948) vamos a escribir malthusianismo en vez que malthusianismo.

⁵ Vale recordar, tal como lo discutimos en el primer capítulo, los vínculos de dicha frase, y otras modalidades (lucha por los más aptos o por la sobrevivencia) con cierta imagen y discurso del Progreso y de las teorías y prácticas del darwinismo social y la eugenesia.

deficiente atención, regulación y aplicación de los principios de la Higiene. Estas carencias eran descritas como “influencias” —sean estas entendidas como gérmenes invisibles presentes en el medio o como atavismos heredados, poco importaba hasta cierto punto— que afectaban el gobierno, la productibilidad y el progreso del país. Aunque no fuese siempre el foco visible de atención, el tema de la raza o la constitución racial de los puertorriqueños aparecía selectivamente, junto a la fecundidad y las pasiones descontroladas en las mujeres, como “problemas sociales” asociados a la creciente sobrepoblación, la mortandad infantil y la pobreza.

Para poder abarcar estos amplios registros seguiremos la división estipulada de tres ejes de análisis que nos permiten ver distintas instancias del llamado discurso médico higiénico, en particular como los médicos representan, narran y discuten: 1) su saber y autoridad, junto a sus reclamos y frustración; 2) lo que es lo saludable y lo que enferma; 3) las figuras principales y “modos de vivir” a tratar, regular y corregir. Iremos desde sus defensas y presentación de un saber científico objetivo y educado, cuya autoridad heroica está en constante oposición a la ignorancia y sus representantes —en particular los charlatanes/curanderos/parteras— hasta patologización de la vida del campesino, de lo femenino y lo negro. Para entender estos ejes debemos primero identificar y describir los espacios institucionalizados y los modos en que se buscó aplicar, informar y regular la higiene —esto implicaba también, cómo se reportaba e informaba de los cambios y supuestos progresos— y en el caso particular de este capítulo cerraremos destacando ese periodo de transición del 1898-1899 con la llegada/intervención estadounidense.

Vale recordar que muchas de las descripciones, frases y términos utilizados van a tratar de remitir lo más posible al léxico de la época, en particular cuando se refiere a lo expuesto en informes, reportajes y textos médicos —en ocasiones destacándolas con el uso de comillas o usando la raya para insertar una cita—, para así ir notando patrones, significantes y sinonimias que

nos permiten analizar el discurso médico.

I. Los espacios “estancados” de la Higiene: instituciones, regulaciones e informes

Aunque muchos médicos en Puerto Rico destacaban y reiteraban que el siglo es de progresos sin precedentes y sin fin, tales discursos también acentuaban los contrastes entre el Progreso de los países cultos y civilizados, entiéndase Europa y Estados Unidos, y el estancamiento en Puerto Rico. Hablar de “estancamiento” no implicaba solamente una falta de movimiento o movilidad, y por consiguiente de Progreso o Modernidad, sino de sanidad y seguridad. Decir “estancado” implicaba que dicho lugar tenía insuficiente aire o energía y por consiguiente viciaba, desordenaba o simplemente infectaba el aire o la atmósfera con miasmas⁶ que, al ser respirados, y cumplidas

⁶ Es preciso contextualizar el uso de la palabra “miasma” en esta época. La teoría miasmática fue hegemónica dentro del campo médico hasta casi finales del siglo XIX. Sus usos iniciales los podemos encontrar dentro de contextos religiosos en la Antigua Grecia y parcialmente en las teorías hipocráticas. Dentro del campo médico europeo, el término “miasma” se utilizó de forma explícita y técnica (como parte del lenguaje médico) desde al menos el siglo XVII y denotaba un “efluvio maligno” que desprendía de los cuerpos enfermos o cuerpos estancados, como los pantanos (su “acción” maligna se daba vía fermentación o generación espontánea). La premisa central de la interpretaciones médicas sobre los miasmas era que el aire se tornaba en “peste” o se “viciaba” y “corrompía” tornándose en “nocivo” o “aire malo” (después de todo, el término “malaria” significaba originalmente “mal aire”). Los miasmas no se reproducían, sino que se transmitían a través del aire y no por contacto directo con el enfermo (aunque sí se consideraba que el aire alrededor de una persona enferma podía “viciarse”). Los miasmas no eran cosas ni eran organismos vivos, sino que era entendida como una “acción”. Para principios del siglo XIX encontramos que la causas del contagio eran “gérmenes”, pero tales eran entendidos usualmente como “miasmas contagiosos”. En ese sentido, las infecciones eran entendidas como el producto o efecto de esos miasmas contagiosos o que “envenenaban”. Este uso de la palabra “contagioso” no debe confundirse con las teorías de “contagio animado”, que era entre organismos o seres vivos. En España la teoría miasmática fue casi hegemónica durante el siglo XIX, y no fue hasta el último cuarto de ese siglo que esto cambió, como sucedió en muchas partes de Europa, con la teoría bacteriana. Considerando que muchos médicos en Puerto Rico se formaron en España, esto explica el uso del termino “miasma” y el giro que hubo en torno a su uso en las décadas de los ochenta y noventa en el siglo XIX. Hasta prácticamente la década de los setenta del siglo XIX, la mayoría de los médicos españoles se oponían a que las fiebres infecciosas, como la malaria, la tuberculosis y la fiebre amarilla se debieran al “contagio animado” (a través de un organismo a otro) sino a los miasmas. En los textos médicos españoles de la primera mitad del siglo XIX los miasmas son definidos como “las exhalaciones que salen del cuerpo en el estado de enfermedad” o que salen de “sustancias animales en descomposición”. Dicho de otra forma, los miasmas son los “efluvios” y éstos son “todos los fluidos que se exhalan de los cuerpos vivos o muertos”. El término “germen” aparece durante esta época, pero tiene un uso mucho más amplio al actual y remite a los “orígenes de diferentes afectos, ya contagiosos, ya accidentales y esporádicos, ya hereditarios”. En ocasiones se usaba la palabra fermento como intercambiable con germen. No será hasta finales del siglo XIX que se hablará de una “teoría de gérmenes” para referirse a la teoría bacteriana en vez que la miasmática. Para una discusión en torno al concepto de “miasma” ver Douglas Harper, “Miasma”, *Online Etymological Dictionary* (2021). Accesado en <https://www.etymonline.com/word/miasma>; Douglas Harper, “Malaria”, *Online Etymological Dictionary* (2021). Accesado en <https://www.etymonline.com/search?q=malaria>; Real Academia Española, “Miasma”, *Diccionario de la lengua española*, 23 ed. Accesado en <https://dle.rae.es/miasma>; Pedro Laín Entralgo, *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica* (Barcelona: Anthropos, 1987), 19-20, 26; Tesh, *Hidden Arguments*, 25. Para una discusión detallada de las teorías miasmáticas y de infección en España durante el siglo XIX ver María José Bágüena Cervellera,

ciertas condiciones específicas —o cierta receptividad o herencia— podían entonces infectar a un cuerpo animado/vivo. En otras palabras, decir “estancado” o asociarlo con los pantanos o los “charcos” quería decir también que dicho espacio era enfermizo o foco de enfermedades. A través de este capítulo notaremos cómo ciertos términos/significantes —por ejemplo “viciado”, “hacinado”, “inculto” y “degenerado”, entre otros— estaban enmarcados en una semántica higiénica que emitía juicios en torno a la moral y política puertorriqueña a través de un lenguaje aparentemente objetivo y médico.

Como veremos más adelante, aún los médicos que hacían hincapié en el carácter ilustrado de las instituciones y medicina españolas tenían que reiterar, cuando no demandar, por qué dichos progresos no habían podido darse aún en Puerto Rico. Para finales del siglo, cuando llegan los Estados Unidos, los reportajes e informes —como los llevado a cabo por el Informe Carroll y los *Public Health Service (PHS)*— no dejan de destacar los atrasos, estancamientos y cuando no, “primitivismos” de las instituciones médicas e higiénicas en Puerto Rico.

A. Instituciones (hospitales, centros y publicaciones)

Al hacer una revisión somera del estado de la cuestión del 1880 al 1899, al menos en términos institucionales, entiéndase los espacios, lugares y recursos médico-higiénicos —desde los hospitales, asilos y laboratorios hasta la producción científica y las regulaciones higiénicas—, encontramos que en Puerto Rico existían una serie de discrepancias y carencias que eran harto conocidas entre los médicos y la población general. Primero, es preciso que entendamos cómo se organizaban los servicios de salud pública.

Lo que hoy llamamos “salud pública” tuvo otras denominaciones en el siglo XIX, como eran

“Algunos aspectos de la asimilación de la teoría del contagio animado en la España del siglo XIX”, *Cronos* II, n°2 (1999), 285-307, 285, 288, 294-96.

“sanidad”, “higiene” y “salubridad” —por lo general, como veremos más adelante, se asoció al concepto de “Higiene”—, y su organización dependía casi exclusivamente de los recursos que existían a nivel municipal en los ayuntamientos. A partir del 1813, el Decreto de cortes dictaminó que los ayuntamientos eran responsables de sus servicios de sanidad local y de su propia Junta de Sanidad local, la cual era nombrada por el cabildo⁷. Antes de este periodo, lo único que existía a nivel estatal era una Junta de Sanidad de carácter marítimo (en el 1766) que tenía como objetivo principal inspeccionar los navíos y llevar a cabo cuarentenas (siguiendo la lógica de las teorías de contagio de la época)⁸. Oficialmente, en San Juan y en el 1814, tenemos la Junta Superior de Sanidad (en ocasiones llamada la Junta Provincial en oposición a las juntas municipales), y tal suponía gobernar sobre los asuntos sanitarios de toda la Isla. Esta junta, similar a la que existió en el 1766, se concentraba más en asuntos de Sanidad Marítima, mientras que las juntas locales se encargaban de regulaciones “policiales” rurales y urbanas⁹. En las Juntas locales estaba el alcalde como presidente, y como miembros el médico municipal, algunos miembros del consejo y el medico visitador de naves (encontramos una organización similar pero más amplia en la Junta Provincial¹⁰).

⁷ El Cabildo nombraba los miembros de la Junta de Sanidad local, compuesto por lo general de licenciados, párrocos, facultativos y médicos practicantes (encabezado por el alcalde). Al principio de cada año, el Cabildo nombraba los distintos diputados, quienes estaban a cargo de salvaguardar y vigilar por las reglamentaciones de los ayuntamientos: el diputado de la vacuna, de la sanidad, del hospital, obras pías y de beneficencia, etc. Sin embargo, todo esto estaba sujeto a la aprobación del Gobernador. Ver Eliseo Font y Guillot, “Desarrollo Sanitario—Legislación— Junta de Sanidad”, en *El Libro de Puerto Rico*, eds. Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (co-eds) (San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923), 286-304, 286-88; Salvador Arana Soto, *La sanidad en Puerto Rico hasta 1898* (Barcelona: Complejo de Artes Gráficas Medinacelli, 1978), 111-12.

⁸ Los inicios formales de la primera Junta de Sanidad fueron en el 1766, cuando se estableció una junta para tratar con las enfermedades que venían de los buques. En el 3 de mayo de 1768 marca el inicio de la institución de la Junta de Sanidad, aunque tal no quedó establecida y reconocida, con las debidas aprobaciones oficiales hasta el 1814. Ver Arana Soto, *La sanidad*, 119.

⁹ Ver Arana Soto, *La sanidad*, 125-27.

¹⁰ En el 1898, antes de la intervención estadounidense, la Junta Superior de Sanidad estaba compuesta por: el Gobernador General, el Intendente de Hacienda, el Comandante del Apostadero, el vicepresidente de la Comisión Provincial, el Alcalde de San Juan, el Inspector General de Obras Públicas, el Presidente de las delegaciones de Medicina y el de Farmacia, el Médico visitador de navíos, el Ingeniero de la ciudad de San Juan, tres médicos “en ejercicio”, un farmacéutico, un abogado y un veterinario. Ver Font y Guillot, “Desarrollo”, 294.

Hasta cierto punto, las primeras regulaciones higiénicas y sanitarias las encontramos en los *Bandos de policía y buen gobierno* (de ahora en adelante llamados, de forma acortada, como los *Bandos*) de principios y mediados del siglo XIX¹¹. Ya aquí podemos notar cómo las regulaciones de salud e higiene confluían con regulaciones en torno a limpieza, orden público y conducta moral. En los *Bandos* del 1820 encontramos las disposiciones generales que aparecerán publicadas por las Juntas de Sanidad y que aparecen, con leves modificaciones, en las llamadas “Ordenanzas municipales”, las cuales contenían regulaciones de policía urbana, rural y sanitaria. Entre tales disposiciones y reglamentaciones tenemos: 1) se requería barrer rutinariamente en unos días específicos (en el caso del *Bando* del 1820, eran los jueves y sábados); 2) se prohíben ciertas “construcciones peligrosas” (entre ellas los bohíos); 3) perros que anduviesen en la calle sin collar eran ejecutados (al igual que no se permitía dejar animales sueltos por las calles sin sus dueños); 4) se tenía como imperativo la asistencia a los pobres¹². En los *Bandos* del 1842, encontramos una mayor elaboración y regulaciones en algunas instancias que habían sido mencionadas en el anterior, y que serán troncales en las Ordenanzas municipales.

En muchos sentidos, lo que por lo general entendemos por regulaciones higiénicas y sanitarias las encontramos, al menos en el caso del siglo XIX, en este tipo de documento jurídico (los *Bandos* y las Ordenanzas municipales). Lo llamativo es que dichos documentos no estaban asociados exclusivamente al quehacer médico o a alguna entidad estatal especializada en dichos servicios (no había, por así decirlo, un Departamento de Salud Pública o Sanidad). Inclusive, los documentos

¹¹ En realidad, esto ya podemos verlo en los primeros *Bandos* de finales del siglo XVIII (en el 1789), emitidos por el gobernador Miguel de Ustáriz. Ya ahí hubo 25 artículos dedicados a orden público, limpieza y salud. Entre tales encontramos artículos sobre limpieza de calles, las plazas y paseos, la necesidad de adoquinar la ciudad de San Juan, la prohibición de circulación nocturna de personas en grupos mayores de tres, la criminalización de negros y mulatos portando armas, entre otras. Para más detalles ver María Teresa Cortés Zavala, “Los Bandos de Policía y Buen Gobierno en Puerto Rico. El ordenamiento urbano y la protección de la salud y la higiene en el siglo XIX”, *Op. Cit.* XIX (2009-2010): 107-141, 118-20.

¹² Ver reproducción parcial del *Bando* en Arana Soto, *La sanidad*, 96-100.

titulados *Reglamentos de Sanidad* tendían a concentrarse casi exclusivamente en asuntos marítimos, como lo fue el primero, publicado por la Junta Superior de Sanidad el 5 de junio de 1841¹³. Este tipo de documento dictaminaba los criterios para la inspección de navíos y los protocolos para llevar a cabo cuarentenas (usualmente de la Isla de Cabras o en un pontón lazareto)¹⁴. El asunto cambia posteriormente, después de la intervención estadounidense y notamos que los reglamentos y regulaciones de sanidad son más expansivos. Ya esto lo retomaremos en la próxima sección, cuando abarquemos algunas Ordenanzas municipales y como confluían regulaciones de índole moral, de orden público e higiénico-sanitario. Por el momento, es preciso que discutamos las instituciones y servicios higiénicos, sanitarios y médicos que existían para finales del siglo XIX.

En teoría cada municipio tenía su hospital y algún espacio destinado a la beneficencia¹⁵,

¹³ Este enfoque en lo marítimo se mantuvo a través del siglo XIX. Si consideramos el *primer Reglamento de Sanidad de la Isla de Puerto Rico*, publicado en el 1841, notamos que el enfoque era en cómo se evaluaban los buques para someterlos a una cuarentena. Para más detalles ver la reproducción de este reglamento, y algunas de sus modificaciones leves a través de las décadas en Arana Soto, *La sanidad*, 155-160, 184-87.

¹⁴ Como no había en realidad un lazareto hasta el 1877, la opción era utilizar un buque pequeño o pontón para así mantener aislados y, de ser necesario, atender a los enfermos de alguna infección grave (como la fiebre amarilla o el cólera morbo). Arana Soto, *La sanidad*, 146, 158, 166-170.

¹⁵ El término “beneficencia”, que en muchas ocasiones era utilizado en mayúscula se refería a aquellas instituciones caritativas dedicadas al cuidado de aquellos identificados como “indigentes” y “pobres”. Estas instituciones se asociaban al ejercicio cristiano de caridad, pero durante el siglo XIX no suponían ser instituciones exclusivamente clericales sino públicas y organizadas a nivel municipal. Durante el siglo XIX, el término “beneficencia” era utilizado en España para designar aquellos servicios estatales que, en pro de seguir las reformas de asistencia a los pobres del siglo XVIII, suponía ofrecer servicios a todos aquellos que eran incapaces de trabajar y sostenerse financieramente. Sin embargo, esto no logró darse como se suponía. Al respecto, el historiador Manuel Aguilar Hendrickson señala que las limitaciones de este sistema, entre ellas era la fragmentación de la responsabilidad en torno a dichos servicios y que dichos servicios, al igual que la caridad tradicional, se regían por la voluntariedad de servicios sin derechos a los ciudadanos (al menos hasta el siglo XX, en particular con las reformas y discusiones en las décadas de los sesenta en adelante). En Puerto Rico, como iremos viendo en este capítulo y el próximo, encontramos muchas limitaciones similares en torno a estos servicios de beneficencia. Los municipios no parecían lograr sus objetivos de ofrecerlos ni, al parecer, tenían los recursos financieros para lograrlo. En Puerto Rico, la institución más conocida de beneficencia, como mencionaremos más adelante, fue la Casa de Beneficencia. Si nos dejamos por la definición utilizada en el *Reglamento para la Casa de Beneficencia* de 1851, la “beneficencia” era el “ejercicio de la caridad cristiana en auxilio de los pobres adultos que no puedan ganar por sí su subsistencia, dementes cuyas familias no pueden mantenerlos ni retenerlos con seguridad, y niños huérfanos desvalidos de ambos sexos”. En la versión del reglamento del 1856 se añaden funciones más precisas, entre ellas “moralizar”: “La Casa de Beneficencia es un establecimiento público provincial, para acoger, mantener, ocupar, enseñar y moralizar á los pobres adultos impedidos, á los huérfanos menores de quince años desamparados, y á los dementes desvalidos”. Ver Casa de Beneficencia de Puerto Rico, *Reglamento para la Casa de la Beneficencia de la isla de Puerto Rico* (Puerto-Rico: Imprenta de Marquez, 1851), 3; Casa de

entiéndase una institución de caridad y pública cuyo objetivo era ofrecer servicios gratuitos (entre ellos moralizar y dar comida) a los pobres (en especial los enfermos)¹⁶. No obstante, pareciera que la calidad de ambas instituciones y servicios resultaban insuficientes, el acceso y disponibilidad de recursos escaso —lo cual afectaba la mayoría de los campesinos— y existían pocas provisiones para tratar a los leprosos —técnicamente había un solo “leprocomio”¹⁷— e “insanos” y acomodar huérfanos, en especial si era fuera de San Juan¹⁸. En San Juan el Hospital Militar —o el Real Hospital, entre otros nombres— operaba también como el hospital general del país, tanto civil como militar, mientras que el Hospital de la Concepción era el hospital civil y la Casa de Beneficencia —que incluía el Manicomio— era uno de los pocos espacios dedicados, de una forma u otra, al tratamiento de los insanos y no solo de los huérfanos¹⁹. Si bien existía al menos un laboratorio, fundado a mediados de siglo (en 1851 bajo el padre Rulfo)²⁰, faltaba aún un laboratorio que pudiese llevar a cabo los análisis e instalaciones necesarias para evaluar y tratar pacientes del

Beneficencia de Puerto Rico, *Reglamento para la Casa de la Beneficencia de la isla de Puerto Rico* (Puerto-Rico: Imprenta de Marquez, 1856), 3; RAE, “Beneficencia”, *Real Academia Española*. Accesado en <https://del.rae.es/beneficencia?m=form>; Manuel Aguilar Hendrickson, “La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales”, *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales* XLVIII (2010), 9-16, 11-13.

¹⁶ Salvador Arana Soto, *Historia de la medicina puertorriqueña hasta el 1898* (San Juan: Medinaceli, 1974), 625-36, 625; Henry K. Carroll, *Report on the Island of Porto Rico its Population, Civil Government, Commerce, Industries, Productions, Roads, Tariff, and Currency* (Washington: Government Printing Office, 1899), 33, 555.

¹⁷ Lo más cercano a un “leprocomio” existió en Puerta de Tierra para finales del siglo XIX. Desde principios del siglo XIX se discutió la posibilidad, nunca realizada, de establecer un leprocomio en Isla Cabra. En Isla de Cabras hubo un Lazareto o, mejor dicho, se construyó una especie de hospital que fue inaugurado en septiembre de 1878 (se había intentado hacer un lazareto también en el 1855 en Miraflores). Al fin y al cabo, el proyecto de hacer un leprocomio en Isla de Cabras fue abandonado y se optó por construir un edificio de madera de un piso, con poco espacio (cabían seis personas, pero se sabe que para el 1898 había once aislados en ese espacio), en Puerta de Tierra (San Juan), en la parte trasera de la cárcel. Para el 1899 el asunto se complicó cuando San Ciriaco destruyó el edificio y se tuvo que mover, de forma provisional, a los pacientes al sótano de la cárcel. Ya la formación del leprocomio en Isla de Cabras será retomada en el próximo capítulo cuando se mueven los pacientes de San Juan a Isla de Cabras en octubre de 1900. Ver Julie H. Levinson, “Beyond quarantine: a history of leprosy in Puerto Rico, 1898-1930S”, *História, Ciências, Saúde* X, n°1 (2003), 225-245, 229-232; Arana Soto, *Historia de la medicina*, 633; Gen. G.W. Davis, *Annual Reports of the War Department for the Fiscal Year June 30, 1900. Part 13. Report of the Military Governor of Porto Rico on Civil Affairs* (Washington: Government Office, 1902) 619.

¹⁸ Carroll, *Report on the Island*, 33.

¹⁹ Arana Soto, *El Hospital de Puerto Rico* (San Juan: 1976), 9-13, 263-72, 275-78; Arana Soto, *Historia de la medicina*, 625-36.

²⁰ María Teresa Cortés Zavala, “Las rutas de la ciencia y el desarrollo de la medicina en Puerto Rico: 1800-1851”, *Revista Brasileira do Caribe* VII, n°14 (2007): 533-54.

Manicomio²¹.

Desde principios del siglo XIX hubo intentos de regular la práctica médica a través de los Ayuntamientos, pero el primer intento sistemático lo encontramos con la creación, en el 1816, de la Cátedra de Medicina en el Hospital Militar, dirigida por José Espaillat. Espaillat examinaba y evaluaba a los médicos licenciados, a la misma vez que certificaba/habilitaba a los curanderos para que pudiesen ejercer de forma legítima como “practicantes”. Sin embargo, las funciones de dicha Cátedra van a ser transferidas, y hasta cierto punto eclipsadas, con la formación de la Real Subdelegación de la Medicina y Cirugía en el 1839 que fue la entidad estatal que reguló la práctica médica en el país²². Esta entidad suponía asistir en regular la profesión a nivel municipal y evaluar los grados universitarios para así dispensar licencias a los médicos y cirujanos. Entre sus labores estuvo también, al menos a partir del 1844, certificar que algunos curanderos (en ocasiones llamados “curiosos”) pudiesen operar como asistentes de médicos o “practicantes” (aunque en ocasiones se les refería como “curiosos autorizados”) en procesos como llevar a cabo sangrías, ventosas, sanguijuelas y operaciones pequeñas —y se les designaba, inicialmente como “sangradores”, “ministrantes” y “flebotomianos”, y después “practicantes”—²³.

²¹ Diera la impresión, a partir de lo que reporta el Dr. Pablo Font en el 1899, que se tendía a referir aquellos pacientes que tuviesen los medios económicos para ir a la Habana y llevar a cabo dichos procedimientos allí. Carroll, *Report on the Island*, 208.

²² Existían ya leyes y regulaciones sobre la práctica de la medicina desde finales del siglo XV en España y que se practicaban en Puerto Rico. Arana Soto señala que se suponía que los alcaldes a través de la institución del Protomedicato examinaban los credenciales de los médicos que ejercían en la Isla. Sin embargo, más allá de la existencia de las leyes que concernían estos asuntos (en las Leyes de Indias), desconocemos cómo esto se llevó a práctica. Si remitimos a la investigación de Cesar Salcedo sobre las regulaciones sanitarios de principios de siglo XIX encontramos que no existía un Protomedicato, o un tribunal especializado, sino que todo dependía de las labores de los Ayuntamientos. Inclusive, para vigilar contra los curanderos o “curiosos”, en Puerto Rico se creó el puesto de “Inspector de Sanidad” en el 1812 para vigilar que los curanderos no atendieron al público. Dichos inspectores trabajaban junto a los tenientes de guerra. Hasta cierto punto, la creación en el 1816 de la Cátedra de Medicina en el Hospital Militar fue la que permitió, por primera vez y de forma organizada, regular, a través de exámenes, el ejercicio de la medicina en Puerto Rico. Esta institución sirvió como ente regulador hasta que en el 1839 se establece la Subdelegación de Medicina y Cirugía y en el 1844 cuando se aprueba el Reglamento de Medicina y Cirugía para Puerto Rico y Cuba. Ver Arana Soto, *Historia de la medicina*, 570-73; César Augusto Salcedo Chirinos, *Las negociaciones del arte de curar. Los orígenes de la regulación de las practicas sanitarias en Puerto Rico (1816-1846)* (Lajas: Editorial Akelarre, 2016), 142, 146-149, 154-55.

²³ Nicole Trujillo, *Modern Colonization by Medical Intervention: U.S. Medicine in Puerto Rico* (Leiden: Brill,

Al parecer el grupo de curanderos, que se les permitía operar de esta forma, fue un grupo pequeño, y por lo general lo que encontramos, desde finales del siglo XIX hasta casi mediados del siglo XX, es el repudio casi absoluto de los médicos hacia los curanderos y las comadronas. Un obstáculo adicional era el simple hecho de que no había en Puerto Rico instituciones educativas para certificar o dispensar grados universitarios²⁴, y cualquier intento de regular estatalmente las licencias dependían de la cooperación de los municipios. La habilitación de los curanderos cesó a mediados de mediados del siglo XIX y aunque se autorizaba el ejercicio de los “practicantes” como asistentes auxiliares a los médicos, reiteramos que su cantidad pareció ser muy limitada. Lo lamentable de esta situación fue que la habilitación de los curanderos se dio porque existía una escasez de médicos y personal sanitario²⁵ y esta suspensión y prohibición no resolvió esta carencia de médicos —la cual duró hasta mediados del siglo XX— y reforzó cada vez más un mayor prejuicio y antagonismo por parte de los médicos contra todos aquellos “curiosos” (por lo general, los curanderos, las comadronas y las parteras). Este prejuicio, como veremos a través de esta disertación, llevó a que repetidamente los médicos (puertorriqueños y, posteriormente, los estadounidenses) vinculasen al curandero con la charlatanería y la corrupción política local. Tampoco se logró regular adecuadamente la práctica médica para finales del siglo XIX, y varios médicos denunciaban las practicas y excesos cometidos por alcaldes en sus nombramientos de

2013), 120; Arana Soto, *Historia de la medicina*, 591-92, 603.

²⁴ Se supone que hubo, a partir del 1845, una Escuela de Cirujanos médicos prácticos, que certificaba a los “practicantes” para hacer “cirugías menores” (los sangrados, ventosas, extracciones de dientes y operaciones pequeñas). Sin embargo, como ha señalado César Salcedo, esta escuela, tal cual como se había ponderado, no logró consolidarse. A su vez, en el 1847, la Subdelegación de Medicina y Cirugía prohibió la habilitación de curanderos. Los curanderos habilitados fueron aquellos examinados, del 1816 hasta el 1844, a través de la Cátedra dirigida por José Espaillat (y de forma parcial aquellos evaluados, de forma en ocasiones cuestionable, por Francisco Oller, en su puesto como subdelegado de la Junta Superior Gubernativa de Cirugía en el 1826). Para más detalles, en particular sobre el proceso de examinación y habilitación ver Salcedo Chirinos, *Las negociaciones*, 18-19, 72, 150-166.

²⁵ César Salcedo destaca este aspecto en varias ocasiones en su texto, mostrando cómo el Estado tuvo que asumir cierta flexibilidad y reconocer la necesidad de habilitar a los curanderos. Sin embargo, este proceso fue errático y no pocas veces mostró sesgos (en particular cuando no habilitaban algunos curanderos pese a su eficacia atendiendo pacientes). Para más detalles ver Salcedo Chirinos, *Las negociaciones*, 156-61.

médicos municipales²⁶.

No encontramos durante este periodo ninguna campaña oficial de higiene, más allá de ciertos intentos de administrar la vacuna. Existía un instituto dedicado a la vacuna, creado en el 1882, dado que “el virus propagado en esta Isla procedente del extranjero, y cultivado después de brazo á brazo, era deficiente en muchas ocasiones”; tal como lo demostraron las epidemias de 1875 y 1880²⁷. En el 1881 el vacunólogo Dr. Antonio Sierra y Carbó vino a cultivar la vacuna-animal, y dirigió dicho instituto, siendo José Elías y Herreros el vice-director (hasta que tomó la dirección en el 1884²⁸). La queja recurrente de los médicos y del aludido instituto era la falta de cooperación de las familias (pocos niños menores de 1 año se vacunaban) y de las autoridades, asunto que se reflejaba en las pocas vacunaciones y revacunaciones, con excepción del 1899 cuando el régimen estadounidense llevó a cabo una empresa millonaria de vacunar el país (vacunando casi un millón)²⁹. A su vez, la recopilación de datos a nivel de censos y análisis estadísticos era, aún para finales del siglo, errático; señalamiento que compartirán, aún si desde distintos registros, Agustín Stahl en el 1895³⁰ y varios de los médicos e oficiales estadounidenses del *PHS*.

²⁶ Se suponía que los municipios le hicieran llegar a La Real Subdelegación de la Medicina los grados y licencias de los médicos empedados en los municipios, pero da la impresión de que esto no se cumplía con regularidad y los alcaldes empleaban médicos sin seguir las regulaciones. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 120-21.

²⁷ José Elías, *De la Vacuna Animal en la Isla de Puerto-Rico*. Memoria elevada a la Excma. Diputación Provincial (Puerto-Rico: Imprenta de José González Font, 1886), vii.

²⁸ Elías, *De la Vacuna*, viii.

²⁹ La cantidad de vacunados tendía a fluctuar entre 3,000 y 4,000 personas durante la década de los ochenta, aumentando considerablemente en la última década, hasta llegar el 1899 cuando fueron vacunados la mayor cantidad de habitantes en la Isla. Hubo un alza del 1893 al 1894, periodo en el cual hubo un brote de viruela, de casi el doble de vacunados (casi 25,000 vacunados). Sin embargo, hubo pocos niños vacunados, lo cual mostraba, de acuerdo con el autor, la negligencia de las familias en obedecer los requisitos de vacunación. Del 1895 al 1896 hubo un total de 20,000, lo cual reflejaba una disminución durante un periodo que no hubo brote de viruelas. Según el galeno había menos el “deseo” de vacunarse porque había menos “temor al contagio”. Como veremos en este capítulo y los demás, no será raro que los médicos resalten como el miedo motivaba, e incluso podía ser útil en este sentido, a que los pacientes siguieran las órdenes médicas. Ver Elías, *De la Vacuna*, 75-85; José Elías, *Instituto Provincial de Vacuna de Puerto-Rico. Memoria Expresiva de los trabajos del mismo en el año 1893-94* (Puerto-Rico: Talleres Tipográficos de Beneficencia, 1894), 3; José Elías, *Instituto Provincial de Vacuna de Puerto-Rico. Memoria Expresiva de los trabajos del mismo en el año 1894-95* (Puerto-Rico: Talleres Tipográficos de Beneficencia), 3.

³⁰ Agustín Stahl, *Estudio demográfico. Estadística de mortalidad y nacimientos en Bayamón y pueblos limítrofes* (Puerto Rico: Sucesión de José J. Acosta, 1895), 4-5, 11-12, 38.

Para el periodo que nos ocupa no había aún una escuela o universidad que concediera grados en medicina, y la cátedra iniciada por Espaillat en 1816 (en el Hospital Militar) no fue retomada una vez eliminada a mediados del siglo XIX³¹. Por lo tanto, los médicos puertorriqueños (entiéndase los médicos y cirujano titulares) tenían que adquirir sus grados fuera del país, usualmente en Europa o Estados Unidos³². Curiosamente, si bien esto podía resultar problemático y costoso, el debate respecto a la importancia de “educar” o instaurar instituciones educativas aludía más a la necesidad de educación primaria para educar a los pobres (sobre todo los jíbaros)³³. El asunto no va a cambiar demasiado, y no será hasta mediados del siglo XX cuando oficialmente se funde la primera escuela/universidad nacional de medicina.

En lo que concierne la producción escrita de los médicos, dejando a un lado publicaciones de ficción, hay pocos textos médicos, sean estos libros especializados (de carácter histórico, demográfico e higiénico), prensa o revistas médicas. Ya Arana Soto señalaba la escasez de producción periodística medica en Puerto Rico, la cual parece no extenderse más allá de unas cinco o seis revistas, todas de poca vida. El primer periódico médico lo encontramos en el 1875, y al parecer duró tres años: *Revista Médico Farmacéutica*³⁴. El próximo periódico fue fundado en el 1881 y se llamó *La Salud*, al parecer editado por Francisco del Valle Atilés, usando el seudónimo Narciso del Valle Atilés, y acompañado en la redacción por José Gómez Brioso y Calixto Romero,

³¹ Además del aludido texto de Salcedo ver también, para más detalles, Salvador Arana Soto, *El Dr. Espaillat y la enseñanza médica en Puerto Rico* (Barcelona: Artes Gráficas Medinacelli, 1978), 105-107, 135, 152.

³² La mayoría de los médicos en Puerto Rico era graduandos de España, Francia y Estados Unidos, muchos de ellos de Barcelona, Sevilla, Madrid, Nueva York, Michigan y La Sorbona en París. Favor ver para más detalles Apéndice de médicos.

³³ Se puede inferir que el costo de dicha educación a Europa era suficientemente problemático para que un farmaceuta, de una familia reconocida, como fue Pedro del Valle Atilés tuviese que llevar a cabo “grandes sacrificios”, entre ellas vender su botica, para lograr sufragar su grado como médico. Ver Arana Soto, *Catálogo de Médicos de P.R. de siglos pasados* (San Juan: Aldecoa, 1966) 436-7; Puerto Rico Ilustrado, Inc., “En la muerte del doctor Pedro del Valle Atilés”, *Puerto Rico Ilustrado* XXVII, n°1443 (6 de noviembre 1937), 50-51, 50.

³⁴ La redacción estaba compuesta por los doctores Ramón Garganta, Fernando Núñez, Miguel Ledesma, José M. Baralt, Francisco Alafout, Francisco del Valle, Juan Monclova. Arana Soto cree que Valle Atilés fue el fundador de dicho periódico. Para más detalles ver Salvador Arana Soto, “Historia del periodismo médico hasta el 1903”, *BAMPR* LII, n°10 (1960): 350-4.

el cual desapareció para marzo de 1885. Le siguen *El Eco Médico-Farmacéutico* y otras revistas, al parecer más efímeras y para términos de análisis histórico de difícil acceso³⁵. Para nuestros fines nos concentraremos en los dos periódicos más reconocidos, el *Eco-Médico-Farmacéutico* y *La Salud*³⁶, ambos editados por Valle Atilés³⁷ y los cuales participaron varios médicos —no siempre claramente identificados³⁸—. Junto a Manuel Zeno Gandía, Valle Atilés es una figura clave en el discurso higiénico-sanitario y racialista de los médicos letrados del país, y para ello en particular su texto *El campesino*³⁹. *El campesino* es probablemente una de las descripciones más detalladas que tenemos, y tal vez la más elaborada en términos de salubridad y teoría médica, respecto a no solo la “fisiología” del campesino —lo cual incluye medidas antropométricas y de craneometría—

³⁵ Si seguimos el recorrido de Arana Soto en el 1892 se funda la *Revista dosimétrica de Medicina Veterinaria* o la *Revista de Medicina Dosimétrica Veterinaria de Higiene y de Economía Rural*, dirigida por Víctor García Bermejo (al parecer el propietario, quien desempeñaba cargos de Veterinario Municipal y fue subdelegado de Sanidad Veterinaria de Mayagüez). En el 1895 se publicó *La Revista Médica de Puerto Rico*, dirigida por D. Francisco Baixauli y otra llamada *Revista Médico Social* en Mayagüez, tal vez en 1894 (tal vez publicada como *La Verdad Médico-Social*), fundada por los Dres. Eliseo Font y Guillot y Benito Gaudier. Otra revista efímera fue *El Laboratorio* en Mayagüez, editado por el Dr. Benito Gaudier (hay discrepancias entre Arana Soto y Manuel Quevedo Baez respecto a si tal vez fue fundada en el 1879). En el 1901 aparece la *Revista Medico-Farmacéutica*, fundada por Narciso Rabell Cabrero, Miguel R. Cancio Vendrell y José A. Franco Soto. Vale mencionar que hubo también periódicos con nombres médicos que no lo fueron como fue el caso del *El Escalpelo*, *El Microbio* y el *Ojo Clínico*. Ver Arana Soto, “Historia del periodismo”, 351-54.

³⁶ En este capítulo, en las notas al calce, estaremos utilizando los acrónimos *EMFPR* y *LS* para aludir a las revistas y semanarios, *El Eco Médico Farmacéutico de Puerto Rico* y *La Salud*.

³⁷ Francisco del Valle Atilés fue también el director y editor de *La Salud* o *LS*. Ver portada de *La Salud. Semanario de Higiene al Alcance de Todos* 1,1 (1883). Entre los redactores, y los que aparecen en el primer volumen son el surtido más o menos regular, del *Eco-Médico Farmacéutico* o *EMDPR* tenemos a José María Blanco, Francisco del Valle Atilés y su hermano Pedro Valle Atilés, José Ledesma, Demetrio Panigua, Pedro Puig, Ricardo Rey y Calixto Romero. Los directores de dicha revista son José M. Baralt, Miguel Portero y Calixto Romero (director honorario). En *LS* los redactores del primer volumen son, además de F. Valle Atilés, Calixto Romero Cantero y José Gómez Brioso. Rara vez son identificados autores de los textos en este semanario con nombre y apellido, por ende, hemos de asumir que en su mayoría los textos fueron escritos por uno de los tres usuales redactores —Francisco del Valle Atilés, José Gómez Brioso y/o Calixto Romero—.

³⁸ A menos que los artículos o textos identifiquen la autoría como anónima hemos optado por simplemente no poner autor alguno. Resulta difícil identificar, y las revistas en este periodo son inconsistentes en ello, cuando un texto es anónimo o cuando fue escrito por el editor. Por lo general en revistas como *La Salud* y *El Eco Médico-Farmacéutico* existían ciertos segmentos que tendían a ser dedicados a comentarios, en donde pueden verse textos identificados con seudónimos o como anónimos —en particular cuando se trataba de discusiones entre médicos, especialistas o comentando contra algún artículo o reseña, como veremos más adelante cuando se debate respecto a la vacuna—. Sin embargo, los textos iniciales, antes de la reseñas, comentarios y anuncios, tendían a ser escritos por médicos claramente identificados o el editor. En muchas ocasiones daba la impresión de que, aunque no apareciera claramente expuestos que el editor —Valle Atilés— era el autor, se pudiese inferir que lo era por tono, estilo y contenido.

³⁹ Francisco Valle Atilés, *El campesino puertorriqueño: sus condiciones físicas, intelectuales y morales, causas que las determinan y medios para mejorarlas* (Puerto Rico: Tipografía de José González Font, 1887).

sino que elabora sobre las capacidades intelectuales, morales, políticas (o “formas de gobierno”) y económicas. A su vez, todas estas capacidades son presentas como si estuviesen influenciadas, de un modo u otros por factores meteorológicos, educativos, históricos y raciales.

Aunque Valle Atilés no es el único médico al que aludiremos en este capítulo, ni es tampoco vez la figura más recordada o famosa, al menos si lo comparamos con otros médicos que discutiremos como Manuel Zeno Gandía, Ramón Emeterio Betances, Agustín Stahl, Francisco Goenaga y Cayetano Coll y Toste, sí resulta una figura clave para ver cómo se entrecruzaban discursivamente los saberes de la higiene, del racialismo⁴⁰, de la sobrepoblación, de los gérmenes, del clima y de la emergente eugenesia (la cual será más visible hacia principios del siglo XX).

B. Regulaciones y ordenanzas

Las ordenanzas y regulaciones municipales en Puerto Rico, como en muchos países para finales del siglo XIX, reflejan un discurso respecto a la “higienización” de la sociedad, cuya semántica fluctúa entre los discursos médico-sanitarios respecto a la limpieza, el orden y la ventilación, y los discursos médicos-moralistas que condenaban las “degeneraciones morales” o intemperancias (alcoholismo, prostitución, sexo no marital, etc.). Lo moral y lo social, conceptualizados desde la Higiene, eran casi indistinguibles. No solo eso, sino que paulatinamente a través de este discurso higienizante, se estaban erosionando las diferencias entre higiene pública e higiene privada, entre salud, higiene, sanidad y seguridad, e inclusive entre salud pública,

⁴⁰ Ya en el primer capítulo hemos definido la noción de racialismo que manejamos en esta tesis, basándonos principalmente en el análisis ofrecido por Tzvetan Todorov. No obstante, vale recalcar, que ese conjunto de proposiciones, presupuestos e ideas que conforman el racialismo en Puerto Rico tienen la particularidad de estas influenciadas por las teorizaciones en torno a la “raza latina” y el “hispanismo”. Ya esto lo retomaremos más adelante. No obstante, vale resaltar que aun dentro de este “racialismo latino” encontramos las características identificadas por Todorov, en particular la correspondencia que se asumía entre las características físicas y las morales. Esto lo veremos particularmente en la obra del médico Francisco del Valle Atilés, para quien las diferencias físicas, aquí entendidas como raciales, determinaban las diferencias culturales y/o morales de los campesinos negros de los campesinos blancos. Igualmente, muy a tono con lo señalado por Todorov, notamos como el racialismo iba de la mano con el cientificismo. Ver Tzvetan Todorov, *Nosotros y los otros* (Madrid: Siglo XXI, 2007), 117, 120.

felicidad/comodidad y el objetivo primordial gubernamental del Estado⁴¹. Esta última equivalencia es muy pertinente para comprender cómo los estadounidenses van a juzgar las capacidades del gobierno, y de los gobernados, a partir de la salud pública.

Primero vale la pena detenerse en algunos asuntos semánticos pertinentes. Aunque para finales del siglo XIX las llamadas “Ordenanzas municipales” tenían ciertas secciones delimitadas y tituladas “salubridad”, “sanidad” e “higiene”, una lectura más detenida nos permite apreciar que en realidad casi todos los aspectos asociados a la conservación del orden, la limpieza, el estado de los comestibles, las viviendas y las aguas, e incluso la muerte (el manejo de cadáveres) estaban, de una forma u otra, asociadas a las regulaciones de la salud o lo que para finales del siglo XIX tendió a identificarse como “higiene pública” (urbana y rural).

Si nos permitimos la generalización, las secciones tituladas como “Sanidad” tienden a reducirse casi siempre a asuntos de inoculación y en ocasiones de vivienda (o de la “salubridad de las habitaciones”), la conducción de las aguas y el manejo de cadáveres y entierro; mientras que en otras secciones, bajo el nombre de “Salubridad”, se encuentran aquellos artículos relacionados al uso del agua (lo cual puede incluir las fuentes públicas, y los lugares, designaciones y reglas para bañarse), así como la producción y consumo de ciertos productos (como el pan, las carnicerías, los mataderos)⁴². Pudiese verse, aunque sea parcialmente, que bajo “sanidad” tenemos

⁴¹ No es raro entonces que los médicos señalen, retomando a Bossuet, que el fin de la política consiste en procurar la comodidad y felicidad del pueblo, y a esto se le añade, “aquella no cumple con su objeto si la Higiene no inspira sus actos”. Similarmente aludiendo a Disraeli señalan: “la salud pública es el fundamento en el cual reposan la felicidad de los pueblos y todo el poder de un imperio. La preocupación de la salud pública es el primer deber de un hombre de Estado”. Ver “Registro Civil”, *LS I*, n°3 (1883), 33-6, 33; Ramón Emeterio Betances, “La salud pública. Congreso Internacional de Londres (1891)”, en *Obras Completas. Escritos médicos y científicos* (Lexington: Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade, 2017), 203-209, 209.

⁴² Ejemplo de ello son: Arecibo, Ordenanzas Municipales de Policía Urbana y Rural para el Término Municipal de esta Villa (Puerto Rico: “El Boletín Mercantil”, 1889) 31-41; Ponce, Ordenanzas de Policía Urbana y Rural para la Ciudad de Ponce y su término municipal. Aprobadas por el Excmo. Sr. Gobernador General en 24 de Febrero de 1888. Segunda Edición (Ponce: Imprenta M. López, 1904), 27-37; Isabela, Ordenanzas de policía urbana, rural y sanitaria, aprobadas por el Gobierno General a 26 de abril de 1883 (Imprenta de José González, 1883), 18-19; Aguadilla, Ordenanzas municipales de policía urbana, rural y sanitaria aprobadas para su régimen por el Gobierno General en 23 de febrero de 1895 (Aguadilla: Imprenta de López, 1895), 14-21.

aún esas actividades asociadas al acto de asegurar, acordar, proteger y preservar los cuerpos o vehículos; mientras que “salubridad” tiende a remitir a aquellas cosas asociadas a mantener la buena disposición, la integridad y la salud (los alimentos y el agua). Diera la impresión de que paulatinamente el término “higiene⁴³” va sustituyéndolos o, al menos, aparece con mayor frecuencia y denotando las actividades ordenadas bajo sanidad y salubridad. No obstante, el uso del término fue, y siguió siéndolo por mucho tiempo, errático, lo cual nos permite apreciar como términos y conceptos, originalmente distintos, terminaron siendo usados de forma intercambiable e incluso correlacionada (higiene, salubridad, sanidad y seguridad).

En algunos casos se utilizaba una categoría más general, pero en muchos sentidos más atinados dado que permite ver como la higiene es una ampliación de las regulaciones respecto a la seguridad pública, y como esta empezó a ser asociada con la salud pública: “Orden y Limpieza”. Bajo esta categoría encontramos una serie de regulaciones en contra de: 1) daños o perturbación de los edificios públicos —lo cual podía incluir “juegos de chiquillos” en ciertos lugares específicos—; 2) aquellos que con su “mala vida” —como los alcohólicos⁴⁴, apostadores y prostitutas⁴⁵— causen

⁴³ Las Ordenanzas del 1887 de Manatí, junto a las de Mayagüez en 1890 y Loíza en 1894 y, entre otras, la de Bayamón en el 1897, tienen una sección titulada “Higiene Pública” y comparte muchas de las secciones que encontrásemos bajo Salubridad (en el caso de las Ordenanzas de 1895 en Cidra se ponen inclusive bajo “Higiene y Salubridad”). La Ordenanza de Mayagüez es la más detallada, incluyendo secciones que hubiésemos visto bajo sanidad como es el uso de la vacuna y con unas disposiciones específicas respecto al registro de los médicos, cirujanos y farmacéuticos, con títulos legítimos, y respecto a las recetas facultativas (firmadas en tinta y no lápiz), venta de medicinas y manejo de casos de epidemia o heridas graves. Vale notar como sanidad aquí nuevamente insiste en el aspecto de asegurar, en este caso “licenciar”. Ver Manatí, *Ordenanzas municipales de Manatí* (Impr. Combell, 1887), 11-13; Mayagüez, *Ordenanzas municipales de la ciudad y término de Mayagüez aprobadas por el Excmo. Sr. Gobernador General, de acuerdo con la Excm. Diputación Provincial en comunicación de 27 de febrero de 1890* (Puerto Rico: Imprenta de Arecco, 1890), 44-56; Loíza, *Ordenanzas municipales del pueblo de Loíza* (Sucesión de José J. Acosta, 1894), 22-23; Cidra, *Ordenanzas municipales aprobadas por el Excmo. Sr. Gobernador en 5 de diciembre de 1894* (Puerto Rico: Sucesión de José J. Acosta, 1894), 14-16; Bayamón, *Ordenanzas municipales* (Puerto Rico: “Imp. Del Boletín Mercantil”, 1897), 37-42.

⁴⁴ Este significativo aparece tanto en ordenanzas como en textos médicos (como veremos ya en otra sección), y basta con citar el siguiente artículo de la Ordenanza del 1886 de Arrollo: “Art.82. serán multados los que son su mala vida o embriaguez, causen perturbación o escándalo, falten el respeto y consideración a los demás, ataquen de algún modo el pudor de las señoras y niñas, o no obedezcan a las órdenes de la autoridad”. Ver Arroyo, *Proyecto de ordenanzas municipales* (Puerto Rico: El Vapor de la Correspondencia, 1895), 18.

⁴⁵ En las Ordenanzas de mediados a finales de la década de los noventa las alusiones a las prostitutas se limitaban a incluirlas entre aquellos de “mala vida” y cuya presencia fuera de las casas de lenocinio (a menos que fuera en “ropa

alguna perturbación; 2) los escándalos o alborotos que molesten a sus vecinos; 3) los que se bañen desnudos en donde transite gente o en lugares públicos “mezclados los sexos, faltando a las reglas de decoro y decencia⁴⁶”; 4) arrojar desperdicios, sustancias fétidas, escombros o animales muertos a las calles; 5) los que tengan enyerbados o sucios los frentes de las casas y solares; 6) los que obstruyan la calle con cualquier objeto o artefacto; 7) aquellos que en custodia de un loco lo dejen vagar por la calle sin la debida vigilancia y evite que insulte o haga daño; 8) el uso de perros sin bozal o calle —so pena de inclusive matarlos y enterrarlos—; 9) la construcción de edificios peligrosos (dado a fácil combustión o efectos químicos nocivos como los que producen alcohol, tintas, jabones, aceites, velas, etc.) o incómodos; y, 10) la transportación indebida de los vehículos⁴⁷.

Además de que muchas de estas regulaciones pueden encontrarse en bandos y reglamentos anteriores, como fue por ejemplo el Bando de 1849 de Juan de Pezuela —bajo los capítulos de “moral”, “orden público”, “seguridad pública”, y “salud pública”, “comodidad y aseo público”, “ornato público⁴⁸” — vale notar cómo se va configurando aquí una noción de salud que a través del concepto de higiene va, de forma implícita o explícita, integrando a su registro las actividades de ordenamiento y arreglo asociadas a la moral y la seguridad.

Si bien existían las regulaciones la simple existencia de estas leyes no llevó a transformar

ordinaria” que no sedujera o perturbara el decoro y la decencia) era prohibida. Encontramos que, por ejemplo, la Ordenanza de Manatí, dictamina: “No se admitirán en dichos establecimientos á personas sospechosas y mugeres públicas”. En el caso de Bayamón, en las Ordenanzas del 1897, vemos una sección dedicada a la prostitución o las llamadas “mugeres públicas”: “Art.110 Se prohíbe enérgicamente que las mujeres publicas causen escándalos de ninguna clase con palabras o acciones, en calles, paseos u otros sitios públicos y que provoquen o inciten a los transeúntes”. Ver Manatí. *Ordenanzas*, 3; Bayamón, *Ordenanzas*, 20.

⁴⁶ Arroyo, *Proyecto*, 18.

⁴⁷ La mayoría estas regulaciones aparecen en las Ordenanzas de Arroyo. Curiosamente en el caso de las Ordenanzas de Carolina de 1897, casi todo cae bajo la sección de edificaciones y obras. Ver Carolina, *Ordenanzas de policía urbana y rural para el régimen administrativo del término de la Carolina* (Puerto Rico: Tipografía de F.J. Marxuach, 1897), 19-31; Arroyo, *Proyecto*, 18-21.

⁴⁸ Ver Pezuela, Juan (de), *Bando de Policía y Buen Gobierno de la Isla de Puerto-Rico* (Puerto-Rico: Imprenta del Gobierno, 1869): 1-34 (aparece una reproducción de las regulaciones del 1849).

significativamente las condiciones de podredumbre ni los problemas respecto a recursos, accesos y servicios médicos. Una y otra vez los médicos informaban de su decepción y frustración ante la indiferencia, tanto de las autoridades como del público general, para hacer cumplir y adoptar las medidas sanitarias, económicas y políticas adecuadas. Las denuncias de muchos médicos en Puerto Rico aludían a cuan atrasado estaba el país (y en ocasiones España) en comparación con lo hecho en Inglaterra, Francia y Alemania. Junto a la falta de recursos, encontramos también que en Puerto Rico no hubo estudios científicos detallados o expansivos, con la excepción de unos pocos textos (como el estudio demográfico de Stahl del 1895), y apenas encontramos informes detallados que lograsen la creación de nuevas iniciativas, campañas o leyes. En ese sentido, encontramos que existía también en Puerto Rico una carencia de recursos asociados a investigación, sea ya a nivel de desarrollar estadísticas precisas o desarrollar estudios empíricos que demostrasen los vínculos entre el “medio” y la enfermedad⁴⁹. No obstante, vale aclarar que eso no quiere decir que los médicos en Puerto Rico desconociesen de estos temas o estuviesen atrasados en torno a los debates más recientes respecto a higiene y las teorías más recientes de infección. Muy al contrario, y como veremos más adelante, varias autoridades médicas en Puerto Rico estaban muy conscientes de las

⁴⁹ Por ejemplo, en el siglo XIX tenemos en Europa los primeros estudios médicos centrados en hacer un cálculo más sistemático respecto a la mortalidad o de “vitalidad”, como fue en Inglaterra (las *life tables* diseñadas por Joshua Milne en el 1815 y posteriormente los trabajos de William Farr sobre la relación entre la calidad de agua y la transmisión del cólera morbo a mediados del siglo XIX). También en Francia empiezan a fundarse escuelas y revistas médicas asociadas a Higiene (eg. *Annales d'Hygiene publique et médecine legale* en el 1829) y tenemos los estudios de Parent-Duchatelet y Villermé respecto a la incidencia de mortalidad en París, en particular entre los trabajadores, las prostitutas y los niños trabajando en las industrias de textiles. Ya en estos estudios se demostraba cómo los adelantos en riquezas beneficiaban a unos pocos, pero también producía efectos negativos en otros sectores (que eran la mayoría de la población). En Inglaterra, para el 1830 se había investigado el problema de la infraestructura sanitaria, y Edward Chadwick propuso la formación de una Junta de Sanidad para supervisar dichas construcciones y la calidad del agua, entre otros asuntos. Sin embargo, su realización tuvo resistencia de negocios locales e intereses mercantiles y no fue hasta finales del siglo XIX que pudieron llevarse a cabo las medidas sanitarias propuestas. No obstante, los estudios de Chadwick señalaban, ya en el 1842, que la enfermedad estaba asociada a la suciedad, la falta de ventilación, el estancamiento de las aguas, el aire “viciado”, la desnutrición y el hacinamiento. Son estos estudios, entre otros, los que sedimentan para mediados del siglo XIX, la formación de legislación y un enfoque más centrado en la sanidad e higiene. Hasta cierto punto, tenemos la formación de una supuesta “medicina social”. Ver Simon Szreter, “The Population Health approach in historical perspective”, *American Journal of Public Health* XCIII, nº3 (2033): 421-32, 422-23; Héctor Gómez, “Evolución de la teoría y las prácticas en el control de las enfermedades transmitidas por vector”, *Salud Pública de México* LVII, nº6 (2015): 555-67, 557.

carencias que existían en el país y buscaron promulgar las nuevas ideas que había en torno a higiene, sanidad y otros tratamientos “modernos”.

C. Informes de higiene (mayores problemas y enfermedades)

Dadas las condiciones en que vivimos, no se comprende, como no reina constantemente en esta privilegiada población un azote endémico, que fuera el terror de sus habitantes. Si así es, y la mortalidad alcanza una cifra relativamente corta, para la de otras poblaciones, de tan buena situación geográfica como esta, y de mejores condiciones de habitabilidad, por el mayor esmero de la Administración en hacer cumplir las disposiciones de policía urbana, claro es, que con justicia podemos afirmar, que sí aquí se adoptaran las medidas sanitarias convenientes, podríamos congratularnos de habitar una de las poblaciones más sanas de América y quizá de Europa

El día que desgraciadamente nos aflija una epidemia que diezme la población, como de ello hay ejemplo no lejano, caiga la responsabilidad sobre quien tiene el deber de velar por la salud del pueblo, empleando para ello la forma más oportuna y ménos onerosa, y en tanto, habrán cumplido con su deber los encargados de dar el aviso, puesto que es muy claro, que una epidemia se ceba tanto más cuanto mayor es el número de elementos de insalubridad que encuentra allí donde detiene su marcha y despierta, por decirlo así, la quizá dormida actividad de los miasmas, para que la presten apoyo, dejándolos cuando ha saciado sus voraces apetitos, con poder bastante y suficiente para continuar en menos escala sus proyectos de devastación⁵⁰

Estas palabras fueron publicadas en el 1882 en el semanario *La Salud*, en un texto que comentaba las múltiples infracciones higiénicas cometidas por la Administración en la capital a partir de un reporte de una de las subcomisiones de sanidad, y no serán una excepción ni excepcionales en tono. Vale notar lo que implicaban estas palabras: sorprendía que la situación no fuese peor —era un espacio “privilegiado” por su geografía, pero podía ser mucho más sano— pero si bien no reinaba constantemente un “azote endémico”, ya se estaban acumulando y dando las condiciones para que se manifestase una epidemia poderosa, de apetito voraz y devastadora. Ante esta advertencia se destacaba la negligencia de las autoridades al no hacer su deber y velar por la salud del pueblo.

La situación parece ser lo suficientemente evidente para que un artículo publicado en el 1883 —titulado “Puerto-Rico Higiénico”—, originalmente del semanario *La Higiene* (nombre de una

⁵⁰ “Comisión permanente de Sanidad”, *LS I*, n°6 (1883), 95.

revista publicada en Madrid⁵¹), fuese reproducido en el semanario *La Salud*, para dar cuenta de dichas infracciones. Llama la atención como el lenguaje y retórica de este reportaje, que parece hacer eco de los reclamos sanitarios, de clase y de genealogía de sus congéneres en Puerto Rico, asume ciertas afiliaciones, tanto de sangre —son “nuestros hermanos”, “compatriotas”, “hijos de la misma madre”, “nuestra propia sangre”—, como de clase profesional, celebrando curiosos distanciamientos en nombre de la victoria del “siglo de las luces”, la abolición de la esclavitud y de ciertas autonomías —los puertorriqueños no son ya “una oprimida colonia” ni deben ser tratado como “antiguos parias”—. Acentúan también los retrasos, abandonos y apatías “heredadas” —existen todavía “vestigios bien ingratos de la antigüedad”— y exigen hacer cumplir y adoptar las medidas adecuadas ante el “deplorable estado de la higiene pública”, la “raquítica legislación sanitaria” y el “férreo círculo que aprisiona a la clase médica de ese país”. Todo esto parece reflejar, ante los ojos de estos médicos madrileños, una “extraña apatía” y la “tradicional costumbre de tener abandonada la salud pública”⁵².

Los higienistas españoles describen a la población de la capital como algo particular —“posible es que no las haya en ningún país culto”—, donde viven millares hacinados y en habitaciones húmedas y viven, en los pisos bajos, “gentes de color” en un “foco permanente de infección”, en donde hacen todo en tales espacios (guisan, comen, duermen, lavan y satisfacen sus necesidades)

⁵¹ La revista *La Higiene. Semanario Científico Popular* inicia sus publicaciones en Madrid en el 1882 (y al parecer termina en el 1889) y tuvo como finalidad ser un semanario “al alcance de todos”. Lamentablemente no hemos podido localizar y tener acceso al artículo aludido para así identificar los autores españoles que publicaron dicho texto. Para un listado de las publicaciones medicas e higiénicas en la España de finales del siglo XIX ver Rafael Alcaide González, “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social” *Scripta Nova* 50, 15 (1999) accesado en <https://www.raco.cat/index.php/ScriptaNova/article/view/55324>; Antonio Viñao Frago, “Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica”, *Areas: Revista Internacional de Ciencias Sociales* 20(2000), 9-24; Luis Garra Palud, “El educador de salud: Una perspectiva psicoeducativa” en Juan Lirio Castro (coord.) *La metodología en educación social: Recorrido por diferentes ámbitos profesionales* (Madrid: Dykinson, 2005), 253-84. Ver también información y ficha bibliografía de dicha revista, en donde expone su recorrido de 1882 a 1889 en el Catálogo Colectivo de las Universidades de Cataluña: http://ccuc.cbuc.cat/search~S23*cat?i11326107ve/i11326107ve/99%2C0%2C0%2CE/frameset&FF=i11323841&1%2C1%2C.

⁵² “Puerto-Rico Higiénico”, *LS I*, n°8 (1883), 124-26, 124.

y hay una “atmosfera sofocante” y un mal olor que penetra toda el área⁵³. Desde la calidad del agua hasta las condiciones inmundas de los mataderos, animales escuálidos y de las pulperías nauseabundas⁵⁴, sus descripciones apuntan a las mismas quejas que se repetirán en los futuros informes y reportajes de finales de siglo. La casi total ausencia de instituciones (falta de más hospitales en la Isla) y carencia de medidas sanitarias, junto a una mal pagada clase médica, sujeta a los caprichos de las autoridades locales, reflejaban las negligencias de España ante uno de sus “hijos” —el cual merecía poseer la salubridad que define a los “pueblos civilizados”— y la necesidad de una policía sanitaria activa y una legislación sanitaria adecuada a las condiciones locales⁵⁵.

Casi cerrando el artículo y después de todas las observaciones comentan “convengamos en que es una delicia vivir en esas poblaciones, donde toda causa de enfermedad se le achaca con tanta injusticia al clima⁵⁶”. El comentario cínico permite entrever la tensión en el discurso higienista entre las teorías de aclimatación tropical, las de adaptación biológica y las “adopciones” de la medicina social/higienista, siendo esta última la que más acentuaba la necesidad de reformas y modificaciones de índole económico-político⁵⁷. Esta tensión, como veremos más adelante, se

⁵³ “Puerto-Rico Higiénico”, 124-25.

⁵⁴ “Puerto-Rico Higiénico”, 125-126.

⁵⁵ “Puerto-Rico Higiénico”, 125-26.

⁵⁶ Puerto-Rico Higiénico”, 126.

⁵⁷ Para finales del siglo XIX, las teorías climatológicas más deterministas habían perdido parte de su vigor y no es raro encontrar en este contexto autores que consideraban erróneo y pesimista utilizar el clima como excusa para no mejorar las condiciones sanitarias. Eso no quiere decir que el clima no fuese pertinente y por esa razón veremos durante este periodo que el clima va a ser mencionado, de forma selectiva, para explicar ciertos cambios casi irreversibles en los cuerpos y mentes de los nativos y colonizadores. En otras ocasiones, los efectos del clima no son vistos como irreversibles sino “saneables” a través de reformas y políticas sanitarias e higiénicas. Los higienistas tendían a apostar por la posibilidad de “sanear” y “civilizar” a los países con climas enfermizos, lo cual tendía a significar “blanquear” y hacer “hospedable” para los europeos. En ese sentido, encontramos higienistas que asumían una postura más cercana al “cosmopolitismo” que a las teorías climatológicas propuestas por la geografía médica de Jean Christian Marc Boudin a mediados del siglo XIX. Para entender mejor esto, es preciso revisar brevemente lo propuesto por Boudin, porque nos sirve de trasfondo epistemológico. Si bien otros habían hablado sobre la aclimatación y la relación entre clima, medio y enfermedades, la primera obra de oficialmente toca el tema de forma sistemática y con pretensiones científicas (a través del uso de estadísticas y correlaciones) es la obra (dividida en dos volúmenes) de Boudin *Traité de géographie et de statistique médiales et des maladies endémiques*, publicada en el 1857. El texto de Boudin cuestionaba la premisa ilustrada del cosmopolitanismo señalando que no todas las razas podían

prestaba para naturalizar problemas de origen económico-político. Sobre todo, esto puede verse en la frustración, que no pocas veces colmaba en nihilismo⁵⁸, de médicos que apostaban a cambios y reformas sociales, a buscar modos para adoptar medidas —eurocentristas y metropolitanas en su

aclimatarse adecuadamente a todas las regiones, geografías y climas. Este señalamiento no reflejaba solamente intereses científicos sino militares e imperiales, porque el problema de la aclimatación afectaba la conservación y salud de las tropas en las colonias o en momentos de invasión y guerra. Por esa razón el texto Boudin fue un texto fundamental no solo a nivel médico sino dentro de la medicina militar, y puede encontrarse citado, como apunta la historiadora Sandra Caponi, en revistas científicas de medicina militar aun para principios del siglo XX. Boudin tenía la preocupación de que ciertos espacios o ambientes podían afectar la procreación de la especie y señalaba que ciertas medidas sanitarias e higiénicas no eran posibles bajo en algunos tipos de climas, en especial los tropicales. Por ejemplo, Boudin consideraba casi imposible poder deshacerse de los pantanos, las aguas estancadas y, con ello, los “efluvios palúdicos” en las colonias tropicales y África (un ejemplo traído era la supuesta imposibilidad de los franceses aclimatarse a Argelia). Una propuesta opuesta a la de Boudin es la de Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, quien había escrito en el 1854 un estudio sobre aclimatación en donde defendía el cosmopolitanismo como algo posible si se empleaban las medidas adecuadas de domesticación y control. Saint-Hilaire creía en las tesis transformistas, como las propuestas por Jean Baptiste Lamarck, que proponían que existía cierta flexibilidad orgánica la cual podía ser adquirida y transmitida a la progenie. Para finales del siglo XIX, en particular la década de los ochenta, podemos ver cierta tensión que había entre estas teorías y las teorías de adaptación de Darwin, la cual van a proponer que el clima no es un factor principal sino secundario en la sobrevivencia de la especie. Lo interesante en este caso es notar cómo este leve giro va a justificar, hasta cierto punto, cuestionar el determinismo climático propuesto por Boudin y reforzar parcialmente una postura más “optimista” en torno a la capacidad de la Higiene para hacer habitable los espacios “enfermizos”. Este asunto lo iremos viendo también en este capítulo y en los próximos capítulos, notando la tensión que seguirá existiendo entre aquellos que suponen que es posible transformar el “medio” y los que asumen que existen ciertos medios imposibles de transformar (o ciertos cuerpos degenerados que no pueden ser modificados ni saneados). Para una discusión más detallada sobre las teorías de aclimatación del siglo XIX ver Sandra Caponi, “Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía médica”, *História Ciências, Saúde – Manguinhos* XIV, n°1 (2007): 13-38, 13, 16-17, 21, 33

⁵⁸ El concepto de “nihilismo” tiene múltiples acepciones e interpretaciones a nivel histórico y filosófico, que van desde sus acepciones epistemológicas hasta sus acepciones en distintas filosofías éticas, fenomenológicas y políticas (como las de Arturo Schopenhauer, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger y Jean-Paul Sartre). En nuestro caso, y para los fines de esta disertación, nuestro uso del concepto apunta a lo que se ha llamado el “nihilismo pasivo”, el cual fue de la mano con los discursos de “degeneración” del siglo XIX. Nos amparamos parcialmente en Nietzsche, y en la interpretación que de su filosofía hizo Gilles Deleuze, cuando se apuntaba a una distinción entre un nihilismo activo en oposición a uno pasivo y reactivo. El nihilismo pasivo es aquel que ve en el mundo una “regresión” y “decadencia” de los valores (o de aquellos objetos y situaciones que habían sido valorados como “superiores” y “esenciales”), un proceso de degradación y degeneración que es reflejo de la supuesta decadencia de la voluntad y espíritu de los seres humanos. Según Nietzsche, este tipo de razonamiento y problematización colmaba en el resentimiento y en posturas que buscaban negar la vida misma. Estas posturas eran también moralistas y ante la percibida decadencia proponían técnicas de abstinencia, abstención y alienación (o inclusive segregación). Este tipo de nihilismo no debe confundirse con el nihilismo activo que reconocía que las cosas no tenían un valor inherente y promueve una deconstrucción del conocimiento para así reconocer su carácter liminal, cambiante o transfigurativo. Para nuestros fines, en varias argumentaciones racialistas, clasistas y eugenistas (o asociadas al darwinismo social) encontramos un nihilismo que es pasivo y que proponía que ciertos cuerpos y mentes no eran “aptos” o eran “degeneraciones” que no merecían ni tenían el derecho de sobrevivir ni perpetuarse. Dicho nihilismo no ve fuerzas activas ni posibilidades de cambio en esos supuestos cuerpos “degenerados”, como tampoco ve en la sociedad la posibilidad de transformarse para adecuar a dichos individuos (o potencializar sus fuerzas). Ver Gilles Deleuze, *Nietzsche & Philosophy* (New York: Columbia University Press) 39-42, 111-22, 148-52; José Manuel Romero Cuevas, “Historia y crítica en el último Nietzsche”, *Episteme NS (Revista del Instituto de Filosofía)* XXXI, n°2 (2011): 145-70, 155-62; José Ferrater Mora, “Nihilismo”, en *Diccionario de filosofía de bolsillo (I-Z)*, Priscilla Cohen (comp.) (Madrid: Alianza Editorial, 1985), 555-58.

mayoría y a tono con los intelectuales criollos de la época— que aprovecharan y resistiesen mejor los embates de la aclimatación del europeo y de la vida moderna-urbana en los trópicos.

No es casualidad que este “reportaje” sea reproducido en el semanario de *La Salud*, en donde frecuentemente, se criticaban el estado de las calles, la vivienda y los mataderos; y reportaban a su vez las múltiples infracciones, desde los gases de las alcantarillas hasta el agua estancada, la falta de ventilación y humedad, lo que “viciaba” el aire⁵⁹. Los informes de las próximas dos décadas, incluyendo los llevados a cabo por los estadounidenses bajo los *PHS* y el Informe Carroll —y este lo abarcaremos más en la última sección—, poco agregan en realidad a esta crítica. Una lectura superficial de dichos informes diera la impresión de que los problemas destacados son el resultado de un espacio, país o grupo que carece de regulaciones o conocimientos —la sección anterior es prueba de lo contrario— cuando en realidad dichos informes lo que hacen es resaltar la falta de aplicación de las regulaciones, la falta de adecuaciones, renovaciones, correcciones o si quiera de las instalaciones que repetidamente han sido ignoradas o desatendidas, pero no desconocidas. Entiéndase, y hay que recalcarlo, no se trataba de un problema de desconocimiento, aún si constantemente se utilice el término “ignorancia” como explicación causal de demasiados malestares en el país. En muchas ocasiones los informes no informan nada nuevo, sino que reiteran y dan legitimidad a reclamos harto conocidos entre los médicos, dando la impresión de una inercia

⁵⁹ Entre las faltas destacaban el estado de las calles que “no corresponden á ninguna de las condiciones que deberían tener”, mal empedradas o “enchinadas”, la falta de lavaderos públicos (los cuales deberían ser ubicados fuera de la población) o las defectuosa conducta de las lavanderas, los problemas con las letrinas, los alcantarillados (o su ausencia), la mala calidad de las aguas en los aljibes —muchas veces puestas en las azoteas para almacenar el agua de lluvia— y la necesidad de destilarla y hervirla, de las habitaciones bajas—que “influye en el empobrecimiento físico de nuestras clases trabajadoras”—, la venta de productos adulterados y las condiciones del matadero —con múltiples infracciones, falta de cobertizo, de agua y ventilación, siendo un “establecimiento insalubre e incómodo de primera clase” en la capital—. Todo esto destacaba como los malos olores, de gases emitidos por las alcantarillas y otros espacios “viciaban el aire”. Ver, respectivamente: “Las calles de la Capital”, *LS I*, n°1 (1883), 13-5 ; “Rápida ojeada”, *LS I*, n°5 (1883), 79-80, 79; “Lavaderos de la Capital”, *LS I*, n°3 (1883), 41-44 ; “Agua, I”, *LS I*, n°9 (1883), 128-131; “Comisión permanente de la Junta Local de Sanidad”, *LS I*, n°5 (1883), 77-78, 77; “El Matadero”, *LS I*, n°7 (1883), 97-100; “Alcantarillado”, *LS I*, n°7 (1883), 111. La enumeración romana para “Agua” ha sido añadida para facilitar identificar la referencia en las notas al calce.

indiferente en términos de gubernamentalidad, tanto de las autoridades—más interesadas en “pesetas” que en la salud— y de la “mítica” policía sanitaria⁶⁰ como de los habitantes, representados usualmente como febriles, de estómago débil y anémicos⁶¹.

El *Informe sobre el estado higiénico de la población* del Ayuntamiento de San Juan del 1888 (13 de mayo), nos permite también tener una idea no solo de las reglamentaciones y procesos vigentes a finales de siglo, sino que reproduce las observaciones hechas por los médicos y celadores municipales. También reproduce las premisas conocidas respecto a lo que constituía una buena higiene, presente ya a inicios del documento cuando señala: “Varias son las condiciones que una buena higiene exige para la conservación de la salud de los pueblos, hallándose en primer lugar las de una buena alimentación, un aire puro y renovado, luz clara natural, y buena y abundante agua⁶²”. Sobre la alimentación se informa que había mejorado notablemente, tanto en calidad de los alimentos como en sus establecimientos (las tiendas, almacenes y los locales). Esta parece ser la única regulación que había mejorado —y resulta difícil cuánto dado a la falta de precisiones cuantitativas— dentro del largo listado de deficiencias y asuntos que requerían arreglo inmediato en lo que concernía la calidad del aire, agua y vivienda. Inclusive, si bien la calidad de las comidas había mejorado (aunque estaba lejos de estar en condiciones óptimas) el informe hace la aclaración —harto conocida— de que las carnes “están muy por encima del alcance de las clases

⁶⁰ El doctor Antonio José Amadeo dice por ejemplo “la policía sanitaria por más que sea un mito entre nosotros debe hacer algo”. Ver Antonio José Amadeo, “Observaciones sobre algunas enfermedades, II”, *EMFPR* I, n°9 (1882), 164-65, 164. Las enumeraciones con números romanos dada a la serie “Observaciones sobre algunas enfermedades” han sido añadidas para facilitar la identificación de la referencia (originalmente no contiene ese tipo de identificación numérica).

⁶¹ “Tres causas de atraso, III”, *LS* I, n°6 (1883), 81-85, 81. El autor de este texto es Valle Atilés dado a que muchas de las tesis presentadas reaparecen en *El campesino* con un lenguaje y tono similar. A su vez, décadas más tarde, como veremos en el próximo capítulo, Valle Atilés va a retomar este temas de las “tres causas de atraso”, aludiendo a este texto como suyo. Las enumeraciones con números romanos dada a la serie “tres causas de atraso” han sido añadidas.

⁶² Ayuntamiento de San Juan, *Informe sobre el estado higiénico de la población que presentan los tenientes de alcaldes al Excmo. Ayuntamiento de San Juan de Puerto Rico* (Puerto Rico: A. Lynn, Imprenta del Municipio, 1888), 3. Una crítica similar puede verse en “Agua, III”, *LS* I, n°12, 177-80, 179.

pobres, encontrando su beneficio en muy deficientes y primitivas formas”⁶³. En lo que concierne la propia preparación de estas carnes pareciera que el Matadero no estaba siguiendo las regulaciones establecidas⁶⁴.

Sobre las viviendas y el ornato, el informe declara que “la pureza y suficiencia de aire, necesidad de las más imperiosas de la higiene, hállase deficiente en el mayor número de viviendas, encontrándose además viciado por su falta de renovación”⁶⁵. Las causas de la impureza de aire eran nuevamente producto de letrinas defectuosos y falta de alcantarillado, abundante ropa sucia (hasta bajo las camas), basura acumulada/hacinada y aguas sucias vertidas⁶⁶. La insuficiencia del aire era aún un problema visible debido al hacinamiento, los pisos/viviendas bajas, la humedad de los suelos, la “inmunda” condición de las covachas y de construir casas de madera dentro de las murallas de la capital —que además de ser un foco de infección (dado su poca ventilación) eran un peligro de incendio y de afecciones oculares, linfatismos, escrofulismos y anemia (dada su poca iluminación)—⁶⁷. En lo que concernía la calidad del agua y los acueductos, el informe apunta que se requiere de un sistema de extraído de las aguas vertidas, al igual que tecnología para el vaciado por aspiración de las letrinas “sin las emanaciones infectas, ni el sucio aspecto que hoy nos proporciona el primitivo procedimiento que para su limpieza hacemos uso”⁶⁸. También era insuficiente el agua de distribución y había depósitos de agua estancados y sin aeración en las habitaciones de pisos bajos⁶⁹.

Entre otras recomendaciones higiénicas misceláneas encontramos, en su mayoría, una suerte

⁶³ San Juan, *Informe sobre*, 4.

⁶⁴ Sus condiciones parecían ser lo suficiente deficientes para que se pidiera su “supresión, hasta que pueda construirse un local ad-hoc”. San Juan, *Informe sobre*, 5.

⁶⁵ San Juan, *Informe sobre*, 5

⁶⁶ San Juan, *Informe sobre*, 5.

⁶⁷ San Juan, *Informe sobre*, 5-9

⁶⁸ A su vez se pide la necesidad de mejorar el deficiente cierre que tienen las alcantarillas, así como desinfectar sus bocas “cosa no imposible ni costosa” para evitar propagación de tifus. San Juan, *Informe sobre*, 7.

⁶⁹ San Juan, *Informe sobre*, 9.

de repetición de faltas, recomendaciones ignoradas o negligencias: 1) mayor sembrado de arbolado en los patios públicos; 2) mayor pureza en el gas del alumbrado (para evitar el “vicio del aire”); 3) vigilar el arrojo de basura, que no sean en sitios que perjudiquen la salubridad pública; 4) proceder a menudo con el blanqueo de las habitaciones bajas; 5) atender al desyerbo; 6) asignar una persona en las casas de la vecindad encargada “de cuidar de las infracciones de policía que en ella hubiera”; 7) urgente necesidad de un lavadero público; 8) con la mayor prontitud, desecar los mangles de Cangrejos y Puerto-Nuevo para evitar “las emanaciones palúdicas que nos envían en los meses de Agosto á Noviembre, y que son causa de fiebres graves “; 9) la creación de un modesto Laboratorio Municipal, de poco costo de instalación, y cuya existencia era necesaria y costo efectiva “por el provecho que reportaría el llegar al conocimiento de las sustancias adulteradas y nocivas, al que ayudaría los emolumentos que produjeran los análisis particulares”, y; 9) la necesidad de brindar auxilio y socorro a leproso que andan por las calles desatendidos⁷⁰.

Sin embargo, si seguimos el tono del informe, estas no son, sorprendentemente, las preocupaciones mayores. Existen dos grandes vicios que, según el informe, deben remediarse con la mayor prontitud: “Dos vicios ven los que suscriben aumentar rápidamente en la sociedad, que debieran tratarse de extinguir por cuantos medios estén al alcance de la Autoridad, y que mencionan por lo que de antihigiénico tienen”. El primero es “el uno el abuso del tabaco en los niños, que debilita su inteligencia y su salud”; y el otro “el alcoholismo, cuyos efectos funestos son de todos conocidos⁷¹”. Aunque el informe no provee estadística ni cuantía alguna sobre la cantidad de alcohólicos y el uso de tabaco en niños, algunos médicos habían ya escrito para finales del siglo XIX de los peligros de esta tendencia. Esta tendencia podemos verla en las teorías de

⁷⁰ San Juan, *Informe sobre*, 6-8, 10.

⁷¹ San Juan, *Informe sobre*, 10.

degeneración⁷² y sus posturas en torno al alcoholismo y los demás “vicios”⁷³.

Este acento en las “enfermedades de la voluntad”⁷⁴ y las “degeneraciones”, que reforzaban los

⁷² Las teorías de degeneración se asocian a los escritos del médico-alienista francés Benedict August Morel, en particular su *Tratado de Degeneración* publicado en el 1857 (*Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent*). A diferencia de otros alienistas franceses, como Philippe Pinel y sus seguidores, el sistema nosológico de Morel no se amparaba en la detección clínica de síntomas y buscaba organizar las enfermedades de acuerdo con su etiología. Morel no consideraba que la degeneración se daba por causas externas (como el clima) ni era identificable por signos exteriores. Sin embargo, Morel sí va a darle cierta prioridad a una “causa externa”, el consumo desmedido de alcohol y el opio. La razón era porque supuestamente eran las que más “lesionaban” el cerebro y, dado que este era el órgano en donde residía la moral y el intelecto, su perturbación y degradación era determinante y hereditario. Morel destacaba que la degeneración era hereditaria y casi siempre incurable. No obstante, recomendaba el aislamiento en asilos como un remedio, sino curativo al menos profiláctico (para la sociedad). Igualmente consideraba útil la “educación moral” del tratamiento moral y de la higiene (aunque no por ello, la consideraba una cura para los degenerados, sino para la población en general). La teoría de Morel era una reacción en contra de las limitaciones terapéuticas de la época y su teoría servía más para identificar y predecir la degeneración que curarla. No en vano, podemos notar que tal teoría apelara, para finales del siglo XIX, a los eugenistas y los racialistas que favorecían posturas deterministas, racistas y clasistas. Para más detalles ver Sandra Caponi, “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”, *Scientie studia* VII, n°3 (2009): 425-45, 426-28, 430-31, 436-37.

⁷³ El acento en el alcoholismo y el tabaquismo como problemas médicos lo encontramos típicamente en las teorías de degeneración, las cuales consideraban que el alcoholismo, junto a la sífilis y la tuberculosis eran, como decía el higienista Philip Hauser en el 1884: la “verdadera trilogía degenerativa de la raza”. Las teorías de degeneración podían asumir un lenguaje apocalíptico y de decadencia que podía exagerar los efectos de ciertas actividades, en particular aquellas asociadas con las clases de pobres, representadas como “viciosas”. En el caso de Puerto Rico, el acento en los efectos nefastos del tabaquismo ocluía que de todos los problemas sociales existentes este no era el de mayor envergadura o urgencia (como lo sugiere el tono). Igualmente notaremos que destacar estos “vicios” degenerativos va a ser un recurso común en la retórica higiénica, y lo mismo veremos a principios del siglo XX cuando se representen a los jíbaros como alcohólicos (pese a evidencia empírica que demostrase lo contrario) o a los puertorriqueños como sifilíticos. La llegada e influencia de las teorías de degeneración a Puerto Rico no debe sorprendernos si consideramos que tales estaban presentes en España. Sin embargo, vale aclarar que, en el caso de España, como ha señalado el historiador Ricardo Campos, lo curioso es que dichas teorías no fueron promulgadas, como fue el caso en Francia, por los psiquiatras (en gran parte dado al carácter asistencial y limitado de los servicios psiquiátricos en España) sino por los médicos e higienistas interesados en la “higiene social”. Si por un lado estas teorías resaltaban ciertos factores sociales relevantes como asuntos médicos e higiénicos dignos de atender, el lenguaje empleado (no pocas veces algo sensacionalista y reaccionario) mezclaba moralismos y determinismos biológicos que reforzaban no pocos prejuicios asociados a clase, género y raza. Ya este asunto lo retomaremos más adelante, en particular cuando veamos las representaciones “degeneradas” que ofrecen Zeno Gandía y Valle Atilés (dos “higienistas sociales”) en torno la pobreza y los campesinos en Puerto Rico. Ver Ricardo Campos Marin, “La teoría de la degeneración y la medicina social en el cambio de siglo”, *LLULL XXI* (1998), 333-56, 335, 337.

⁷⁴ Desde finales del siglo XVIII puede verse una “medicalización” de todos aquellos “actos de la voluntad” (o “voliciones”) asociados a la sexualidad y el placer. Esto puede verse más claramente en la conceptualización de la ebriedad como un *disease of the will* (en médicos como George Cheyne, Thomas Trotter y Benjamin Rush) y no como un vicio (*vice*), hacia mediados y finales del siglo XVIII. Hasta cierto punto, estas teorías en torno de la ebriedad como una “enfermedad de la voluntad” va a servir de base para muchas de las teorías del siglo XIX en torno a la masturbación (o el onanismo), la “promiscuidad” (casi exclusivamente en las mujeres), la histeria y las toxicomanías. Sin embargo, para el siglo XIX ya estas actividades no van a ser, por lo general, designadas como “enfermedades de la voluntad” sino como neutrastenias (a partir de la obra de George Beard) y como enfermedades degenerativas (a partir de la teoría de degeneración de Morel). Ver Harry G. Levine, “The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America”, *Journal of Studies on Alcohol* 39 (1) (1978): 143-174; Heidi Rimke y Alan Hunt, “From sinners to degenerates: the medicalization of morality in the 19th century”, *History of the Human Sciences* 15 (1) (2002): 59-88; y Singy Patrick, “Friction of the Genitals and Secularization of Morality”, *Journal of the History of Sexuality* 3 (2003): 345-364. Para una discusión en torno a las teorías de George Cheyne, Thomas Trotter y Benjamin

vínculos entre la limpieza/higiene de los cuerpos visibles y las regulaciones de la higiene moral, que reiteraban el control de las pasiones y la templanza, va a tono con el giro hacia medicalización/psiquiatrización de la moral (como señalamos en el primer capítulo). Ya más adelante elaboraremos más al respecto, por el momento nos basta con señalar lo siguiente: tal énfasis en una crisis de la embriaguez permitía, de forma tal vez insospechada, desviar la atención sobre el mal estado y fracaso de muchas de las regulaciones e instituciones sanitarias, promulgando además que parte del problema no radicaba en la acción conjunta de tales instituciones sino en la gobernabilidad, voluntad y moral de los individuos. La ebriedad, la prostitución, en menor medida la locura y otras llamadas “intemperancias” y “vicios” tomaban cierto protagonismo asociado a los “males de la civilización”, la perpetuación de la ignorancia, las supersticiones, la podredumbre y todo aquello que estorbara el Progreso.

Otro informe, publicado en el 1895, esta vez sobre el estado higiénico de Ponce tenía la pretendida finalidad de estimular las medidas necesarias para mejorar de dicha ciudad⁷⁵. El documento inicia con un tono bastante sombrío y pesado, resaltando el atraso y pérdida de prestigio que ha tenido la ciudad de Ponce en los últimos años⁷⁶. Diversas áreas concernientes a ornato, orden, seguridad e higiene pública requerían aún de alguna mejora. Este documento es menos elaborado que el informe que presentamos anteriormente referente a San Juan (y da muy poca información sobre lo que existe o lo que se ha logrado), no obstante nos permite ver un énfasis en la necesidad inmediata de mejorar las condiciones de higiene y salud, en especial las que conciernen las instituciones tanto de corrección como de sanidad, sean ya los hospitales, los

Rush, ver el capítulo quito de mi tesis de maestría: Noé J. García, “La procedencia del concepto adicción: Una revisión en búsqueda de los fundamentos históricos y filosóficos de lo “adictivo”” (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico. Programa Graduado de Psicología, 2010), 487-677

⁷⁵ Ayuntamiento de Ponce, *Informe Las Necesidades de la Ciudad de Ponce Que deben tenerse presentes al redactar el Presupuesto Municipal y que se Publica por Acuerdo el Excmo Ayuntamiento de esta ciudad* (Ponce: Imprenta “El Vapor”, 1895).

⁷⁶ Ver Ponce, *Informe Las Necesidades*, 5.

institutos de la vacuna, las cárceles, la instrucción pública, la ebriedad (entre otros “vicios”), los asilos y casas de beneficencia⁷⁷.

La redacción de este y el anterior informe parecieran reiterar que aún después de todas las medidas adoptadas por las Ordenanzas, Bandos, Informes de Higiene, Circulares especiales y otros medios para divulgar y reglamentar la sanidad y orden público, las ciudades, que en algún momento habían sido percibidas como prósperas y avanzadas (como San Juan y Ponce), eran ahora objeto de preocupación y auxilio. No se trataba de que todas las reglamentaciones anteriores hubiesen sido fútiles, sino que, de una forma u otra, no se lograba remediar o evitar que las condiciones que facilitaban la propagación de enfermedades se suprimiesen.

El efecto podía reflejarse no solo durante época de epidemias sino en los niveles regulares de mortalidad en el país, promediando alrededor de 30 por cada 1,000, empeorando para finales del siglo durante la intervención de los Estados Unidos en 1898 y los efectos de San Ciriaco en el 1899 (cuando llegó a promediar más de 40 por cada 1,000⁷⁸). Sin embargo, aún estos datos deben tomarse con cautela. Cónsono con la queja del bajo número de vacunados, en comparación con Francia, Alemania e Inglaterra —como iba a destacar Betances⁷⁹— había que tomar en consideración otras complicaciones: 1) la falta de estadísticas, censos y registros confiables; 2) la falta de acceso a servicios médicos para la población rural (casi un 81%, aunque otros estimaban 90%⁸⁰). Ambas quejas pueden verse en un estudio —posiblemente el primero de este tipo en la

⁷⁷ Ver Ponce, *Informe Las Necesidades*, 11-13.

⁷⁸ Ver Davis, *Annual Report*, 154.

⁷⁹ En un artículo publicado en el 1891, en la revista *América en París*, revista generalmente dirigida a cubanos en París (pero que incluía aportaciones también de puertorriqueños), Betances elogiaba las regulaciones en Francia, del 5 de abril de 1884, y en Inglaterra, del *Public Health Act* del 1875, dado que destacaban la necesidad municipal de “prevenir y detener” las epidemias y enfermedades contagiosas. Entre los cambios estuvo la vacuna compulsoria y esto hizo que, en el caso de Inglaterra, de una tasa de 103 por cada millón, en el 1885, se redujera a 1 por cada millón en 1889 y que, de un total de 29,015,613 personas, solo murieron 23 de viruelas. Ramón Emeterio Betances, “La salud pública (1891)”, en *Obras Completas*, 159-61, 160.

⁸⁰ Salvador Brau ofrece la siguiente división del total de 773,300, 148,000 (19%) en la población urbana (24,600 familias) y 625,300 (81%) en el área rural (103,950 familias). Stahl en su estudio demográfico hace una mención pasajera de que son 90% “nuestras masas no instruidas”, implicando mayormente con ello a las clases campesinas.

Isla⁸¹— de Agustín Stahl, publicado en 1895, que señala la indiferencia o “falta de empeño” de la presente administración como un obstáculo para la “regeneración intelectual” y para “cultivar” /hacer cultos al país⁸².

En su análisis, basándose en Bayamón y pueblos limítrofes, Stahl trata de trazar unos patrones meteorológicos y demográficos —un dúo casi inseparable y equívoco en este contexto— en las defunciones y enfermedades, notando que: 1) los meses fríos y húmedos (como diciembre y enero) afectaban más a los niños, ancianos y los más débiles y menos resistentes “en la lucha por la existencia” (frase equívocamente darwinista-social); 2) mueren más los hombres que las mujeres dado a que ellos están más expuestos a las influencias y peligros de la atmósfera (y las mujeres estaban supuestamente más “protegidas” en el ambiente doméstico); 3) el clima tropical favorecía cierta precocidad sexual en las mujeres, lo cual junto a las “costumbres demasiado ligeras” en las “clases inferiores” contribuía al aumento de la población, de “prole ilegítima”, cuando no a su degeneración en los casos del incesto; 4) hay mayor mortandad en los meses de calor, en varones (de los cuales nacen también menos y hay más nacidos muertos) y es más marcada en las edades entre 1 mes y 10 años (conforma casi 45% de las muertes); 5) existe una relación topográfica en la que hay mayor insalubridad en los barrios bajos y pantanosos (por ejemplo, lugares como Toa Alta y Dorado que no tenían “sitios bajos” ni pantanosos tenía significativamente menos defunciones); 6) con la excepción de la viruela, las enfermedades, infecciones y epidemias como el sarampión, la escarlatina y la difteria no se encuentran en los campos sino en los “grandes centros” (San Juan, Ponce y Mayagüez); 7) la mortalidad es alrededor de un 30 por cada 1,000 (si se eliminan ciertos valores extremos, como los variolosos y los nacidos muertos), lo cual no es tan

Ver Salvador Brau, *La Campesina (Disquisiciones sociológicas)* (Puerto-Rico: Imprenta de José González Font, 1886); Stahl, *Estudio demográfico*, 11-12.

⁸¹ Arana Soto, *Diccionario*, 299.

⁸² Stahl, *Estudio demográfico*, 4-5

grave (comparado con estadísticas de 31.6 en Venecia, 27.9 en Viena, 28.9 en San Peterburgo, 26.0 en Hamburgo o inclusive 39.0 en Marsella para el 1885); 8) se destacan los problemas de nutrición y “degeneración” en los campesinos, descritos como anémicos, cloróticos, pálidos, desgraciados, “abatidos de espíritu” y faltos de una “mano protectora” —esos mismos, nos recuerda Stahl, que habían sido gráficamente descritos por el Dr. Zeno Gandía⁸³—; 8) la mayoría son “masas no instruidas” (el 90%) que desconocen su edad y de la “ciencia médica” y se inclinan más al curandero, “al charlatán y explotador”, esas “plagas”⁸⁴.

En lo que respecta a las cifras de mortandad llama la atención el tono de sorpresa, tanto por médicos criollos como los posteriores oficiales y médicos estadounidenses, de que la mortalidad “debería ser peor⁸⁵” dadas las condiciones higiénicas. En ese sentido la mortandad en Puerto Rico podía calificarse de “insalubre”, según los dictámenes utilizados por Gran Bretaña a partir del *Public Health Act* del 1875, pero por el otro no se distanciaba demasiado de otras naciones europeas (incluyendo España)⁸⁶. No obstante, los oficiales del *PHS* ofrecerán un panorama más mórbido, de un promedio de 40 por cada mil (o 42.8), y que hace eco de las deficiencias y frustraciones de los médicos puertorriqueños respecto a la indiferencia de las autoridades

⁸³ Stahl, *Estudio demográfico*, 13-14.

⁸⁴ La lista de patrones es una síntesis de lo que aparece en Stahl, *Estudio demográfico*, 4, 9-12, 15-16, 18-19, 23, 26, 28, 35.

⁸⁵ Este señalamiento se repite en varias ocasiones, como ya vimos en el artículo de *LS* del 1883 (“Comisión permanente de Sanidad”) y va a repetirse también con la llegada de los estadounidenses. Sin embargo, los estadounidenses van a destacar aún más el estado de degradación y negligencia y asociarlo tanto a la administración española y al carácter “primitivo” e “ignorante” de los puertorriqueños. Esto ya lo retomaremos más adelante. Por el momento, tomemos como ejemplo los comentarios dados por C.H. Levinder, oficial sanitario estadounidense en Ponce, quien aclaraba que las condiciones sanitarias estaban relativamente bien, después de un brote de viruela, si se tomaba en consideración el estado insalubre que caracterizaba a la región. Igualmente, vale notar como se declara que se había hecho muy poco para mejorar las condiciones sanitarias y, que por el momento, no existía dinero suficiente para arreglarlo:

There is, and always have been, a high rate of mortality, the only wonder being that, with the existing sanitary conditions, it has not been higher. The sanitary status of the place is very bad, and very little has been done to improve it, there being no money for this work at present.

C.H. Levinder, “Sanitary report from Ponce”, *PRH XIV*, n°21 (May 26, 1899), 765.

⁸⁶ Betances, “La salud pública”, 159; Ramón Emeterio Betances, “La salud pública. Viruelas y vacuna, III”, en *Obras Completas*, 181-88, 188.

coloniales españolas, y la ignorancia general de los habitantes⁸⁷. Ante todo, resulta difícil estimar cuán exactos eran los cálculos de mortandad en los jíbaros —algo ya señalado por Valle Atilés en el 1887— dado lo errático que eran los registros parroquiales. Sin embargo, algunos, como Valle Atilés, aseguraban que el campesino, si vive en “regulares condiciones, llega a la vejez⁸⁸”.

La finalidad no es cuestionar la validez de estos datos estadísticos (tal finalidad escapa los parámetros de nuestro análisis) sino apuntar a un bucle en el discurso higiénico que vale la pena señalar, una tensión que también nos apunta a cómo eran representadas las enfermedades y carencias higiénicas más graves del país. Las enfermedades más temidas y con mayor potencial de mortalidad eran el cólera, la fiebre amarilla y la viruela⁸⁹. Esta última era particularmente maldecida dado que su alta mortandad reflejaba la falta de progreso y educación propios de un país culto —Betances, en un tono positivo, consideró la vacunación un privilegio burgués vuelto ahora en beneficio para todos⁹⁰—. No obstante, en términos estadísticos, si nos fiamos de estas, las enfermedades más recurrentes, regulares y que causaban una mortandad significativa eran las afecciones estomacales/intestinales (diarreas, enteritis, disentería, “fiebres gástricas”) y pulmonares (reumatismo, tuberculosis y sus complicaciones)⁹¹. También se destacaban otros

⁸⁷ Arthur Henry Glennan ofrece para el 1898 una cifra de 40 por cada mil, sin embargo, en el 1899 ofrece una revisión de los periodos de San Juan del 1893 hasta el 1898, y llega a la cifra de 42.8 por cada mil. Glennan, “Sanitary reports from San Juan, Porto Rico”, *PRH XIV*, n°6 (February 10, 1899), 183-85, 184; Glennan, “Sanitary report for Mayaguez”, *PHR XIV*, n°21 (May 26, 1899), 762-64, 762-3.

⁸⁸ Valle Atilés, *El campesino*, 31.

⁸⁹ Ver Betances, “El cólera. Historia, medidas profilácticas, síntomas y tratamiento” (1884/1890), en *Obras Completas*, 123-147, 124-135; Arana Soto, *La Sanidad*, 50, 54, 136.

⁹⁰ Ver Betances, “La salud pública. Viruelas y vacuna, II”, en *Obras Completas*, 173-80, 180; Betances, “La salud pública”, 205.

⁹¹ Lo que interesa aquí es ver que, además de las enfermedades epidémicas como la viruela y la malaria, encontramos que un porcentaje significativamente alto corresponde a la tuberculosis y a enfermedades que afectaban también los pulmones y el sistema digestivo. Esto será un patrón constante hasta mediados del siglo XX, siendo las enfermedades pulmonares, como la tuberculosis, la malaria y los desórdenes gastroentéricos (en donde podemos incluir parcialmente la anemia, debido a sus complicaciones) las que mayor mortalidad causaban. Ya este patrón podemos verlo en los informes de los oficiales estadounidenses como Arthur Henry Glennan. Ver Glennan, “Quarantine inspection service”, *PRH XIV*, n°21 (May 26, 1899), 763; Glennan, “Sanitary reports from San Juan, Porto Rico”, *PRH XIV*, n°6 (February 10, 1899), 184; Glennan, “Sanitary report from Ponce, Porto Rico”, *PHR XIV*, n°16 (April 21, 1899), 547-49; Glennan, “Porto Rico. Deaths in San Juan, Porto Rico, during March” *PRH XIV*, n°17 (April 28, 1899), 591; Levinder, “Sanitary report from Ponce”, *PRH XIV*, n°21 (May 26, 1899), 764-5; Glennan, “Sanitary report from San Juan” *PRH XIV*,

problemas que si bien no eran usualmente mortales sí eran recurrentes, como eran la leucorrea⁹² (en mujeres), el sarampión, afecciones de la piel⁹³. Cuando se aludía al campesino o el jíbaro, las enfermedades más frecuentes que los afligían eran la anemia y el paludismo⁹⁴, y en los niños las enfermedades recurrentes eran la viruela, las enfermedades nerviosas, la eclampsia, las convulsiones, las perversiones del apetito (“el vicio”, hoy lo llamaríamos “pica”), las paperas, el raquitismo, y las enfermedades del intelecto (idiotismo, imbecilidad y anomalías congénitas)⁹⁵.

Vale notar como muchas de estas enfermedades podían llevar a estados de desnutrición, falta de sangre (y con ello hierro, glóbulos rojos, etc.) y complicaciones que culminasen en la anemia; y a la misma vez viceversa (la anemia podía complicar otras afecciones o precipitarlas). Como veremos más adelante, no es de sorprender el vínculo entre nutrición y anemia en los médicos criollos, y si bien el descubrimiento de Bailey Ashford logró identificar unas de las causas precipitantes y concretas en una entidad biológica-parasitaria, las condiciones higiénicas y socioeconómicas que afectaban la vivienda, alimentación y régimen de trabajo de los campesinos no dejaron de ser un obstáculo, no solo para “erradicar” la anemia sino también determinó el “exterminio” —vale notar aquí las metáforas bélico-médicas— de la fiebre amarilla, la malaria y la tuberculosis (lo cual veremos a través de los próximos dos capítulos).

Por esa razón no deja de llamar la atención cómo ante la frecuencia de muertes causadas por afecciones o complicaciones intestinales, pulmonares y hepáticas (por no decir todas las asociadas a la mortalidad infantil) se insista en presentar las intemperancias —en particular el alcoholismo⁹⁶— y las manías/locuras como un peligro emergente de salud y seguridad. Sin

n°21 (May 26, 1899), 766-67; Glennan, “Sanitary reports from Ponce” *PRH* XIV, n°23 (June 9, 1899), 854-55.

⁹² No he encontrado datos estadísticos o precisos, pero aparece mencionada como frecuente según las observaciones de Demetrio Panigua, “Breves consideraciones sobre la leucorrea”, *EMFPR* I, n°13 (1882), 243-46.

⁹³ Y., “Constitución Médica”, *EMFPR* I, n°19 (1882), 363-64.

⁹⁴ Valle Atilas, *El campesino*, 43-47.

⁹⁵ Valle Atilas, *El campesino*, 37-40.

⁹⁶ Resulta difícil encontrar estadísticas claras sobre la cantidad exacta de dementes, toxicómanos y alcohólicos tratados

menospreciar obviamente dichos padecimientos, lo que llama la atención es el énfasis y el tono de peligrosidad adjudicado. Estos modos de vivir, que “desobedecían” y conformaban un “genero de vida desordenada”, no eran ya representados como simples vicios sino como figuras clave que demostraban la peligrosidad de no asumir los dictámenes y educación de la Higiene, cuya lógica preventiva era considerada la mejor estrategia inmunológica, y la más económica⁹⁷.

Sin embargo, vale la pena cuestionar si este énfasis en las intemperancias se tradujo en una mayor atención a los servicios de beneficencia, asilo y tratamiento médico de la locura y el alcoholismo. Nuevamente nos encontramos ante la frustración de los médicos por una falta de “progresos” e “innovaciones”, que en este caso suponían la superación del ideal de castigo por el de curación en el caso de la locura (e incluso de los presidiarios), de una secularización racional y una falta de inversión financiera para mejorar la infraestructura y los procesos administrativos. Algunos como José Rodríguez Castro, no dudaban que la posibilidad de un “Manicomio Moderno” fuese ideal y prestigiosa. Sin embargo, temían que aún con las reiteradas promesas de un nuevo manicomio, se iba a volver a tener otra cárcel⁹⁸.

a nivel médico. Si nos dejamos llevar por el psiquiatra José M. Baralt, en el manicomio provincial en San Juan (o simplemente el Manicomio), hubo entre un 8-10% de casos de alcoholismo atendidos en los periodos de 1774-1882. J.M. Baralt, “Acción que ejerce”, *EMFPR* I, nº18 (1882), 343-45, 343. Aún las memorias de Francisco Goenaga sobre la última década del 1890 no detallan la cantidad de embriagados o toxicómanos sino la cantidad de locos/locas que entran, salen y mueren.

⁹⁷ Después de una revisión sobre los usos de la fruta para una buena alimentación, el autor —tal vez Valle Atilés—, concluye su artículo aludiendo a la causa de las enfermedades, y declara lo siguiente: “(...) lo que vemos en todas las enfermedades, aún en las epidemias, en las cuales sucumben primero las personas que llevan un género de vida desordenado, mientras que el gran número de los que se ajustan á una razonable observancia de la Higiene, resisten incólumes el azote”. Ver “Frutas de Puerto Rico”, *LS* I, nº10 (1883), 150-51, 151.

⁹⁸ En el 1888 José Rodríguez Castro, en el único texto científico y detallado que he encontrado sobre el tema, hace una revisión de los tres tipos de establecimientos que existen en Europa y Estados Unidos para enajenados: 1) Los cerrados como en Inglaterra (que son los más costosos); 2) Los anexos a una finca agrícola; 3) viviendo entre familias (el sistema Gheel). Esta última, según Rodríguez Castro, no iba a funcionar en Puerto Rico debido al carácter y costumbres de los campesinos (y al parecer, los percibía como muy frágiles y dados a la degeneración). En el 1897, en otro texto, Rodríguez Castro ofrece sus recomendaciones para la construcción del nuevo manicomio para aislar aquellos que, por su “perturbación intelectual”, habían perdido su “libertad moral” y eran “inútiles para la vida social” o un peligro para la sociedad. Tal espacio debería ser de instrucción, trabajo y aseo. La estructura arquitectónica debía facilitar la aislación y el tratamiento de la diversidad de perturbaciones (los maniacos, los estúpidos, los megalómanos, impulsivos, paralíticos, imbéciles-idiotas, etc). Rodríguez Castro deseaba que Puerto Rico tuviese el honor de ser el primer lugar en las Antillas que hiciese un manicomio de este tipo, con una arquitectura y tratamiento dirigida por un

Desde la apertura de la Casa de Beneficencia en noviembre de 1844 (con una matrícula de 21 dementes), con sus jaulas para locos, cadenas, grilletes y baños de golpe (templados, calientes o fríos), dicha institución no dejó de ser percibida por muchos médicos ilustrados de finales de siglo como una especie de “presidio”. En palabras del alienista Francisco Goenaga, dicho espacio fue un “antro de abominaciones y horrores increíbles” en donde fueron puestos en un solo espacio (mezclándose entre sí) “hombres y mujeres pervertidos, locos imbéciles, idiotas, inocentes niños abandonados”, haciendo “vida común” y “depravados por la ociosidad” bajo un “régimen de crueldad” con grillos y cadenas para locos furiosos como “sola medida de preservación y curación”⁹⁹. No obstante, a partir del 1871 comienza a “modernizarse”, y, como señala Goenaga, la participación del médico puertorriqueño Francisco Hernández logra instaurar un “orden racional y provechoso”, segregando la “inmoral convivencia de los sexos” y las funciones, operaciones y espacios educativos dirigidos a los niños y las terapias a los alienados¹⁰⁰. Pero dicha “modernización” fue lenta¹⁰¹ y no fue hasta el 1899, bajo el gobierno militar estadounidense, que se lograron los cambios necesarios para, supuestamente, y según la estima de Goenaga, “modernizar” dicha institución al deshacerse finalmente de la “absurda y despótica” autoridad de

médico-alienista (y no los conocimientos de un arquitecto usual o administrador de asilos), de lo contrario el nuevo manicomio iba a ser una “nueva cárcel para locos”. Ver José Rodríguez Castro. *Enagenados y Manicomios* (Puerto Rico: Tipografía del “Boletín Mercantil”, 1888), 49-50; José Rodríguez Castro *Notas preliminares para el proyecto de construcción del nuevo manicomio* (San Juan: J. J. Acosta, 1897), 7, 9, 12-13, 15-16.

⁹⁹ Francisco Goenaga, “Asistencia pública en los enagenados en Puerto Rico”, en *Antropología Médica y Jurídica* (San Juan: Imprenta Venezuela, 1934/Rafael Nido, 2013), 225-77, 227-29; Abrevaya, *La locura como pasión*, 29, 40-41.

¹⁰⁰ También, a partir del 1872, se introducen los talleres de zapatería, encuadernación, carpintería y sastrería. Goenaga, “Asistencia pública”, 229-30; Abrevaya, *La locura como pasión*, 43.

¹⁰¹ Hay un periodo de estancamiento entre 1872 y 1894, durante el cual no hay sino, según Goenaga, “páginas en blanco” definidas por la monotonía del servicio regular y cotidiano, hasta que él es nombrado médico cirujano del Asilo. No obstante, tampoco hubo muchos adelantos, con la excepción notable de construirse la Escuela de Artes y Oficios en el 1894. La memoria de Goenaga del 1894 destacaba la necesidad de: 1) ensanchar más los espacios; 2) traer innovaciones que fomenten la curación y supriman finalmente el enfoque punitivo de prácticas crueles y castigos; 3) separar por sexos, clases y tipos de enfermos; 4) vigilar el aseo y calidad de los comestibles, hacer uso de aguas filtradas e inodoros en las letrinas (con chimeneas de ventilación); 5) instaurar enfermeras en cada uno de los departamentos. Ver Goenaga, “Asistencia pública”, 230-32.

las Hermanas de la Caridad, suprimir oficialmente los castigos corporales y calabozos, a mejorar la calidad del servicio de agua, ventilación, luz y letrinas, además de que se “procuró americanizar la vida con distracciones saludables y útiles¹⁰²” —sucesos y mejoras que, como veremos en el próximo capítulo no fueron del todo cierto, y el tono celebratorio de redención y secularización cambiará a decepción—.

Vale detenerse en un artículo publicado durante la década de los ochenta del siglo XIX, dado que no solo refuerza las observaciones de Goenaga de falta de “modernización”, sino que nos permite apreciar la narrativa en torno a la medicalización/higienización moral de la locura y del crimen. Dicho artículo tiene la lógica de un “reportaje” y es llevado a cabo por el editor de *La Salud* —posiblemente Valle Atilés— en el 1883, con “el deseo de juzgar con imparcialidad y de exponer sin pasión”, las condiciones higiénicas de tanto el Hospicio como el Manicomio, en aquel entonces dirigido por Manuel Alonso, mientras José M. Baralt fungía como el médico facultativo (un médico para atender al menos 150 enfermos y 280 niños)¹⁰³. El editor reconoce los adelantos logrados en la última década, pero lamenta las aún persistentes fallas en términos higiénicos, principalmente en el Manicomio, aun visto como un lugar de reclusión y no “un hospital especial de las enfermedades mentales”¹⁰⁴. En ese sentido, el Manicomio “recuerda algo de lo que antes era; es decir: un lugar destinado á encerrar dementes, más bien que á tenerlos sometidos a un tratamiento idóneo¹⁰⁵”; y ante eso se recuerda que el enfermo no es un criminal y por eso destaca que no “olvidemos que la tendencia de la pena, en los tiempos actuales, no es tanto la expiación, como la corrección del culpable¹⁰⁶”.

¹⁰² Goenaga, “Asistencia pública”, 233.

¹⁰³ Editor, “Asilo de Beneficencia”, *LS I*, n°14 (1883), 209-213.

¹⁰⁴ Relatan en el aludido reportaje de *LS* del caso de un niño de quince años que no es loco, pero ha sido recluido ahí como parte de su castigo. Como no se pudo poner en el presidio se envió al Manicomio; aspecto que, según el autor del “reportaje”, era cruel e insoportable. “Asilo de Beneficencia”, *LS I*, n°16 (1883), 241-45, 242-43, 245.

¹⁰⁵ “Asilo de Beneficencia”, 242.

¹⁰⁶ “Asilo de Beneficencia”, 244.

Las condiciones generales del Asilo eran consideradas satisfactorias, con poca mortandad y facilidades relativamente higiénicas, aunque aglomeradas/hacinadas¹⁰⁷. Uno de los problemas más grandes era el prolongado proceso administrativo para la admisión y salida de niños y alienados, el cual reflejaba la falta de potestad concedida al director —vale notar aquí el reclamo por una mayor autonomía local—, y no pocas veces podía poner en peligro la vida de un paciente o dejarlo innecesariamente en suspenso¹⁰⁸.

Al entrar el Manicomio la narración toma un giro particular, describiendo los ruidos, bailes y bullicios en el departamento de las mujeres¹⁰⁹. Se observan más infracciones higiénicas, como el estado de las celdas en donde aislaban a las furiosas y a los furiosos, una “carencia absoluta” de baños, de jardines, de campos cultivables, de departamentos para pudientes, de habitaciones con paredes acolchonadas, de enfermerías dispuestas convenientemente “á fin de utilizar las reflexiones de la luz”, y de “tantas y tantas otras necesidades de un Manicomio bien montado, si es que ha de estar en armonía con los adelantos modernos y los conocimientos que la ciencia ha adquirido del alienado y de su tratamiento¹¹⁰”. Había también una mortalidad mucho más alta que en el Asilo (de alrededor de un 25%), y en ocasiones se daban antes de pasar las primeras 48 horas

¹⁰⁷ A nivel general estuvieron satisfechos con el Asilo de ambos sexos, en particular el estado de los dormitorios —bien ventilados y con ropa suficiente—, la poca mortandad —solo 2 niñas de un total de 280 niños—, un comedor que no era malo en la sección de los varones, talleres que recibían aire y luz, y bañeras decentes de mampostería. Sin embargo, el Asilo padecía de la “aglomeración” o el hacinamiento —no era posible admitir un niño más— tanto en los cuartos como durante los baños, de bancos y mesas que deberían velarse por evitar que los niños no adquiriesen deformidades físicas —dado la posición y asientos defectuosos—, y de un comedor de niñas húmedo, con poca luz y anexo al lavadero —“debe desaparecer del lugar en que está”—. “Asilo de Beneficencia”, *LS I*, n°14 (1883), 209-213; “Asilo de Beneficencia”, *LS I*, n°15, 225-26.

¹⁰⁸ El proceso para dar de alta requería que el Médico Titular le informara a la Dirección y esta debía informarle a la Comisión provincial, cuya decisión dependía de la aprobación del Gobernador General, para entonces la Diputación Provincial enviar la orden al Asilo. Como señala el editor, en el ir y venir, de esta “inútil tramitación” vidas corrían peligro o quedaban suspendidas, cuando en realidad debería bastar con la orden del director del Asilo. Como ejemplo de ello, relatan el caso de una señora que fue declarada “incurable” de insania y padecía de tuberculosis pulmonar. Su esposo había solicitado poder llevársela a la casa antes de que muriese, y así pasar sus últimos días juntos (y fuera del asilo). La orden aprobada llegó siete días después de haber fallecido la señora en el Asilo. “Asilo de Beneficencia”, 227.

¹⁰⁹ “Asilo de Beneficencia”, 229.

¹¹⁰ “Asilo de Beneficencia”, 241.

de admisión¹¹¹.

Durante este reportaje la narrativa también tuvo otro un giro cuando se topan con una “reja de hierro”, conservada como recuerdo de lo que antes era una “jaula de locos”; y relatan/recuerdan las torturas y duros tratamientos (de locos atados en grilletes, recibiendo sendas palizas y bañándose en sus propias inmundicias), no muy lejanas —“duró en Puerto-Rico hasta ayer puede decirse”—, y en las cuales “la muerte del desdichado ocurría frecuentemente bajo tormentos horribles¹¹²”. Dichas torturas formaban parte de los tratamientos empleados por el loquero para calmar los locos; y con tal recordatorio aluden a las figuras de Francisco Hernández y Manuel Alonso, los análogos del alienista francés Philippe Pinel en Puerto Rico, en 1872¹¹³. Tal recordatorio servía para destacar cuán reciente habían sido los aludidos cambios y progresos de una “ciencia humanitaria”, y cuan lejos estaban de implementarse como debían, no solo en el Asilo y el Manicomio sino también en la cárcel.

Dicho editor, en el mismo año, reporta en un tono más sombrío las condiciones de la cárcel como un “triste y desconsolador espectáculo”, hacinado, mezclado —no “existe diferencia alguna entre los delincuentes, sino que todos se hallan sometidos a la misma pena¹¹⁴” —, húmedo, con

¹¹¹ “Asilo de Beneficencia”, 242-43.

¹¹² “Asilo de Beneficencia”, 211-12.

¹¹³ La comparación con el alienista francés nos demuestra la relevancia que había con emular y hacer “progresar” al país en acorde con los cambios y avances europeos. Comparar a los psiquiatras en Puerto Rico con Pinel implicaba que el país se estaba acercando a cumplir con los ideales ilustrados y modernos de una medicina que buscaba remediar en vez que castigar a los “alienados” mentales. Pinel fue una figura icónica reconocido por su defensa por el “tratamiento moral” de los alienados —como fue la escena famosa de quitarles las cadenas y amarres a los pacientes del Hospital de la Bicetre (en Paris) en el 1794—. Fue miembro de la escuela filosofía de los *Idéologues* y tendió a ser representado como una figura ejemplar de los principios del pensamiento ilustrado, además de ser considerado el fundador de la “psiquiatría moderna”. Su enfoque se centraba en la relevancia de la observación clínica y el uso de métodos no punitivos sino “educativos” que buscaban operar como “remedios morales” que podían calmar y equilibrar las pasiones y la imaginación. En muchos sentidos tenemos los inicios de una especie de “psicoterapia” en donde el médico-alienista conversaba con los pacientes (entre otras técnicas). “Asilo de Beneficencia”, 212-13; Enric Novella, *La ciencia del alma. Locura y modernidad en la cultura española del siglo XIX* (Madrid: Iberoamericana, 2013), 154, 170-71; Erwin H. Ackerknecht, *A Short History of Medicine* (Baltimore: The John Hopkins University Press, 1982), 139, 153.

¹¹⁴ Editor, ¡“A la cárcel...lector!” , *LS I*, n°15 (1883), 229-32, 230.

aire infecto y carente en todo tipo de servicio necesario¹¹⁵. En fin, condiciones que solo reforman/corrigen de forma adversa y degenerativa, enferman tanto el alma como el cuerpo, y aquel que entraba sano salía enfermo y el que entró enfermo infecta a los que estaban sanos¹¹⁶. Estos espacios suponían ser lugares de “regeneración¹¹⁷”; en vez de ser remedios eran peores que la enfermedad misma, con resultados contraproducentes e indiferentes, prefiriendo castigar en nombre de la seguridad en vez de compadecerse y aplicar los principios humanistas de la medicina¹¹⁸.

Es preciso que notemos cómo este saber-poder ilustrado de los alienistas buscaba disciplinar y corregir, no con los golpes sino con la persuasión y el uso de la razón —que era el objetivo del llamado tratamiento moral¹¹⁹—, además de la imposición de labores y obligaciones. Hasta cierto punto, el tratamiento moral era un modo racional de higienizar tanto el cuerpo como la mente/la moral. Por eso la educación va a aparecer como modelo y metáfora de dominación ilustrada y de transformación e incluso regeneración de las “masas”. Más adelante veremos cómo esto coincidía con las “nuevas lógicas”, según los médicos, de tratar a través de aislar y desinfectar, de preservar vía la limpieza y la templanza, de gobernar a través de prevenir y detener¹²⁰. Igualmente, veremos

¹¹⁵ Editor, ¡“A la cárcel”, 230-32.

¹¹⁶ “A la cárcel...lector!”, 231.

¹¹⁷ “Cárcel”, *LS I*, nº16 (1883), 249-51, 249, 251.

¹¹⁸ Como lo expone el aludido editor: “¿Qué es peor el remedio que la enfermedad? ¿Qué puede y debe dar fatalmente resultados contraproducentes?”. Crítica la postura que dice: “Qué importa! Lo esencial está cumplido: castigar el delincuente”. A su vez se opone a la noción de que “la seguridad está por encima de la moral” y “de las necesidades animales”; y ante eso el reclamo humanista médico, dirigido a las autoridades y lectores era “¡Odia el delito y compadece al delincuente!”. Ver “A la cárcel”, 231

¹¹⁹ El llamado “tratamiento moral” estaba dirigido, al menos según Pinel, a tratar al “espíritu” o la “psique” del enfermo. Sin embargo, este tratamiento moral funcionaba en aquellos individuos que no estaban completamente desprovistos de educación y había posibilidad para tratarlos. Por esa razón se consideraba que el idiota y el cretino eran “incurables” porque carecían de la capacidad intelectual para ser educados y por consiguiente aprender a emitir juicios morales. Vale notar el giro: la lógica no fue ya disciplinar el cuerpo sino tratar de disciplinar el “alma”, el “espíritu” o la “mente” a través de un *rapport* y una observación minuciosa de la conducta para cambiar las ideas irracionales o las pasiones desequilibradas y reeducar/reformar al “alienado”. Ver Roy Porter, *Flesh in the Age of Reason* (London: Penguin Books, 2003); Javier A. Díez, *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)* (Departamento de Salud. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra 2005).

¹²⁰ Ramón Emeterio Betances, “El cólera. Medidas preventivas o profilácticas”, en *Obras Completas*, 128-134, 130; Betances, “La salud pública”, 159, 161.

cómo los higienistas y los médicos-alienistas recurrieron selectivamente a explicaciones “psicológicas” que buscaban responsabilizar a las clases pobres por los “atrasos” y “degeneraciones” de la época¹²¹.

La falta de ciertos “progresos”, y el acento de los informes higiénicos en Ponce y San Juan servía para destacar las carencias relativas a otras capitales en Europa y Estados Unidos, reflejaba la apatía e indiferencia de las autoridades y reforzaba la necesidad de remedios que fuesen más baratos, fáciles, accesibles e “individualizados” o de “higiene privada” —para utilizar un término más a tono con el léxico de la época—. Como veremos más adelante, los médicos van a insistir en las virtudes de la Higiene, en particular cuán económica, fácil de reproducir y accesible resultaba, y cuán cónsona era con la libertad y la felicidad (y opuesta a los barbarismos, a las violencias e incluso la tiranía). La Higiene era representada como práctica y útil porque suponía operar a nivel de prevenir las enfermedades.

Sin embargo, el objetivo cada vez más aspirado no era no solamente la prevención —cuya aplicación parecía estar lejos de ser idealmente aplicada— sino la búsqueda por “La Causa”, y con ello la cura de las enfermedades hasta entonces incurables (tuberculosis, fiebre amarilla, sífilis y anemia). La búsqueda por “La Causa Invisible” que subyacía a las apariencias de suciedad, los olores desagradables y la descomposición orgánica era también la búsqueda por una intervención sistemática y directa, que dependiese cada vez menos del proceso lento de inversiones

¹²¹ Como lo ha señalado el historiador francés Georges Vigarello, el giro particular que tiene el siglo XIX yace en cómo los discursos higiénicos se dirigen a regular las costumbres y espacios cotidianos de las personas mediante instituciones correccionales y técnicas que buscan disciplinar el cuerpo mediante un saber sobre el alma y la volición (ahora traducido a estudios de conducta, carácter, temperamento, nosografías mentales, etc.). Como bien lo resume Vigarello: “En el desarrollo de los terribles males que será necesario prevenir, los malestares psicológicos adquieren una profundidad que no tenían. Se identifican, se describen, se evalúan e incluso se intenta explicarlos y contabilizarlos. Poco importa la precisión de esta explicación. El resultado es una extensión del territorio de la higiene, la consideración de desórdenes íntimos, el lugar cada vez más importantes que se concede a las divagaciones del yo”. Ver Georges Vigarello, *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días* (Madrid: Abada Editores, 2006):369.

socioeconómicas en infraestructuras, de mejoras en la aplicación de las leyes y de una policía sanitaria más activa o inclusive de una sociedad más “educada” y obediente a los principios de la higiene. Un fármaco directo, sea ya una fórmula preparada para un medicamento o una vacuna, pareciera ser lo ideal; y esto será mucho más evidente para principios del siglo XX, en particular con Ashford (como veremos en el próximo capítulo).

Claro, si tomamos el ejemplo de la vacuna, notamos como la frustración de los médicos reflejaba la falta de cooperación entre las autoridades y el vulgo. Y por eso, el discurso médico acentuaba que no bastaba tener la tecnología o los remedios, se requería (re)educar también las conductas. Como iremos viendo, esto era visto como coetáneo a seguir y obedecer los dictámenes del saber científico, médico e higiénico. También coincidía con una visión político-gubernamental que, fuese en nombre del anexionismo, la asimilación, el separatismo o cualquier suerte de autonomía, insistía en la pertinencia de figuras —o modos de gobierno— cuyo saber pudiese reformar, guiar y regenerar a la llamada “masa no instruida”.

II. La figura del médico: saberes, reclamos y frustraciones

Si en la sección anterior nos remitimos más al aspecto institucional, más o menos formalizado (normas, códigos e informes sobre su aplicación), para contextualizar el desfase entre las normas, su aplicación y efectividad, ahora consideramos más lo expresado por los médicos en medios de comunicación que tenían una finalidad informativa y divulgativa de sus saberes, observaciones y críticas (cuando no también de sus frustraciones). Sea en textos dirigidos al lego o a sus congéneres —de clase o profesión— la retórica no cambia demasiado, o mejor dicho la representación del saber científico y de los objetivos del médico es bastante hegemónica.

Para comprender el aludido énfasis en la educación, sobre todo en los campesinos y/o “masa no instruida”, es preciso que veamos los entendidos que tenían los médicos respecto a su

“educación” y saber. En términos generales, el discurso médico tendía a presentarse como un saber culto, escolarizado, y por ende educado (equivoco muy común en la época) y con un grado alto de moral social, capaz de prescindir de las apariencias (físicas, económicas y políticas) y hacer visible lo invisible, procurando verdades universales y localizando mecanismos o causas exactas. Pese a su obvia vinculación de clase social, al menos en la mayoría de los casos, el médico va a (re)presentarse como una especie de “trabajador pobre” —pero sin todos los aspectos degenerativos e indolentes de los jíbaros — y de héroe sacrificado (cuando no mártir), patriota y humanitario, que es un observador imparcial de las injusticias. Por eso el médico va a presentar su saber cómo universal, imparcial, objetivo, ilustrado y libre (en el sentido de libre de prejuicios, de supersticiones y de los atrasos del pasado). Eso dicho, va a poder enterearse que dicha imagen eclipsaba los intereses de clase social y como elite que buscaba ganar mayor autonomía.

A su vez, el lenguaje empleado, rico en metáforas y significantes, no era fortuito ni en vano. Abundan las metáforas y alusiones selectivamente bélicas, religiosas, secularizadoras y no pocas veces sensacionalistas, que, en nombre del realismo, buscaban inculcar horror. La finalidad de esta sección no es, y hay que recalcarlo, desacreditar o negar las observaciones, los reclamos o frustraciones de los médicos, o buscar destacar que la existencia de intereses de clase o ideológicos deslegitima sus observaciones. De igual manera, tampoco las valida, independiente de ideología o postura epistemológica. He ahí la ventaja de un análisis que se nutra de las reflexiones epistemológicas de Foucault —y no de las de antimedicina y de antipsiquiatría—, lo que interesa es quitar el halo sacralizado y de inmunidad concedido a los médicos, en tanto y en cuanto científicos que asumen que su saber los distancia de cualquier influencia no-científica. En ese sentido es preciso deconstruir la imagen del médico-héroe y sacrificado, no para demonizarlo sino para integrarlo a los contextos y discursos de las demás clases sociales. También el enfoque

foucaultiano nos permite ver la particularidad de este discurso médico y la complejidad de sus dinámicas de poder ante condiciones reales y evidentes de podredumbre y negligencia que requirieron ciertas adecuaciones, apropiaciones y resistencias. Uno de los problemas más relevantes de estas dinámicas fue la tendencia a patologizar, pese tal vez a sus intenciones, a las “víctimas” e incluso culpabilizarlas (a la vez que supuestamente las “redimían”).

A. Progreso, Ciencia e Inmunidad: Modos de legitimar el saber/ver/conocer médico

Lo que supuestamente distinguía al médico era su modo de “procurar los hechos” y “apreciarlos con [un carácter de] imparcialidad” y “desinterés” —como lo es el amor a un país, pero a diferencia de este nunca es dogmático— evitando los “provincialismos” y buscando las causas que determinaban los problemas presentes¹²². Vale notar aquí la noción de un “amor desinteresado” y patriótico, pero no dogmático ni provincialista, y de una apreciación imparcial —casi inmune— que no estaba guiada por las pasiones ni el lucro; distinciones que distanciaban al médico de las usuales críticas e imágenes asociadas a las autoridades corruptas. Desde esta perspectiva de distanciamiento e imparcialidad, sustentada en la Ciencia, el médico trataba de relacionarlo todo, como si estuviese estudiando un cuerpo/organismo, analizando desde lo más pequeño e invisible (ej. el microbio) hasta las condiciones sociales (vivienda, actividades recreacionales, alimentación, aseo), económicas (trabajo), meteorológicas (el clima) y morales (las intemperancias, sensualidades y vicios) del problema.

Dicho saber médico-científico era visto como coetáneo con el discurso de Progreso de la época, un siglo cuya “doctrina estaba simbolizada por el progreso indefinido”, por discusiones científicas severas y sensatas¹²³, por un conocimiento que “discute dudas, depura errores, esclarece

¹²² Valle Atilas, *El campesino*, 8; Stahl, *Estudio demográfico*, 4

¹²³ “Nuestro propósito”, *EMFPR I*, n°1 (1881), 1-2, 2.

nebulosidades y amplia el horizonte de conocimientos¹²⁴”. Se percibía como una época de descubrimientos continuos, de adelantamientos y de perfeccionamientos, guiados también por Dios y la fe¹²⁵. Tal Progreso indefinido de la Ciencia era de tal magnitud que algunos no dudaban en asemejarlo a un monstruo insaciable que buscaba estudiar, diseccionar y analizarlo todo¹²⁶.

Dicha insaciabilidad de conocer podía llevar a algunos excesos; sin embargo, tales errores y excesos (producto de un entusiasmo ciego¹²⁷), eran selectivamente interpretados y localizados por el discurso médico-científico como “eventos pasados” (en el sentido también de haber sido superados). Además, todo error del pasado quedaría justificado ante el descubrimiento de “La Causa” y con esta derrotar, como lo afirmó Valles Atilés, el “Enemigo Invisible¹²⁸”. En otras palabras, se iba a finalmente identificar cuál era la causa concreta y manipulable que explicase los mecanismos de infección; y tal se encontraba en un organismo pequeñísimo, imperceptible al ojo común. En revistas como *El Eco-Médico-Farmacéutico* y *La Salud* se puede apreciar el entusiasmo por promulgar los adelantos científico-clínicos, científico-naturales y microscópicos relacionados al emergente conocimiento microbiológico. Se celebraba que finalmente iba a ser posible localizar, aislar y exterminar el “germen” —en realidad gérmenes¹²⁹— de las

¹²⁴ Stahl, *Estudio demográfico*, 4.

¹²⁵ “Nuestro Objeto”, *LS I*, nº1 (1883), 3-5, 4.

¹²⁶ La Redacción, “Nuestro Propósito”, 2.

¹²⁷ Para ejemplos de ciertas revisiones sobre experimentaciones fallidas y abuso de medicamentos, hasta cierto punto justificadas como parte del progreso de la medicina/la ciencia ver: Amadeo, “Observaciones sobre algunas enfermedades en esta Isla, III”, *EMFPR I*, nº12 (1882), 222-224, 223; “La higiene y la tisis. III”, *LS I*, nº15 (1883), 234-37, 236.

¹²⁸ Francisco del Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, *EMFPR I*, nº19 (1882), 364-67.

¹²⁹ Vale notar que en este caso “germen” no se refiere exclusivamente a bacterias (pese a que se hable en ocasiones de los descubrimientos de Robert Koch y el bacilo de la tuberculosis) ni a nuestra noción actual de “gérmenes”. Ya en otra nota hemos aludido a como el término “germen” era utilizado de forma más amplia para designar cualquier acción o entidad asociada a la infección. Vale recordar que la palabra “germen” denotaba originalmente “principio” u “origen” de algún proceso, fuese este orgánico o inclusive asociada a la moral. El término se deriva, etimológicamente, del latín *germen* y significaba “yema de planta”. Asimismo, germinar se vinculaba con “desarrollarse” o “brotar”. Por lo general, el germen y la germinación se vinculaba a la agricultura y designaba la parte de la semilla de donde brota la planta. En la medicina, su uso tendía a designar cualquier origen infeccioso, como lo eran los “miasmas” o “efluvios malignos”. Ver Joan Corominas, *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana* (Madrid: Editorial Gredos, 1987), 297; Real Academia Española, “Germen”, *Diccionario de la lengua española*, 23 ed. Accesado en <https://dle.rae.es/germen>; Real Academia Española, “Germinar”, *Diccionario de la lengua española*, 23 ed. Accesado

enfermedades, que ahora era entendido como algo vivo —y no algo de generación espontánea—, un organismo pequeñísimo.

Para la década de los 1880 se habían logrado precisiones microbiológicas respecto al descubrimiento de microbios en la malaria, la viruela y la tuberculosis. Por esa razón se discursaba que la Ciencia, con su “luminosa antorcha”, guiaba a través de la “miseria actual” y prometía no dejar que el hombre quedase derrotado ante esos “miles de seres que pueblan el aire”, pronosticando “el gran progreso el aniquilamiento de las causas de enfermedad¹³⁰”. Este tono de victoria y de “iluminación”¹³¹ era parte de una serie de giros epistemológicos importantes en el campo del estudio microscópico de los gérmenes, en particular en lo que concernían, la teoría de fermentación de Pasteur, el bacilo de Koch, y la vacuna. La teoría de Pasteur consideraba, como bien lo resume Valle Atilés, que “la fermentación efecto de la presencia de organismos inferiores” podía servir como una hipótesis para comprender como vía un “contagio animado¹³²” se

en <https://dle.rae.es/germinar?m=form>;

¹³⁰ Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, 365. En un tono similar, Martín Corchado publica lo que parecer ser el primer texto en Puerto Rico dedicado a hablar de los avances de la etiología de la tisis, centrándose en los descubrimientos de Robert Koch (al igual que los de Pasteur) y celebrando los logros de la “especialidad etiológica de las enfermedades infectivas”, la cual había abierto un “nuevo y vasto horizonte con el estudio de los organismos”. Ver Martín R. Corchado, *El microbio de la tisis. Su valor diagnóstico, investigación y fotografía* (Ponce: Tipografía “El Vapor”, 1885), i.

¹³¹ La imagen de una ciencia “ilustrada” que ilumina, progresa y nos permite “ver” cosas que antes eran invisibles aparece en varios textos (particularmente en Valle Atilés). Por ejemplo, Corchado decía que el “brillo de los descubrimientos” de Koch en torno a la etiología de la tuberculosis/tisis venían “á aclarar las nebulosidades en que se debatían las ideas, y á iluminar los ásperos oscuros senderos de nuestra práctica difícilísima”. Algunos como José Jesús Domínguez, vinculaban todos estos logros con La Revolución Francesa y la Modernidad, la cual había logrado despertar al hombre de las oscuridades del Medievo, lográndose así el progreso en la Medicina (montada sobre la imagen de “dominar” la Naturaleza). Ver Corchado, *El microbio*, iii; José de Jesús Domínguez, *Estudios científicos* (Mayaguez: Imprenta de Martín Fernández, 1876), 1.

¹³² En este contexto, “contagio animado” significaba que la vía de infección era a través de un ser vivo u orgánico, en vez que a través de “miasmas” o “efluvios”. Sin embargo, la teoría de contagio animado ya había sido adelantada por Girolamo Fracastoro en el siglo XVI, en su obra *De Contagione*, cuando propuso que existían unos “simientes” o “gérmenes” en el aire que transmitían las enfermedades (las cuales llamó *contagium animulum*). Pero, no fue hasta el siglo XIX cuando se pudo demostrar que existía un “agente infeccioso” concreto y orgánico. Los primeros intentos exitosos se encuentran en las investigaciones de Pierre Bretonneau en el 1826, al mostrar que la muscardina en los gusanos de seda era producida por un hongo-parasito (lo que se llamará “fitoparasitismo”). Un adelanto importante fue hecho por Friederich Gustav Jacob Henle en el 1840 al demostrar que lo que causaba los contagios eran “microorganismos” (“animalitos pequeños”) y tales eran seres vivos. Estos estudios serán las bases para que posteriormente Robert Koch, discípulo de Henle, identificara el bacilo del ántrax y de la tuberculosis. Pese a que los estudios de Louis Pasteur y Robert Koch suponían marcar, para finales del siglo XIX, el fin de las teorías de generación

autorreproducía el “agente morbígeno” y como se daba una “inmigración por el aire”, en la cual este aire “arrastra los esporos de esos seres inferiores que se desarrollan y multiplican”, en la tierra, en el agua e incluso en nuestro cuerpo¹³³. En otras palabras, la “generación espontánea” se daba ya como una hipótesis vencida (sin con ello quitar la “vitalidad de aquellas producciones”), y se admitía, con Pasteur, que los gérmenes o microbios proceden de seres vivos y que con mucha probabilidad penetran por medio del aire “en todas las partes del cuerpo y especialmente en los pulmones¹³⁴”. Recorridos similares, que destacaban como el contagio animado era la teoría más adecuada para entender las infecciones los encontramos en los textos publicados por los médicos Martín Corchado¹³⁵ y Enrique Pina y Casas¹³⁶.

El entusiasmo de los médicos ante los descubrimientos del bacilo de Koch puede notarse en cómo fue enmarcado y narrado dicho descubrimiento no solo como un triunfo científico sino como una lucha rencorosa, y a la vez una triste realización respecto al dominio del hombre, dado que algo tan pequeño e insignificante —ese “enemigo invisible”— era verdaderamente la causa de los malestares¹³⁷. La imagería bélica de conquista y dominio en la emergente epistemología de la inmunología y la microbiología no es fortuita, en particular cuando el enemigo era conceptualizado

espontánea o “fermentación” infecciosa, esto no quiso decir que la teoría miasmática había dejado de ser utilizada. La teoría miasmática siguió siendo empleada por muchos médicos, particularmente en España, para explicar las enfermedades infecciosas más pertinentes, como el cólera, la malaria y la fiebre amarilla. Ver Báguena Cervellera, “Algunos aspectos”, 285-87.

¹³³ Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, 366.

¹³⁴ Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, 367.

¹³⁵ Corchado señalaba como Pasteur había demostrado que la fermentación era una “función de la vida” y tal estaba asociada a un “agente” que era un “microbio”. Esta “materia fermentable” era el “origen parasitario” del contagio vía el “microbio”. Vale notar, como ya señalaremos más adelante, como se usan los términos germen, parásito y microbio casi como sinónimos. En este caso, vale ver que “origen parasitario” implicaba una aceptación de las teorías de fitoparasitismo. Ver Corchado, *El microbio de la tisis*, 2-3

¹³⁶ Pina y Casas argüía que el *animatum contagium vivum* (el contagio animado o vivo) era una hipótesis “atrevida” que estaba ganando preferencia, y esta consistía en que “el veneno productor de enfermedades infecciosas consiste en seres vivientes ú organismos de baja esfera”. El galeno considera que dicha teoría es la más acertada y consideraba que las oposiciones al *contagium vivum* estaban desvaneciendo, aún si advertía que su “triunfo no es aún completo” porque existían muchos investigadores imparciales. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos* 9-11.

¹³⁷ “La Higiene y la tisis”, *LS I*, nº13 (1883), 197-200, 199-200. Pina y Casas va a referirlo como el “enemigo oculto” que era una enfermedad (en este caso, las enfermedades infecciosas) distinta a las “ordinarias”. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 8.

como algo vivo, pequeño e incluso perspicaz —supuestamente sabe esconderse bien y usa objetos comunes en contra de nosotros—, y por esa razón se requería ver y actuar de una determinada forma para triunfar.

El caso de la tisis ilustra la necesidad de ver y experimentar de una manera particular —al principio “vieron demasiado¹³⁸”—más allá de la observación clínica y de las “apariencias” que en ocasiones confundían lo que nace de un contagio y lo que origina de un vicio de la herencia o de lo espontáneo¹³⁹. Se buscaba atisbar “la partícula” y para algunos esto solo podía ser a través de la emergente medicina experimental. Esto no desprestigiaba la necesidad del “ojo clínico” —la educación y experiencia del médico clínico en la observancia de los síntomas— pero sí podía confligir con este y crear una tensión entre dos modos de “ver/saber/conocer/educarse” más allá de lo aparente, y dos modos de concebir la experiencia/experimentación; a su vez dos modos que en ocasiones compiten entre sí para buscar hegemonía —lo cual muestra, cada vez más una serie de incompatibilidades—. El “ojo clínico” se amparaba más en la experiencia acumulada de la observación de síntomas, asimilando, acomodando y modificando las enseñanzas y modelos, mientras que el experimentador de laboratorio penetraba a través de la disección y la experimentación: hacía uso del microscopio y practicaba nuevas fórmulas inyectadas. De esa forma, se enlazaban el microscopio y la vacuna como técnicas Modernas y aliadas al Progreso¹⁴⁰, que permitían ir más allá de lo aparente y diagnosticar con mayor certidumbre aquellas fiebres e infecciones que, en términos de síntomas se parecían demasiado¹⁴¹.

¹³⁸ “La Higiene y la tisis”, 199.

¹³⁹ “La Higiene y la tisis, II”, *LS I*, nº14, (1883), 218-220, 218.

¹⁴⁰ Villaronda, en el prólogo del texto de Corchado, se mofa de los médicos y autoridades que se oponían a las teorías etiológicas de Koch, a quienes describe como “adversarios de nuestro perfeccionamiento” y que juzgaban la “microscopia” como un arcano, una superstición y caos. Corchado, *El microbio*, iv

¹⁴¹ El texto de Corchado busca demostrar esto, no solo reproduciendo las técnicas necesarias para encontrar el bacilo (para que así otros médicos conozcan la técnica) sino presentando varios estudios de casos clínicos que atendió en Puerto Rico. En cada caso, se sospechaba inicialmente otra enfermedad similar, como el catarro, el asma, la neumonía y la *grippe*. Lo interesante es como Corchado discute un asunto que va a retomarse a principios del siglo XX en Puerto

Indudablemente todo médico defendía que el “ojo clínico” resulta imprescindible en lo que concernía la observancia de infecciones como la fiebre amarilla (cuyo origen etiológico no se había reconocido aún) o los “amarillismos”¹⁴², término que designaba las manifestaciones anómalas y demasiado equívocas de dichas fiebres (y algo similar sucedía con muchas de las demás fiebres, como las “fiebres palúdicas”). Se requería de una observancia detallada de las “evoluciones” de la enfermedad junto a una atención continua e higiénica¹⁴³. Por esa razón, Coll y Toste no dudaba en criticar el mal empleo de remedios y prognosis en médicos que no hacían buen uso de la observación clínica, llevando a errores fatales¹⁴⁴. No se trataba meramente de un error técnico, para Coll y Toste, se trataba de un error de juicio producto de la ignorancia: recostarse y caer en la trampa de bajar la guardia cuando todo aparentaba estar “bien”, cuando en realidad subyacía algo mórbido y fatal¹⁴⁵. La Ciencia y la experiencia posibilitaban a ese buen “ojo clínico” que podía trascender las apariencias, no caer en la trampa de la “mejoría de la muerte” y así superar la ignorancia¹⁴⁶.

Cuando más palpable se sentirá este debate entre el ojo clínico y el microscopio será en el próximo siglo, en particular cuando con y a través de los descubrimientos y tratamientos de

Rico: la necesidad del análisis de sangre para así no quedarse simplemente en la observación clínica. A su vez, como bien observaba Corchado, muchas de las enfermedades vistas podían ser complicaciones o efecto de la tuberculosis (como la neumonía o lo que pudiese parecer asma y *grippe*). Vale acentuar cómo estas ventajas ya eran algo discutido en la década de los ochenta del siglo XIX y, por lo tanto, no eran un asunto desconocido cuando llegaron los oficiales, médicos e higienistas estadounidenses en el 1898. Para la discusión de los casos clínicos ver Corchado, *El microbio*, 39-47.

¹⁴² Coll y Toste, *Tratamiento de la fiebre amarilla* (Puerto Rico: Tipografía al Vapor de “La Correspondencia”) 1895, 3.

¹⁴³ También dictaminaba la triada higiénica “tranquilidad, orden y limpieza” junto a la “influencia psíquica de una buena asistencia”. Coll y Toste, *Tratamiento de la*, 11, 113-115.

¹⁴⁴ Según advierte Coll y Toste: “(...) porque á menudo hemos visto claudicar á facultativos de talla científica, tomando por síntoma favorable lo que era ya prognosis de cercana muerte, por ejemplo, una temperatura de 37 sin fenómenos de mejoría”. Ver Coll y Toste, *Tratamiento de la*, 11.

¹⁴⁵ Este error era un aspecto que él resaltaba en sus anécdotas, las cuales eran en su mayoría trágicas, y ponen en escena la dificultad de hacer una buena prognosis. Para más detalles sobre tales casos ver Coll y Toste, *Tratamiento de la*, 101-103.

¹⁴⁶ Coll y Toste insistía en cómo el buen médico no se dejaba ir por las señales falsas de una mejoría cuando en realidad anunciaban un empeoramiento (usualmente, un cese de las fiebres, que próximamente señalaba un empeoramiento). Para más detalles ver Coll y Toste, *Tratamiento*, 28 y 97.

Ashford se buscó enfatizar más las “invisibles” condiciones microbiológicas y no las otras condiciones observables/circundantes. Se trató de un curioso proceso de invisibilización de lo obvio y reconocido, que se presentó como innovador al trascender las apariencias, aún si reforzaba viejos estereotipos y apariencias. Pero eso ya será discutido en más detalle en el próximo capítulo.

Cónsono con esta tensión estaba la insistencia respecto a la necesidad de tener/poseer/dominar los conocimientos de las ciencias-naturales. Hoy en día tomamos por sentado este requisito educativo para las ciencias médicas, sin embargo, no era algo inmediatamente obvio aún para finales del siglo XIX. No era raro ver debates entre los médicos, respecto a la necesidad de ciertos estudios y dominios en el campo de las ciencias biológicas y químicas, en el uso del microscopio o el análisis de laboratorio como parte del saber clínico¹⁴⁷. En muchas de estas discusiones se buscaba destacar la superioridad científica de la educación del médico titular con la de los licenciados-farmacéutas y otros practicantes, sedimentando así su autoridad y distanciamiento.

Los adelantos y progresos de este monstruoso conocimiento causaban también roces entre los propios médicos clínicos. La progresiva sucesión de terapias fue cuestionada por algunos médicos cuya experiencia clínica les había enseñado a fiarse de los tratamientos conocidos como efectivos, evitando así la moda de ciertas panaceas o inclusive de remedios de charlatanes. No obstante, tales

¹⁴⁷ Por ejemplo, hubo varias discusiones en la *EMFPR* y *LS*. Tenemos el debate respecto al peritaje químico del farmacéutico, en donde un autor anónimo, al parecer médico, consideraba que los farmacéuticos no tenían entre sus estudios la química ni el manejo del microscopio. También les exigía tener el título de bachiller (como era en España). Miguel Planella, un farmacéuta licenciado, publica en el mismo periódico una crítica a dicho artículo y a los editores, quienes suponían auspiciar un “periódico mixto”, pero en realidad representaban a una de las clases en detrimento de la otra. La editorial contesta aclarando que comparten la postura del médico anónimo porque si bien los farmacéutas tienen conocimiento sobre química no tienen un conocimiento específico sobre la química de la intoxicación, la biología ni de la aplicación del microscopio. La discusión continúa en los próximos números y en realidad, cada uno no hace más que destacar, ya sea desde un ideal de las regulaciones (en España el Real Decreto de 1º de noviembre de 1875 que concede iguales derechos a ambos) o desde un ideal sobre lo que es la especialidad científica la necesidad de que un perito químico-legal tenga un dominio específico de las intoxicaciones (y no solo de la química general o de la biología). “Quien debe ser perito químico legal”, *EMPR* I, nº2(1881), 21; “Necesidad de conocimiento de la física para el farmacéutico”, *EMFPR* I, nº3 (1881), 41-42; “Más sobre peritos químico-legales”, *EMFPR* I, nº4, 61-3; Miguel Planella, “Rectificación” y respuesta de La Redacción en *EMFPR* I, nº6 (1882), 102-104 —ver también reproducción del Real Decreto en las páginas 117-118 en el mismo número—.

críticas podían ser también interpretadas como una “ingratitude terapéutica”, un ataque al “Progreso”¹⁴⁸ y la Modernidad, y una defensa del *status quo*¹⁴⁹. En términos terapéuticos y farmacéuticos, la “especialidad” en la medicina era una de esas señales de Progreso que también se había convertido en un “mal necesario”, de preparaciones y técnicas “desconocidas” que reemplazaban lo útil y conocido¹⁵⁰. No solo eso, sino que existían aún lagunas, malentendidos y debates ante procedimientos que suponían ser hartamente conocidos. Ejemplo de ello puede verse en una discusión extensa respecto a los mecanismos de la vacuna, entre la redacción de la *EMFPR* y los doctores Enrique Pina¹⁵¹, Antonio Sierra y Carbó (el director del Instituto de la Vacuna Animal en Puerto Rico) y un tal “Dr. Cox Pox”¹⁵². Aquí el ideal de debate e imparcialidad se ponía en juego, y se cuestionaba —en el caso Sierra y Carbó— si un periódico médico debía publicar, en

¹⁴⁸ Llama la atención, por ejemplo, una discusión respecto a “ingratitude terapéutica”, en donde un médico (posteriormente se autodenomina Sr. X) publica una carta anónima en el *EMFPR* criticando la pomposidad engañosa de nuevas terapias que rápidamente suceden a otras ya conocidas y efectivas, solo para ser después desacreditadas. Ya para el próximo número, otro autor anónimo (Sr. Y), critica el “involuntario ataque al Progreso” y como “oponerse a la experimentación en el arte de curar” es en realidad “Ingratitude Terapéutica”. La lucha entre ambos médicos, que continúa en varios números refleja una competencia entre fieles celadores del Progreso de la Ciencia. Ver Anónimo, “La ingratitude en terapéutica”, *EMFPR* I, n°3 (1881), 46-47; Y, “Plus Ultra”, *EMFPR* I, n°4 (1882), 70-71; Sr. X, “Adelante!”, *EMFPR* I, n°5: 87-88; Sr. Y, “E Pur Si Mouve”, *EMFPR* I, n°7 (1882), 127-29.

¹⁴⁹ Nuevamente, un buen ejemplo de este tipo de discurso podemos encontrarlo también en el prólogo que hace Villaronga al texto de Corchado en donde considera a los opositores de las nuevas teorías del origen etiológico de la tuberculosis como partidarios de un “*statu quo* incommovible”. A ello el galeno añade que muchos de estos adversarios ven negativamente al “modernismo” y lo consideran “pura fantasía” o “cuestiones de moda”. Ver Corchado, *El microbio*, iii.

¹⁵⁰ Ver, como un ejemplo de este tipo de crítica, José Ledesma y Saldaña, “El hierro dialisado”, *EMFPR* I, n°24 (1883), 463-65, 463

¹⁵¹ El nombre que aparece es Enrique Pinas sin segundo apellido. No fuese osado pensar que se trata del mismo Enrique Pina y Casas que hemos mencionado anteriormente. Si remitimos a Arana Soto solo encontramos un solo “Enrique Pina Casas”, por ende, es muy probable que la persona que publica en el *EMPR* sea la misma persona. No se ha logrado ubicar mucha información de dicho médico, que ejerció en Maricao y Mayagüez (murió en el 1911). Se sabe que tenía conocimientos quirúrgicos, e inclusive relata en *EMFPR*, en la sección de correspondencia, un caso en el cual tuvo tratar una pierda que padecía de elefantiasis, logrando hacerlo sin tener que amputarla (y ligar la arteria femoral). Ver “Correspondencia”, *EMFPR* I, n°14 (1883), 265; Arana Soto, *Catalogo*, 337; Fernando Torres (18 de junio 2015), “Médicos residentes en Puerto Rico durante la primera década del siglo XX”. Accesado en <http://historiaygenealogiapr.blogspot.com/2015/06/medicos-residentes-en-puerto-rico.html>

¹⁵² “¿Cual es la vacuna mejor?”, *EMFPR* I, 16, 306; “¿Cual es la vacuna mejor?”, *EMFPR* I, 18 (1882), 341-43; Enrique Pena “Remitido”, *EMFPR* I, n°20 (1882), 385-87; Antonio Sierra y Carbo, “Mas sobre vacuna. ¿Cual es la mejor vacuna?”, *EMFPR* I, n°18 (1882), 388-91; Dr. Cox-Pox, “Mas sobre la Vacuna. El artículo del Dr. Brochard no está aún refutado”, *EMFPR* I, n°21 (1882), 403-06; Enrique Pina, “Mas sobre vacuna”, *EMFPR* I, n°22 (1882), 425-28; La Redacción “Sive velis, sive non”, *EMFPR* I, n°23 (1882), 441-442; Sierra y Carbo, “Cual es la mejor vacuna? II.”, *EMFPR* I, n°23 (1882), 442-46; Dr. Cow-Pox, “El artículo del Dr. Brochard no está aún refutado”, *EMFPR* I, n°24 (1882), 467-68.

medio de tantas aparentes “innovaciones”, teorías falsas o malinterpretadas¹⁵³ respecto a las diferencias entre la *cow-pox*, la enfermedad de la viruela, la “vacuna humanizada”, la vacuna de ternera y la vacuna de Jenner.

Este debate permite entrever los equívocos respecto a qué exactamente era lo que transmitía/comunicaba/infectaba —vale recordar las sinonimias que en aquel momento existían entre estos términos— la vacuna, y como tal podía ser transmitida (si debía cultivarse en seres humanos, de brazo a brazo, o si daba igual usar una ternera¹⁵⁴). Pina no duda en juzgar categóricamente que la vacuna en la ternera —que era la postura de Sierra y Carbó— no podía ser efectiva, no podía ser “comunicable” y era mejor optar por el procedimiento útil y conocido de Jenner¹⁵⁵. Sin embargo, le recordará Sierra y Carbó, “lo comunicable” y los “gérmenes” que permitían el proceso de una alteración funcional susceptible a aclimatarse en el hombre (de vaca a hombre) aplicaban a la ternera —más próxima a la vaca que al hombre—¹⁵⁶. La postura hoy en día aceptada, y la que era también para la década de los 1880, era el evitar ya la vacunación de “brazo a brazo¹⁵⁷”, dado al peligro de la sífilis¹⁵⁸, y cultivar en animales (por ejemplo, en la ternera¹⁵⁹).

¹⁵³ La Redacción se sintió aludida ante la crítica de Sierra y Carbó por la peligrosidad o error de reproducir un artículo que exponía una teoría y aplicación falsa de la vacuna. En su defensa La Redacción destacaba que la revista se presentaba como un “terreno imparcial” para el debate de controversias científicas: La Redacción, “Sive velis, sive non”, *EMFPR* I, nº23 (1882), 441-442.

¹⁵⁴ Sierra y Carbo, “Más sobre la vacuna”, 390.

¹⁵⁵ Pina, “Más sobre la vacuna”, 428.

¹⁵⁶ Sierra y Carbo, “¿Cuál es la mejor vacuna? II.”, 443-444.

¹⁵⁷ En España, como en otras partes, había sido tradicional utilizar la vacuna jennericiana de “brazo a brazo”. Sin embargo, se consideraba que la eficacia de dicha vacuna degeneraba en el constante paso de brazo en brazo, además de que se desestimó su uso dado los peligros de transmisión de otras enfermedades, como la sífilis. Al principio estos inconvenientes, nos recuerda el historiador Ricardo Campos, fueron negados inicialmente por los partidarios de la vacuna, y muchos especialistas asumían que el problema radicaba en administrar mal la vacuna o el uso incorrecto del fluido. Para la década de los 70 del siglo XIX se empezó a difuminar el uso de la vacuna vía la ternera y las iniciales fallas que hubo en reproducir los efectos esperados (lo cual pudiese explicar el debate en Puerto Rico). Ricardo Campos Martín, “El difícil proceso de creación del instituto de vacunación del Estado (1871-1877)”. *Asclepio* LVI, nº 1(2004), 78-109.

¹⁵⁸ Sierra y Carbo, “Mas sobre la vacuna”, 389-90.

¹⁵⁹ Ya para principios del siglo se establecía esto como un hecho innegable. Ver, por ejemplo, Jorge F. Tello “Discurso del Ilmo. Sr. Dr. D. Jorge F. Tello” [Centenario de la muerte de Eduardo Jenner] *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* XLIII (1923), 630-39, 635-36.

Inclusive ya anteriormente se había afirmado que podía utilizarse la vacuna en la vaca o en la ternera, del uso del *cow-pox* o el *horse-pox*¹⁶⁰. El debate entre Sierra y Carbó —quien pudiésemos decir estaba en lo correcto— y el otro médico (e indirectamente la editorial del *EMFPR*) reflejaba que no era un asunto tan claro aún entre “ilustrados” cuáles eran los límites de la “comunicabilidad” entre distintas especies y sus mecanismos.

Vale notar también que durante la época hubo una serie de equívocos respecto a los modos de infección/contagio/comunicabilidad, los mecanismos de la herencia y los agentes involucrados. No solo eso, sino que muchas veces los médicos se refirieron de forma sinonímica al microbio, al parásito, el bacilo e incluso al átomo, para denotar, más que nada, que se trataba de organismos vivos e imperceptibles que tenían influencia sobre el cuerpo. Esto no se debe a un problema específico a Puerto Rico y parece reflejar algunos de los atrasos relativos que hubo en España¹⁶¹ en torno a la teoría microbiológica, además de inconsistencias que son normativas aun durante periodos de descubrimiento y de adecuación a nuevas nociones y terminología. A su vez, es preciso recalcar que los médicos en Puerto Rico, aún dentro de las circunstancias muy limitadas en

¹⁶⁰ Ver Francisco Méndez Álvaro “Discurso. Acerca de la preservación de las viruelas, leído a la Real Academia de Medicina de Madrid”, *Revista Médico-Quirúrgica* VIII, n°20 (1872), 321-23, 323; Méndez Álvaro, “Discurso” [continuación], *Revista Médico-Quirúrgica* VIII, n°24 (1872), 372-74, 373-74.

¹⁶¹ Este aspecto ha sido estudiado por la historiadora de medicina María José Báguena Cervellera. Según Báguena Cervellera, al hacer una revisión de la producción científica en España durante el siglo XIX, encontramos que hubo tres etapas en la conformación de las teorías de infección en España durante el siglo XIX: 1) la teoría miasmático-atmosférica (1800-1850); 2) teorías en torno a microorganismos vivos (1850-1870); 3) teorías en torno a contagio animado (1880-1899). La escasez relativa de estudios de botánica en España atrasó la aceptación de las ideas propuestas por Friedrich Gustav Jakob Henle (maestro de Robert Koch), en el 1840, sobre parásitos vegetales como agentes causales (entiéndase por esto, teorías de “contagio animado”). Por esa razón es que vemos que dichos investigaciones sobre “fitoparasitismo” o de “morbidismo vegetal” empiezan a elaborarse, paulatinamente, a partir de mediados del siglo XIX. Los estudios sobre parasitismo animal, como era la identificación de la triquinosis y la helmintiasis, llegaron un poco más tarde, para la década de los setenta en el siglo XIX (casi cuarenta años más tarde que en otras áreas de Europa). A su vez, en España no hubo muchos estudios microscópicos hasta el último cuarto del siglo XIX, lo cual mostraba cierta carencia de estudios sobre parasitismo animal, como eran los estudios de gusanos intestinales. Una figura importante para el desarrollo de la microbiología española fue Jaime Ferrán, quien promulgó los hallazgos asociados a la bacteriología durante las décadas de los setenta y ochenta del siglo XIX. Según Báguena Cervellera, fue alrededor del 1885 que empezaron a discutirse en España (particularmente en Valencia) las explicaciones microbiológicas en algunas cátedras de anatomía patológica, de forma independiente a las teorías de higiene. Ver Báguena Cervellera, “Algunos aspectos”, 285-89, 292, 298-300.

términos de acceso y recursos investigativos, conocían los adelantos y descubrimientos de la medicina europea. Por ejemplo, pese a este error de Pina y Casas (entre otros) en torno a los mecanismos de la vacunación, sí podemos apreciar cómo el galeno defendía la teoría del contagio animado y precisaba los errores cometidos en torno a la teoría miasmática que vinculaba las apariencias (lo que se ve o huele “sucio”) como la causa de la enfermedad¹⁶². Inclusive, Pina aclaraba la importancia de identificar la “naturaleza específica” de las enfermedades infecciosas y reconocía la necesidad de reconocer los “agentes infecciosos”, en su mayoría desconocidos, de muchas de las enfermedades infecciosas¹⁶³.

Sin embargo, lo preocupante no son las discrepancias que hay en el uso de terminología o la presencia de errores epistemológicos que son propios de la época. Lo preocupante es cómo estos nuevos hallazgos en torno a los “gérmenes” y las “bacterias” van a confluír con otras imágenes y nociones para así reforzar ciertos imaginarios y estereotipos. Ya más adelante veremos cómo “lo imperceptible” y “el enemigo” van a juntarse con otros calificativos —lo endeble, lo insignificante, lo traidor, la chispa— dentro de un discurso higienistas que asumió un lenguaje bélico¹⁶⁴.

B. Autoridad de los médicos: Contra la ignorancia/charlatenería

Los médicos tendían a (re)presentarse como figuras compasivas, humanitarias, masculinopaternales y capaces de juzgar más allá de las apariencias. Ejemplo de ello podemos verlo en el personaje del médico en la novela corta *El Monstruo*, quien reflejaba el ideal del médico ilustrado (y, hasta cierto punto, parecía expresar las ideas del autor de la novela, Manuel Zeno Gandía). Dicho médico asume el rol de tutor de Claudio, un joven con elefantiasis y de apariencia

¹⁶² Como aclara Pina y Casas, por mucho tiempo se asoció erróneamente que la causa era la suciedad y las inmundicias: “Desde aquellos tiempos hasta nuestros días, ¡cuántas veces escritores médicos y profanos no han atribuido á suciedades, inmundicias, ó materias orgánicas en estado de descomposición, á tiempos desfavorables, etc., etc., la causa de las enfermedades reinantes!”. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 18.

¹⁶³ Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 12, 15.

¹⁶⁴ Por ejemplo, basta notar la frase “¡Guerra, pues, al parasito de la tuberculosis!” que aparece en “La higiene y la tisis. III”, *LS I*, nº15 (1883), 234-37, 236.

monstruosa (descrita como casi diabólica y sobrenatural)¹⁶⁵ que muere trágicamente, fútilmente enamorado de una joven que no lo reciproca, un padre que nunca lo reconoce, y la compañía sola de sus libros (lector de Michelet) y de su doctor/mentor. ¿Cuál era la tragedia del “monstruo” según el narrador/Zeno Gandía? El haber nacido en un mundo de apariencias y absorto en ilusiones que construyen palacios sobre una quimera¹⁶⁶. Lo llamativo es notar cómo el médico es aquí representado, por el simple hecho de ser médico, como un individuo que suponía superar los caprichos de la estética y la apariencia, de los “viejos prejuicios” y de la ignorancia que promovía el actual estado de apatía e indiferencia¹⁶⁷.

En muchos sentidos la tensión y distinción entre el saber médico y la del resto del mundo absorto en ilusiones y apariencias aludía a la lucha contra los “charlatanes” —término muy equívoco mediante el cual los médicos agrupaban, entre otros, a los curanderos, comadronas y las parteras—. Una y otra vez el charlatán, representado como un “ignorante/salvaje poderoso” será definido no solo como el “enemigo natural” del médico (o inclusive de la Higiene) sino del pueblo, un “mal” que existe y existirá mientras exista la ignorancia y/o la falta de educación¹⁶⁸.

La ignorancia vulgar era supuestamente un peligro porque culpaba al medicamento por los

¹⁶⁵ Ver Manuel Zeno Gandía, *El monstruo* (San Juan: Editorial Tiempo Nuevo, 2008), 136.

¹⁶⁶ Ofrecemos dos fragmentos que resumen bien esta postura de Zeno Gandía, en momentos de digresión en dónde empieza a cuestionarse y contestar sobre la tragedias y males a que está sometido Claudio. El primero remite a la desilusión del padre respecto a la apariencia del recién nacido con elefantiasis, mostrando como la ilusión se vuelve entonces en un peligro: “Así nos pasa siempre; de ilusión en ilusión, de sueño en sueño, de esperanza en esperanza llegamos hasta construir un palacio sobre una quimera (...)”. En el próximo capítulo, al tratar de explicar por qué el padre sigue rechazando a su hijo, el narrador arguye que no es culpa de éste, sino que se trata de un mal social generalizado: “¿Por qué ese desamor? Voy a ensayar una respuesta: porque nuestra humanidad vive encadenada a la estética”. Vale notar cómo hasta cierto punto Zeno Gandía critica la postura negligente del padre a la vez que la racionaliza, exculpa y justifica. Es de sospechar que aquí notamos un patrón que se repetirá en esta época y en las próximas: las negligencias del padre podían ser mal vistas, pero se naturalizaban o normalizaban como gestos esperados, mientras que el peso real de la culpa y del cuidado del niño caía sobre la madre. Una madre negligente, ignorante o que simplemente no seguía las órdenes del médico era visto como un mal social a resolver. Zeno Gandía, *El monstruo*, 30 y 42.

¹⁶⁷ Ver también, por ejemplo, “Exequias de cuerpo presente”, *LS I*, n°2 (1883), 27.

¹⁶⁸ Francisco del Valle Atilas, “Una anécdota vieja un suceso siempre nuevo”, *EMFPR I*, n°9 (1882), 161-163, 163. En un tono similar Domínguez criticaba como la “clase crédula” se dejaba ir por los curanderos y curiosos, a quienes describe como una “polilla de singular linaje” que emplea lo que sea como remedio para lucrarse. Ver Domínguez, *Estudios científicos*, 68.

efectos de la enfermedad —un galeno, Ricardo Rey, no dudó en llamar esto una calumnia contra el medicamento y un lamentable error de la vulgaridad de los pacientes—¹⁶⁹. Se debía tener fe y confianza en el médico y el medicamento dado que “son el *bálsamo* que alivia nuestras dolencias y devuelve la salud¹⁷⁰”. Después de todo, “todo medicamento es bueno cuando se usa á propósito, ninguno hay que deje de ser perjudicial si se emplea inoportunamente¹⁷¹”; claro todo medicamento, en tanto y cuanto sea producto de las fórmulas sancionadas por el médico y no ofrecido o creado por un charlatán. Asimismo, Valle Atilas destacaba las negligencias y preocupaciones excesivas de los padres o el “vulgo”, que inclusive tenían la falsa creencia de que los médicos no saben curar la viruela¹⁷². Para Valle Atilas, los que compraban y usaban los remedios de charlatanes no demostraban ser personas razonables ni reflexivas, y padecían de un “desórden de la inteligencia” dado que preferían el “remedio secreto” vendido por los charlatanes, acusando al médico de utilizar venenos que manipulaban el cuerpo¹⁷³. Otros, como José de Jesús Domínguez criticaba la osadía que podían tener las personas que no habían estudiado medicina para tomar decisiones en torno a asuntos higiénicos, como era la vacuna¹⁷⁴. Lo pertinente de este argumento, como el de Valle Atilas, es cómo se acentúa que las personas no médicas no debían cuestionar la autoridad del saber médico por que hacer eso era excederse de su rol o lugar social.

La ignorancia del seducido por el charlatán confundía fácilmente veneno y remedio, medicina y brujería; por esa razón se insistía en la necesidad de educar al campesino, víctima fácil de

¹⁶⁹ Rey, “Estudio sobre paludismo”, *EMFPR* I, n°5 (1882), 85-7, 86.

¹⁷⁰ José M. Blanco, “Algunos inconvenientes en el ejercicio de la farmacia”, *EMFPR* I, n°8 (1882), 141-42, 142.

¹⁷¹ Valle Atilas, “Remedios Secretos”, 202.

¹⁷² Valle Atilas. *El campesino*, 37-38. Igualmente, Domínguez va a insultar a aquellos que dudaban de la capacidad de la vacuna, y por consecuente los médicos, para curar la viruela, llamándolos “pobres cabezas sin cerebro”. Ver Domínguez, *Estudios científicos*, 69.

¹⁷³ Valle Atilas. *El campesino*, 203. Igualmente, Domínguez no dudó en describir a los que se oponían a la vacuna y seguían lo dicho por curanderos como personas que carecían de “cordura y sensatez”. Ver Domínguez, *Estudios científicos*, 67.

¹⁷⁴ Dice Domínguez; “Y es muy natural que el comerciante, el hacendado, el industrial, el artesano, el jornalero, se dediquen á su oficio con todas sus fuerzas...pero, entonces, que no se dediquen más que á su oficio”. Ver Domínguez, *Estudios científicos*, 68.

charlatanes. No solo eso, la falta de educación confundía también brujería y religión, y esto, según el galeno Esteban Giménez López, explicaba esa idiota e inmoral indiferencia de los ignorantes: “la falta de educación y religión es la que dispone a la falta de sentimientos humanitarios¹⁷⁵”. En ese sentido, el vínculo que los médicos buscaban establecer entre ignorancia y charlatanería servía para ubicar y reforzar su autoridad como entes civilizadores, tanto a nivel físico como moral. La Higiene y la educación eran presentados como remedios conjuntos y casi emparentados (la Higiene como educadora, la educación como higiénica y que demuestra y da razón a la Higiene). No es extraño encontrar que algunos hablen, como lo hizo Jesús María Amadeo, de “predicar” la Higiene —“la Higiene es aquella que más debe predicarse¹⁷⁶”—.

Desde este registro discursivo, no saber sobre higiene implicaba no ser higiénico, y esto no solo afectaba la salud física sino también la conducta moral. Por esa razón se dirá que a la Higiene se interesaba por la moral y era coetánea a esta — “el lado moral también le importa y mucho; como que toda la Higiene es la moral misma¹⁷⁷. Una falta de educación, o “educación mal dirigida”, reflejaba un malgasto de la inteligencia y enfermaba la moral porque reducía los sujetos a sus instintos animales/vicios, y también los empobrecían físicamente¹⁷⁸. Era preciso, dirá Valle Atilas, educar el sentido pervertido de “estos seres” inclinados a vicios, lujos locos y envidias que los llevaba a descuidar de sus obligaciones (llevándolos hasta la prostitución)¹⁷⁹. En ese sentido, la instrucción no es sino “higiene de las inteligencias”, y su poder podía inclusive crear mayor equidad, “y la riqueza se acumulará en los individuos, en las razas, en los pueblos que ostenten y

¹⁷⁵ Esteban Giménez López, “Miseria Humana!”, en *Crónica del '98. El testimonio de un médico puertorriqueño*, Luce y Mercedes López-Baralt (ed.) (Madrid: Ediciones Libertarias, 1998), 75-78, 77.

¹⁷⁶ Jesús María Amadeo y Antomarchi, *Una plaga social y la plegaria de una virgen* (San Francisco, Puerto Rico: Tipografía al vapor de “La Correspondencia”, 1894), 15.

¹⁷⁷ “Año Nuevo”, *LS I*, n°16 (1883), 245-46, 246.

¹⁷⁸ “Tres causas de atraso, I”, *LS I*, n°4 (1883), 49-53, 50.

¹⁷⁹ “Tres causas de atraso, II”, *LS I*, n°5 (1883), 66-69, 67.

cultiven su salud más vigorosa de todas facultades¹⁸⁰.

Vale notar como constantemente se van a emparentar la inteligencia y la moral como si fuesen problemas médico-fisiológicos y económico-gubernamentales. En ese sentido, guiar la inteligencia y ofrecer una “mejor educación” implicaba una mayor obediencia ante los preceptos de la Higiene y no una “pasiva” e “ignorante” resistencia ante los evidentes progresos de la medicina. Estos significantes —“pasivo” e “ignorante”—, junto al de “indiferente”, abundan en las quejas médico-higiénicas que destacan cómo una falta de educación llevaba a una especie de resistencia que enferma, degenera y empobrece el país. Como veremos en los próximos capítulos, los médicos tendían a describir a la mayoría de la población como doblemente pobre, tanto en términos financieros como intelectuales y morales. De esa forma se reforzaba ese equivoco que presumía que una buena educación reflejaba el carácter moral de la persona, y por educación los médicos, en la mayoría de las ocasiones, se referían a la posesión de conocimientos asociados a la escolarización, la alfabetización y, sobre todo, la adherencia a los dictámenes de las autoridades médicas.

Por ejemplo, Betances, critica a la Corona española —al comparar los logros de naciones como Inglaterra y sus regulaciones del *Local Government Board*¹⁸¹—; no obstante, hay ocasiones en que se detiene a acentuar la “lamentable ignorancia” y superstición de los puertorriqueños. Se presenta a Puerto Rico como resistente a todo progreso y que no lograba “adaptarse” —termino clave, como veremos más adelante— ni si quiera a los supuestos evidentes y verdaderos progresos de la

¹⁸⁰ “Salud y pesetas”, *LS I*, n°3 (1883), 36-41, 38. En un tono similar, Amadeo dice, refiriéndose a la Higiene: “Ella enseña la vía que debe seguirse para hacer la nueva generación sana y robusta, porque ello implica progreso moral é intelectual”. Ver Amadeo y Antomarchi, *Una plaga*, 17.

¹⁸¹ Betances celebraba cómo en Inglaterra se había impuesto, desde 1871, regulaciones que multaran a propietarios que no siguiesen las reglas respecto a la cantidad adecuada de luz, agua, aire y letrinas; además de también buscar los medios para obligar la vacunación y revacunación. Hubiese que contextualizar que estos eventos empiezan ya desde antes cuando en Inglaterra se proclama la *General Health Act* del 1848 a partir de los primeros estudios científicos y estadísticos hechos sobre la higiene de los obreros. Ver Betances, “La salud pública”, 159-160; y, para un breve recorrido del contexto ver Ackernecht, *A Short History*, 212-215.

medicina médica. La imagen que nos presenta es la de un Puerto Rico que no ha logrado adaptarse a los logros y progresos que la ciencia ilustrada (y experimental) había logrado en la mentalidad europea —superando, según Betances, los barbarismos y prejuicios de la religión¹⁸²—. Betances destaca el “horroroso” y “vergonzoso” retraso de la salud pública como producto tanto de la indiferencia de las autoridades españolas como de la superstición de la población puertorriqueña¹⁸³. En este contexto los puertorriqueños eran significados como atrasados y resguardando atavismos de una religión que ya había sido superada y relegada a la superstición y al pasado.

Betances también critica el argumento “liberalista”¹⁸⁴—utilizado en Francia por el Dr. Lefort— que ve en ciertas regulaciones higiénicas, como la vacunación obligatoria, una violación de la libertad individual y del “sagrado privilegio” de los padres (sobre qué hacer con sus hijos). No deja de llamar la atención cómo ciertas libertades y derechos —la individual y la subyugación de hijos a sus padres— es aquí puesta en suspenso, o mejor dicho, asimilada a un principio mayor: la salud. Betances invoca la sacralidad de la vida como idéntica a la buena salud, y en ese sentido oponerse a dichas regulaciones higiénicas es oponerse a la Razón, a la Salud y a la Seguridad Pública¹⁸⁵. En ese sentido, oponerse a estas regulaciones y obligaciones era atentar contra la seguridad de todos. Para sedimentar su argumento, Betances cuenta una anécdota que demostraba como el “sagrado privilegio” de unos padres puertorriqueños llevó a que se contagiasen varios países de viruelas al exponer un cadáver muerto de viruela. Dicho relato destacaba no solo la

¹⁸² La finalidad de esta afirmación hecha por Betances era demostrar que nadie civilizado se oponía ya a la verdadera efectividad de la vacuna; ni si quiera el clero rechazaba este trabajo hecho por supuestos “infielos”. Ver Betances, “La salud pública. Viruelas y vacuna, II”, 177-178, 181.

¹⁸³ Betances, “La salud pública”, 202-203.

¹⁸⁴ Es preciso notar que “liberalista” es utilizado por Betances con una connotación negativa y que parece aludir a las teorías clásicas de liberalismo, como las de liberalismo económico, que vinculaban la propiedad privada y la libertad general y personal de las personas. Ver Gerald Gaus, Shane D. Courtland, and David Schmitz, “Liberalism”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Accesado en <https://plato.stanford.edu/entries/liberalism/>

¹⁸⁵ Betances, “La salud pública. Viruelas y vacuna, II”, 174-77.

ignorancia de un grosor de los puertorriqueños, sino la ineficiencia y corrupción gubernamental —apuntando más a la corrupción del local y la negligencia del central—¹⁸⁶.

Cónsono con esto, un problema discutido con frecuencia concernía las regulaciones respecto al entierro, tradición que reflejaba una “obstinación loca”, de un “mareo” que no olvida —asociados a los “horrorosos autos de fe”¹⁸⁷—. No se trataba de una crítica antirreligiosa sino en contra aquellos elementos antimodernos que la elite criolla creyente, moderna y científica percibía como irracionales y primitivos de la religión; en particular, aquellos elementos que fuesen vistos como irracionalmente antihigiénicos. Ante esto se discursaba en un lenguaje jurídico-gubernamental que acentuaba los poderes médicos de la secularización a la vez que aclaraba: si bien la “Higiene reclama jurisdicción sobre los fallecidos” había que aclarar que “en nada sufre la Religión” con los consejos higiénicos¹⁸⁸. Los médicos exigían que los cadáveres no estuviesen más de 18 horas sin enterrar, se crearan más cementerios locales, se prohibieran los funerales de cuerpo presente¹⁸⁹; y se promoviera la cremación como “salvación¹⁹⁰”, y, consecuente con esto, como la opción más higiénica, científica y económica —“operación limpia, rápida y barata¹⁹¹”—.

¹⁸⁶ Relata Betances que hacía el año 1876 murió de viruelas negras en Cádiz un joven de Puerto Rico y la familia solicitó que se transportara el cadáver a la Isla. Pese a la resistencia de algunos residentes puertorriqueños que trataron de evitarlo, e incluso de ordenes de Madrid para evitar que se desembarcara “aquel peligroso bulto”, la familia logró, con su agitación que se lograra. Betances alude a que posiblemente esto fue posible o porque “el excentilísimo señor gobernador de la Isla, como suele acontecer con frecuencia, no hizo caso de las órdenes del Gobierno metropolitano, o que el señor corregidor del pueblo se burló de las instrucciones del señor gobernador”. El cadáver desembarcó en Ponce, “se llevó a la iglesia, se abrió el ataúd, y se desarrolló una epidemia que le dio vuelta a la Isla, y se propagó a las vecinas Repúblicas de Santo Domingo y de Haití. Setenta mil víctimas costó a los tres pueblos el derecho individual del padre del difunto”. Ver Betances, “La salud pública”, 176.

¹⁸⁷ “En el seno de la muerte III”, *LS I*, nº12 (1883), 184-86, 184.

¹⁸⁸ “En el seno de la muerte. II”, *LS I*, nº10 (1883), 165-67, 166; “En el seno de la muerte, III”, 184.

¹⁸⁹ Se podía negociar la posibilidad de exequias de cuerpo presente, de cortísima duración, pero lo mejor era primero sepultar el cuerpo y celebrar las exequias. Ver “La Junta Superior de la Sanidad”, *LS I*, nº1 (1883), 17-9; “Exequias de cuerpo presente”, *LS I*, nº1 (1883), 23-7; “Medidas que urgen”, *LS I*, nº8 (1883), 112-15, 113-14.

¹⁹⁰ En realidad, la sugerencia era más un dictamen: “La ciencia ha dado la alerta; cunde la alarma; se vuelven los ojos á todas partes en busca de socorro contra tanto peligro; y todos los medios conocidos resultan ineficaces; únicamente la cremación se ofrece salvadora”. Para sustentar el argumento, se trazaba una historia de las actividades y rituales primitivos del entierro y de la cremación, para con ello coincidir con hallazgos de estudios recientes que demostraban la superioridad higiénica de la cremación. Ver “En el seno de la muerte. IV”, *LS I*, nº13 (1883), 203-204, 204; “En el seno de la muerte. V”, *LS I*, nº14 (1883), 213-216, 213-15.

¹⁹¹ “En el seno de la muerte. IV”, 203.

El juego aquí entre salvación y sanidad no es tampoco fortuito, y si bien pudiésemos interpretar esto como una estrategia discursiva con finalidades de persuasión o manipulación demagógica, empleado de forma excepcional con fines “educativos” y para salvaguardar la seguridad, tal interpretación perdiese de perspectiva las afinidades y equívocos que se estaban consolidando entre los discursos de Higiene, Moral y Modernidad (e incluso de la religión).

El lenguaje empleado para demostrar la peligrosidad de lo vivo vuelto muerto e infeccioso reiteraba que el contagio no descansaba. Justificaban esto arguyendo que lo vivo, independiente de sus condiciones de vida, se tornaba en peligro para sus semejantes una vez perdía la vida¹⁹², dado que las emanaciones —o sus “átomos¹⁹³”— del cadáver cargaban de impurezas el aire a su alrededor¹⁹⁴. Vale notar aquí cierto juego semántico que aún alude parcialmente a la teoría espontánea —contraria a la bacteriológica de Koch y la fermentación en Pasteur—, de cómo lo “no-vivo”, lo que antes era bueno, se vicia y vuelve malo. Un artículo particular en *La Salud* —“en el seno de la muerte”— demuestra cuán sensacionalista podía ser esa retórica “naturalista” que supuestamente buscaba ser “realista” a la vez que “iluminativa” al estimular los sentidos e inclusive galvanizar viejos miedos y supersticiones¹⁹⁵. Como bien apunta al respecto la

¹⁹² “Exequías de cuerpo presente”, 24.

¹⁹³ “En el seno de la muerte III”, 184.

¹⁹⁴ “Medidas que urgen”, *LS I*, nº8 (1883), 112-15, 112

¹⁹⁵ Vale notar el lenguaje sensacionalista, en particular cuando describen al cadáver llevando a cabo toda serie de advertencias—a la vez que incitan a tener valor—, y de descripciones—desde el cutis amarillento hasta los gusanos atravesando distintos orificios— y figuras poéticas—de descanso y retorno a la tierra:

Vamos á tener el valor de describíroslo: que esto no os haga arrojar el periódico de la mano. Será sólo un párrafo; pero importa que lo leáis: si él os causa un mal rato, mejor: así aprovecharéis más los siguientes: Estirado dentro de un cajón, que llamamos ataúd, rodeado este á su vez y comprimido por masas de tierra, yace un difunto. Los matices de su cútis amarillo, lívido, cárdeno, el color negro del ropaje que lo cubre, nada de eso allí se podría percibir; sumido en la más profunda oscuridad, frío y húmedo, descansa al parecer el cuerpo que sufrió la vida; pero nunca fue más atormentado que en el seno de la muerte. Sobre sus ropas, debajo de ellas, se agitan y se arrastran miles de gusanos, que entran y salen de sus hinchadas carnes, se enredan en sus pulverulentos cabellos, culebrean dentro de su boca, ojos, narices y oídos se insinúan dentro de su reblandecido cerebro, agujerean sus pulmones sin consistencia, perforan sus inflados intestinos, roen sus brazos y piernas, taladran todas sus vísceras, penetran hasta en la medula de sus huesos, chupan los corrompidos jugos que de infinitas mordeduras trasudan, y todo aquel pestífero cuerpo lo desmenuzan, hormigueando en asqueroso enjambre (...) Es poético, es mítico, trascendental, devolver al regazo de la madre tierra los despojos inanimados que de ella se nutrieron (...).

historiadora Marlene Duprey, dicha narrativa aludía retóricamente a estrategias discursivas premodernas¹⁹⁶.

Cónsono con esto estaba la insistencia en ubicar los cementerios en las afueras de la ciudad, para así segregar y aislar los focos de infección. Este enfoque de aislar de forma razonada tiene otras implicaciones a nivel discursivo y, como sugiere Duprey, las “propuestas de reubicar en las afueras de la ciudad a las poblaciones pobres, igual que a los cementerios, fue una constante preocupación de estas discursividades¹⁹⁷”. Dichas discursividades desplegaban una “mirada reveladora, inquieta e inquisidora hacia las poblaciones pobres”, enfocándose en la alimentación de las clases trabajadoras, la vestimenta de los campesinos y exesclavos, y la conducta de las lavanderas; en otras palabras, en visibilizar, objetivizar y medicalizar la pobreza¹⁹⁸. Sin embargo, fuese pertinente matizar más los objetivos de esta “mirada inquisitiva”, y como tal se expresaba a través de un supuesto objetivo de educar y “vulgarizar” los conocimientos médico-higiénicos.

Algunos médicos supuestamente desacreditaban y consideraban poco práctico “vulgarizar” y propagar los conocimientos médicos, prefiriendo producir y aplicar leyes más estrictas¹⁹⁹. Aun así, varios médicos (y este parecer ser el discurso dominante) buscaban por esa misma razón el propagar y popularizar los conceptos de higiene, como hicieron Zeno Gandía (*Higiene de la*

“En el seno de la muerte”, *LSI*, n°10 (1883), 154-57, 154-55.

¹⁹⁶ Marlene Duprey, *Bioislas: ensayos sobre biopolítica y gubernamentalidad en Puerto Rico* (San Juan: Ediciones Callejón, 2010), 34, 36.

¹⁹⁷ Ver Duprey, *Bioislas*, 39-40.

¹⁹⁸ Para más detalles ver Duprey, *Bioislas*, 40-44 y Marlene Duprey, “Los discursos de higiene y el cuerpo femenino como metáfora de ingobernabilidad (Puerto Rico, finales del siglo XIX)”, *ARENAL XIV*, n°1 (2007), 59-78, 70-5.

¹⁹⁹ Hemos de suponer que estas posturas existían, pero técnicamente solamente vemos a los médicos aludir a ellas de forma indirecta. Por el momento, ninguno de los médicos que hemos analizado que publicaban artículos defendían explícitamente esta postura en contra de “vulgarizar” el saber médico o educar en torno a la higiene. Ver una mención sobre esto en K., “Mas sobre intrusos”, *EMFPR I*, n°10 (1882), 181-82, 181.

*Infancia*²⁰⁰) y Valle Atilés (con su *Cartilla de Higiene*²⁰¹) a través de textos “educativos” sobre higiene. Se trataba de llevar a cabo ese “divino” deber de los “favorecidos” y de los que tuvieron un “buen medio” de educar/guiar a los desmoralizados por tantos años de esclavitud²⁰². Desde esta perspectiva debía haber una “propagación del saber”, de “conocimientos elementales”—que permitiesen al menos saber leer y escribir— y con ello “aprender luego todo lo que le interesa”, que en este caso eran los “conocimientos útiles” sobre: la buena alimentación, evitar los alcoholes, el sembrado de ciertas plantas (ej. el girasol común, el eucalipto, la “flor de agua”) que mitigasen los efectos de los pantanos y otros miasmas dañinos²⁰³. Inclusive, para Valle Atilés, esto coincidía con el viejo dictamen: *mens sana in corpore sano* (mente sana en cuerpo sano)²⁰⁴.

Claro, este era el reiterado ideal, y otra cosa fue cómo fue efectivamente llevado a cabo. El semanario dirigido por Valle Atilés, *La Salud. Semanario de Higiene al Alcance de Todos*, es un

²⁰⁰ Manuel Zeno Gandía. *Higiene de la infancia al alcance de las madres de familia* (San Francisco de California: Libreros editores, 1891). Vale destacar que por este texto Zeno Gandía recibió en el 1896 el título de miembro activo de la Sociedad Real de Pediatría de Moscú. Desconocemos cuán popular fue el texto, dentro o fuera de Puerto Rico. No obstante, es el único libro que encontramos publicado para finales del siglo XIX en Puerto Rico sobre higiene infantil (escrito por un médico puertorriqueño). Un aspecto importante es que dicho libro estaba dirigido casi exclusivamente a las madres para así “educarlas” en como criar higiénicamente a sus niños. Ver Vivian Auffant Vázquez, *El concepto de crónicas en Crónicas de un Mundo Enfermo de Manuel Zeno Gandía* (San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas, 1998), 3

²⁰¹ Francisco del Valle Atilés. *Cartilla de Higiene* (Puerto Rico: Tipografía de José González Font, 1886). Dicho texto fue uno de los textos oficiales usados en las escuelas para finales del siglo. Ver mención al respecto en Carroll, *Report on the Island*, 650.

²⁰² “Tres causas de atraso, II”, 67.

²⁰³ Estos temas se tocan en varios artículos cuya autoría parecer ser de Valle Atilés (aún si en solamente uno es que aparece explícitamente su nombre): Francisco del Valle Atilés, “Dime lo que comes y te diré quién eres”, *EMFPR* I, n°13 (1882), 241-43, 243; “Contra los miasmas, I”, *LS* I, n°1 (1883), 5-9, 8; “Contra los miasmas, II”, *LS* I, n°3, 44-47; “Contra los miasmas, III”, *LS* I, n°4 (1883), 52-55; “Contra los miasmas, IV”, *LS* I, n°5 (1883), 75-77. Las enumeraciones sucesivas con números romanos dada a la serie “Contra los miasmas” han sido añadidas para facilitar la identificación de la referencia.

²⁰⁴ La cita aparece, aunque no exclusivamente, en Valles Atilés, “Dime lo que”, 243. Valle Atilés señala que la frase “Dime lo que comes y te diré quién eres” proviene de Brillan-Savarin —un gastrónomo francés famoso del siglo XIX—, a quien le atribuye también la frase latina de *mens sana in corpore sano*. Otros consideran que el término fue acuñado en el siglo 1861, y destacando más el vínculo entre ejercicio físico y bienestar moral, por John Hulley fundador del Liverpool Athletic Club). De un modo y otro, la idea (aun si no la frase) puede encontrarse en diversos filósofos y médicos desde la Antigua Grecia. Ver Zeliko Banicevic, Aleksandra Belic e Ivana Banicevic, “Mens Sana in Corpore Sano—From its origins up to now”, retirado de <https://facultyeconomicssubotica.academia.edu/ZeljkoBanicevic>; David C. Young, “*Mens Sana in Corpore Sano? Body and Mind in Ancient Greece*”, *The International Journal of the History of Sport* XXII, n°1 (2005), 22-41.

reflejo de este proyecto de vulgarizar el conocimiento respecto a la higiene —o para ser más precisos “llevar al seno de las familias el conocimiento de los potentísimos recursos con que la higiene cuenta”— asegurándose que los preceptos de la higiene “estén expuestos con mayor claridad y exactitud” pero a su vez despojados de “esa severidad científica” que hiciera menos amena la lectura²⁰⁵. Este tipo de texto buscaba evitar las “palabrotas técnicas” (o sin el uso de “tecnicismos”²⁰⁶) y con ello presentar los temas de forma “perfectamente inteligibles para nuestros lectores no iniciados en los misterios de Hipócrates²⁰⁷”. La Higiene era práctica y revelaba muchas prevenciones con “métodos sencillísimos y gratos” —“cuánta fácil precaución, cuanto baratísimo remedio²⁰⁸”—. También tenía, como su “mayor galardón” el “interesar á gobernantes y gobernados en el fomento de las leyes higiénicas²⁰⁹”. En la *Cartilla de Higiene* el tono y contenido no es muy distinto en realidad a lo que aparece en *La Salud*, y en muchos sentidos lo que hace es reforzar el objetivo del semanario, elaborando sobre la influencia del clima, la alimentación, la vivienda, el ejercicio, el trabajo y el baile²¹⁰.

En nombre de la vulgarización, los redactores de *La Salud* incurrían, como ya hemos mencionado, en un lenguaje provocativo, cuando no sensacionalista que buscaba inculcar cierto terror en nombre de la Higiene²¹¹, a la vez que proliferaban las similitudes y analogías con el rol

²⁰⁵ “Nuestro objeto, 3.

²⁰⁶ La insistencia en que los médicos debían evitar los “tecnicismos” de su lenguaje aparece en varios textos, además de ser el objetivo de revistas como *LS* y otros textos mencionados por Valle Atilés y Zeno Gandía. Por lo general, la premisa era que las “masas” eran ignorantes y el lenguaje de la ciencia era difícil. Esto puede verse también en Domínguez, *Estudios científicos*, 22; Amadeo y Antomarchi, *Una plaga*, 16.

²⁰⁷ “La Higiene y la tisis”, *LS* I, n°13(1883), 197-199, 197.

²⁰⁸ “Higiene peripatética”, *LS* I, n°9 (1883), 139-140, 139.

²⁰⁹ “Comisión permanente de la Junta Local de Sanidad”, *LS* I, n°11 (1883), 175-76, 176,

²¹⁰ La diferencia fue que el semanario no parece haber tenido mucho éxito y, si bien resulta difícil adquirir datos concretos de las suscripciones, la breve “vida” que tuvo este semanario —ni hablar de otros aún más breves— apunta a que no tuvo la esperada diseminación (fuera del círculo de profesionales médicos e interesados) ni los suficientes recursos. Difícil saber cuán efectiva fue la *Cartilla de Higiene* pero sí podemos inferir que el hecho de ser uno de los libros oficiales de instrucción alude a cuánta credibilidad se le daba a Valle Atilés. No obstante, la cuestión aquí no es comprobar su efectividad concreta sino su función discursiva.

²¹¹ “Contra los miasmas, I, I” 6-7.

predicador de una religión²¹². Todo esto iba a tono con una visión heroica e ilustrada de difuminar el conocimiento, de inclusive hacer visible y popularizar los “secretos” antes exclusivos de ciertos grupos. A tono con ello, siempre en pro de “popularizar” y hacer accesible, proliferaban también los cuentos o narraciones ficticias en donde una especie de “animismo” poseía animales y objetos, los cuales confesaban la verdad de la Higiene²¹³. Sin embargo, aún en las personificaciones más extravagantes y fantásticas, como era propio de los intelectuales que utilizaban la ficción como herramienta peda(dema)gógica, se pueden entrever cómo se buscaba inculcar los preceptos y conceptualizaciones que no solo delimitaban la diferencia entre saludable y enfermizo, sino que apuntaban a lo que debía ser lo normativo, permitido y deseado de acuerdo a los valores de un grupo social particular (entiéndase, los “letrados” y la elite social a la cual pertenecían la mayoría de los médicos).

Por ejemplo, la Salud era personificada y selectivamente feminizada —era después de todo, algo a poseer y conservar—, como “coloradota, fresca y alegre”, mientras que la Higiene era su hermanita —“hermosísima, fresca, sonrojada y alegre”—, la cual aún estaba en su infancia, pero pronto iba a desarrollarse en una mujer. La Higiene suponía representar ese dictamen gubernamental moderno de “mejor es prevenir/precaver que curar”, dictamen que llevado a sus

²¹² Valle Atilas señala: “Hay quien pretende que á los médicos no nos gusta popularizar las reglas del buen vivir (...) La Medicina, lejos de descender á tal ruindad de miras, se eleva á las alturas del apostolado”. Ver “Contra los miasmas, I”, 8.

²¹³ Entre los relatos fantásticos tenemos 1) un murciélago lector de Avicena y Galeno, en el museo de Bayamón.; 2) un cacharro de leche, oxidado, maltrecho, arrepentido —al punto de aceptar el martirio y dolor de ser arrastrado por un perro— y cómplice de las adulteraciones y trucos de sus amos (que habían provocado la enfermedad y muerte de incontables consumidores), cuya confesión mostraba los inconvenientes de usar el “lactómetro” y de los procedimientos de inspección sanitaria, y la necesidad del uso de análisis químico, microscopio y mejores instrumentos; 3) las relaciones entre Don Cuartillo de Jerez Seco y Doña Libra de Pan Sobao, sus nupcias en la calle de la Digestión, fonda del Estómago, cada uno asumiéndose noble, terminando ambos siendo rechazados dado que nadie los quería en su vivienda; 4) una mosca agradecida al ser salvada de hundirse en un vaso de horchata cruda por un médico le advierte —porque “le debe su vida”— que no beba tal trago, cuyos contenidos son cuestionables y el vaso sucio; a la vez que aprovecha para comunicarle otros consejos —no beber agua helada ni alcohol—. Ver “Zigzag de un murciélago”, *LS I*, n°4 (1883), 58-61; “Confesión de un “cacharro” de leche”, *LS I*, n°4 (1883), 69-73; “Pan, Pan, Vino, Vino”, *LS I*, n°6 (1883), 91-94; “A tomar un refresco”, *LS I*, n°10 (1883), 148-50.

últimas consecuencias pudiese implicar deshacerse de la sabia y anciana Medicina²¹⁴. En este sentido la Salud se regeneraba a través de la Higiene, la cual no era despótica, sino una dama caritativa apoyada en la ciencia²¹⁵. Cuando no era una dama o una infanta, era representada como una diosa cuya luz detenía y destruía el paso de la tuberculosis, a la vez que era “la pulcritud misma” que rozaba con lo sucio sin jamás mancharse; y aún si no es toda poderosa —claramente no es el dios cristiano— sí era la más “venerable opción”²¹⁶. En contraposición la Enfermedad era personificada como un mal que pese a todo —ser “pálida, mustia, triste”—, era voluntariamente buscada, amiga de la Ambición y el Fanatismo, madre de Embriaguez, Turca, Chispa, Mona, Borrachera, Curda y Papalina —todos términos sinonímicos para la ebriedad/intoxicación, además de aludir a grupos étnicos y por consiguiente con connotaciones racista o al menos racialistas—²¹⁷.

Interesaba, dentro de ese rol de “aterrorizar” con demagogia, relatar (casi a modo de testimonio) los horrores de creer en charlatanes. Un ejemplo de caer presa del “diabólico charlatanismo” podemos verlo en el cuento “La comadre que medra²¹⁸”. La narración juega entre el cuento y una narración omnisciente testimonial, que siente el deber de hacer saber sobre este indignante crimen, del cual mueren muchas madres y criaturas, de ese “cruel, perverso y inhumano asesinato” a manos de “esa horda de pretendidas parteras ó comadres, que recluta diariamente sus Amazonas de la escoria más ignorante y supersticiosa del pueblo²¹⁹”. Las alusiones entre

²¹⁴ Esta representación de la Salud, la Higiene y la Enfermedad como personajes puede verse en un cuento escrito por Ramiro Blanco en *La Higiene* —semanario de divulgación científica y popular en Madrid— y reproducido en *La Salud*. No obstante, una y otra vez vemos como a estos conceptos, que son presentados como científicos —y escritos por científicos— son descritos no solo de forma antropomórfica y dramática (como si fuese una obra de teatro) si no como modelos de virtud, moral y ética. Ver Ramiro Blanco, “La salud y la enfermedad, I”, *LS I*, nº11 (1883), 173-75; Blanco, “La salud y la enfermedad, III”, *LS I*, nº14 (1883), 217-218. Vale aclarar que las enumeraciones sucesivas con números romanos dada a la serie “La salud y la enfermedad” han sido añadidas.

²¹⁵ Ver, por ejemplo, “Los dos polos”, *LS I*, nº5 (1883), 74-5, 75.

²¹⁶ “Año Nuevo”, *LS I*, nº16 (1883), 245-46, 245; “La higiene y la tisis. IV”, *LS I*, nº16 (1883), 251-55, 253

²¹⁷ Ver Blanco, “La salud y la enfermedad, I”, 174; Blanco, “La salud y la enfermedad, II”, *LS I*, nº13 (1883), 205-207, 205; Blanco, “La salud y la enfermedad, III”, 217.

²¹⁸ “La comadre que medra. Cuento”, *LS I*, nº7 (1883), 105-111. Ver también el análisis que ofrece Duprey de este cuento en Duprey, *Bioislas*, 45-48; Duprey, “Los discursos de higiene”, 63-66.

²¹⁹ “La comadre que medra”, 105

primitivismo, lo femenino y el atrevimiento de usurpar lo masculino —la alusión a las amazonas remite a esa caricatura de masculinizar a mujeres para presentar su saber-poder como primitivo y tiránico— son bastante obvias y comunes a la época. Hay que recordarlo, en este contexto nada racional o razonable tendía a ser visto como verdaderamente tiránico, y curiosamente todo lo malo o malvado de las monarquías y de los déspotas se vinculaba a lo irracional, lo pasional e inclusive lo hipersexuado (o concupiscente)²²⁰.

El relato cuenta la historia de Ángela, quien queda embarazada, abandonada por su amante, familiares y amigos, y termina bajo la custodia de Ma-Cipriana, una anciana, vuelta en este cuento en una “improvisada curandera”, que había sido esclava suya y que la retenía no tanto por “agradecimiento” sino por “justo orgullo” y “cálculos interesados²²¹”. La inversión aquí es obvia, Ángela termina trabajando dócilmente —cosía y bordaba desde el amanecer hasta la medianoche— y seguía las instrucciones y consejos de su vieja exesclava. Es preciso que notemos como en dicho relato se buscaba demostrar cuán monstruosa era esta inversión del supuesto lugar “natural” de estas mujeres, en particular de Ma-Cipriana una exesclava que somete a una “dueña” anterior y presume, al operar como curandera, tener un saber médico. Los significantes utilizados para describir a Ma-Cipriana —por ejemplo, una “negra tutora” que hablaba un “castellano chapurrado de carabalí”—, y a su amiga Señá Sinforsosa —la “partera más famosa del barrio²²²”, como bien señala Duprey, enfatizaban características de clase, de raza, de género y lingüísticas para así descalificarlas como ignorantes—²²³. Vale detenerse brevemente en esta narrativa y en los significantes utilizados.

²²⁰ Foucault destacó esto en múltiples ocasiones, pero mayormente esto puede verse en su discusión respecto a cómo se vinculó la tiranía con la locura o la figura del “monstruo político” (en particular cómo se representó la figura de María Antoinette como canibalística). Ver Michel Foucault, *Los Anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)* (México: Fondo de Cultura, 2007), 94-106.

²²¹ “La comadre que medra”, 106

²²² “La comadre que medra”, 106-109.

²²³ Duprey, “Los discursos de higiene”, 65.

En un primer momento ambas “charlatanas” buscaban remediar los malestares de la joven, recurriendo a una oleada de pócimas, tes e infusiones, combinadas con el uso de ciertos amuletos o reliquias, hasta que se percataron que Ángela estaba embarazada (vale notar cuán raro fuese esto en realidad para una partera y una anciana exesclava en dicho contexto). Al percatarse de que estaba encinta, ambas “arpías” tramaron el crimen del aborto dado que a Ma-Cipriana no le convenía dicho “alumbramiento” porque no soportaba a los chiquillos ni quería perder su lucrativo negocio con Ángela. Pese a todas cocciones, remedios y rituales, Ángela logró dar a luz a la criatura. Con unas tijeras mohosas cortan el cordón umbilical y lo queman —durante este proceso la narración acentúa entre comillas las palabras “bastante”, “negra”, “mala” y “amarró”²²⁴—. Ponen a la joven “ñangotá”, tomando otra pócima, y haciéndola pujar para que “eche la par”, y la siguen haciendo consumir otros tragos —un “sombrero de copa”²²⁵. Cansadas de esperar que expulse la placenta ambas le pegan con chancletas, para “avivar sus dolores”, y aunque la joven pidió piedad “el fanatismo de la comadrería ensordece á sus dos verdugos”, parando solo por cansancio²²⁶. Mientras tanto el niño yace muerto —muerto de tétanos “súbito y fulminante”—, hecho que corroboran utilizando una “bullaguera gallina” para ver si “chupa el aire” (introduciendo el pico por la cavidad rectal). Cuando Ángela expulsa la placenta, le dan a beber cerveza con miel de “oveja”, aceite de almendras y de castor, y con esto muere la joven²²⁷.

Vale notar aquí como el juego de reproducir un fraseo “negro” y pobre —algo muy común

²²⁴ Para esclarecer, reproducimos dicho fragmento del cuento:

Inmovil, desfallecida quedo la madre. La partera, con unas tijeras mohosas, colgadas de un cintajo que apretaba su desvencijado talle, cortó el cordon umbilicar, digo, la *vinse*, á la que dejó perder “bastante” sangre “negra” y “mala”, y luego “amarró” con la seda encarnada, color imprescindible, de una madeja que había sacado de su propio seno; pero, como para reforzar la ligadura, tomó de la rinconera de San Ramon un cabo de vela encendido, lo acerco a la extremidad del corton atado y qué barbarie! *la quemó*, la quemó hasta que el chirrido de la carne se dejó percibid entre el rabioso llanto del achicharrado niño, é indico que se había formado escara.

“La comadre que medra, II”, *LS I*, nº8 (1883), 121-23, 121.

²²⁵ “La comadre que medra, II”, 121-22

²²⁶ “La comadre que medra, II”, 122.

²²⁷ “La comadre que medra, II”, 123.

entre intelectuales, en particular con el habla jíbara a partir de, al menos, el médico y literato Manuel A. Alonso— y una descripción detallada, cruel y “realista” (con listado largos de las pócimas utilizadas) no solo buscaba representar negativamente a las parteras y/o comadronas, sino reforzar toda una serie de estereotipos raciales, de clase social y de género. Como veremos más adelante, estas representaciones no son incidentes aislados ni accidentados, y la mirada medicalizadora era, pese a sus intenciones, racialista, sexista y clasista.

No era extraño anteponer el saber médico al amor maternal, oponiendo la razón y lo masculino —como propio del arte médico— al sentimentalismo y lo femenino. Por ejemplo, se recalcará que no bastaba el amor de las madres. Ante las demandas del “ojo clínico”, las madres requerían conocer todo ese sistema de educación, el único verdadero, que estaba fundamentado en la Higiene —que aconsejaba evitar la leche de biberón, los lugares húmedos, la ventilación incompleta, la falta de limpieza, la miel de abeja, por ser muy ácida²²⁸ y la malsana costumbre/creencia de dejar los niños en paños mojados²²⁹.

El carácter de las mujeres es en este contexto reducido a una suerte frágil de malabarismo entre los márgenes de la histeria y la manía²³⁰. Son descritas como infinitamente caritativas, pero temerosamente inestables, delicadas y “vidriosas”; al punto de llevar su preocupación por salvaguardar sus hijos al punto de una manía peligrosa²³¹. En el caso de las mujeres, pobres el

²²⁸ “Consejos a las madres”, *LS I*, n°6 (1883), 94; “Salud y pesetas”, 40

²²⁹ “Recomendaciones a las madres”, *LS I*, n°8 (1883), 126-27.

²³⁰ Por ejemplo, la noción de una mujer que mate a su criatura por un arrebató de la razón, precipitada por alguna enfermedad y/o abuso será también una trama troncal en *Inocencia*, primera y única novela de Valle Atilés. Esta novela del 1884 se centra justamente en auscultar si una madre joven, llamada Inocencia, fue culpable o no de matar a su recién nacido (infanticidio). El médico amigo y examante de Inocencia es quien busca exonerarla tratando de buscar alguna explicación, sea culpabilizando al amante actual (don Patricio), un hombre negligente de clase alta que es presentado como explotador, o comprobando tal vez los efectos de alguna enfermedad —tisis y/o un “cerebro anemiado”— o locura. Esto aparece en varias partes, pero para ver las más detalladas referirse a las siguientes páginas en Francisco del Valle Atilés, *Inocencia* (Editorial Universidad de Puerto Rico: San Juan, 2010), 23, 41, 88-97, 112, 120, 135.

²³¹ Advierte Zeno Gandía en su texto sobre higiene infantil: “Las preocupaciones se apoderan de la opinión de las madres, los errores las dominan, y, sobre todo, el abandono, el horrible abandono de los preceptos higiénicos, hace víctimas á los niños y arranca lágrimas á las mares, que bien pudieran evitarse”. En la introducción a su novela *El*

esfuerzo era doble, dadas las malsanas condiciones de vivienda²³². El texto de Zeno Gandía sobre la higiene infantil, que opera como un manual, es esencialmente un listado de cuidados para ayudar a las mujeres a combatir todos los malos hábitos, supersticiones e ignorancias que la falta de instrucción ha provocado en ellas. Solamente el médico (hombre) podía guiar los dictámenes correctos de la higiene, y las mujeres debían obedecerlos, evitando caer en pudorosas e histéricas decisiones irreflexivas o resentidas (como permitir la intervención de las parteras o “comadronas”²³³).

El hombre, en particular el padre, aparece en este texto de Zeno Gandía como una figura fundamental de “redención” y “divinidad”; con el encargo “santo” de instruir y vigilar porque se cumplan (o al menos la mujer cumpla) los preceptos de Higiene. En este contexto, el padre debía impulsar a que se obedecieran dichos preceptos de Higiene, pero la responsabilidad entera de llevar a cabo las labores higiénicas y crianza del niño continuaban siendo de la madre. La figura del padre suponía (y debía) representar una oposición a la indiferencia, al vicio o a la tendencia a las impurezas, representada como una “charca pestilente”²³⁴. En otras palabras, el problema radicaba

monstruo encontramos una advertencia similar, pero aún más elaborada (y estereotipada) que establece un contraste entre la sensibilidad femenina y la cierta racionalidad (o al menos control de los sentimientos) masculina:

Voy a hacerles una recomendación. Es mejor que no enseñemos este libro a nuestras esposas, mejor dicho, a la tuya, porque yo no la tengo. No te asustes por lo que digo, ni un concepto, ni una palabra de las grabadas en estas páginas hallarás ofensiva al pudor. Mi idea es otra. Este libro pudiera llevar al corazón de las esposas y de las madres, desagradables zozobras, penosos temores y enojosas inquietudes (...) Temerian, cada vez que la naturaleza les hiciera una promesa, por el amoroso fruto de bendición, y ya sabes cuán delicado y vidrioso es este estado en al mujer (...) ¿Me pasara a mí lo mismo? —exclamarán algunas (...) Y esta idea degenerando en preocupación, esta preocupación convirtiéndose en monomanía y esta monomanía, dando origen al miedo, pudiera perturbar hondamente su bienestar y su tranquilidad (...) Vosotros podéis opinar, porque *sentís* menos.

Manuel Zeno Gandía. *Higiene de la infancia al alcance de las madres de familia* (San Francisco de California: Libreros editores, 1891), 13-14; Zeno Gandía, *El monstruo*, 20-21.

²³² Zeno Gandía, *El monstruo*, 24.

²³³ Zeno Gandía, *El monstruo*, 16.

²³⁴ Nos dice Zeno Gandía, en la introducción de su texto sobre higiene infantil:

Ser padre, no es sólo tener hijos. La paternidad arguye una obra de redención física y moral; obra que teniendo mucho de humana, tiene mucho de divina: especie de iris de amor arqueado con su punto en la tierra y otro en el cielo. La despreocupación en este punto es criminal: bien sabemos que la indiferencia y el vicio pueblan de niños los hospicios, mas la charca pestilente no es la fuente donde ha de buscarse el agua cristalina. Aléje al vicio en su plano inclinado a impurezas, y no se olvide, en el hogar honrado, la santa misión que la

cuando las figuras que debían imponer orden, salud y moral fracasaban en su deber —nótese las analogías y críticas con las autoridades locales y centrales—; entregándose a las apariencias, supersticiones y vicios de la ignorancia. El médico, al ir más allá de las apariencias, podía conocer como “lo conocido” y visible podía traicionar. El médico era quien sabía que el peligro era real, múltiple e invisible; además de ser capaz de descifrar cómo aquello que debería ser para nuestro beneficio era también portador de males²³⁵.

Como ya hemos ido notando, este supuesto saber médico-higiénico e imparcial, capaz de trascender las apariencias, no era en realidad imparcial o inmune a los intereses de clase y profesión de los médicos, en tanto y en cuanto formaba parte de una clase social alta. La ilusión creída por muchos médicos (aún hoy día) de que la medicina es una “profesión liberal”, y, por lo tanto, superior a los intereses vulgares y materiales de las masas, lo que hace es reflejar sus sesgos ideológicos e intereses de clase²³⁶. Consecuente con el análisis de la tesis de Rodríguez Santana, los letrados establecieron una serie de polaridades (entre vida-muerte, enfermedad-salud, limpieza-suciedad, normal-patológico, orden-desorden, inteligencia-pasión) para problematizar aquellos sectores que ponían en crisis sus ideales respecto al Progreso, la Higiene y la Civilización: los negros, los pobres del campo (bajo el imaginario jbaro "blanco") y del espacio urbano, y la

paternidad impone.

Zeno Gandía, *Higiene de la infancia*, 10.

²³⁵ Valle Atilés, “Los enemigos invisibles, II”, *EMFPR* I, n°22, 421-23. La enumeración romana (II) ha sido añadida para facilitar identificar la referencia.

²³⁶ Los posibles orígenes del empleo del término “profesión liberal” para describir a los médicos resulta muy sugestivos. Según Jan Goldstein, en el caso de Francia, el término profesión liberal (*profession libérale*) aparece asociada a la medicina en el siglo XIX, pero con dos connotaciones. Una connotación utilizaba el término “liberal” para referirse a “digno de un hombre libre” (como había sido en el Medievo) y se asociaba con los ideales de labores que enriquecían el intelecto y la moral. Sin embargo, hay otro uso que lo vincula con el liberalismo económico (de Adam Smith) y ciertos ideales de autonomía profesional. Goldstein ofrece varios ejemplos, pero llama la atención uno en particular: para mediados del siglo XIX un legislador francés consideraba que la medicina era una “profesión liberal” y un “arte liberal”, y con ello implicaba que era una profesión que no debía estar atosigada por demasiadas regulaciones estatales. Como iremos viendo en los próximos capítulos, varios médicos en Puerto Rico van a insistir en esta relación entre medicina, profesión liberal y autonomía para oponerse a una “medicina estatal”. Ver Jan Goldstein, *Console and Classify: The French psychiatric profession in the nineteenth century* (New York: Cambridge University Press, 1987), 12-15.

mujer²³⁷. Ya en otra sección nos centraremos particularmente en estas figuras, en particular el jíbaro y “lo negro”, por el momento lo que resulta pertinente es ver cómo lo que hemos ido presentando coincide con lo expuesto por Rodríguez Santana: los saberes producidos por los letrados estaban preñados con imágenes degenerativas del "alma enferma", "el estado vegetativo", el "cuerpo frágil", la "docilidad" y de un "ambiente insalubre" que producía un país enfermo²³⁸. El discurso liberal reformista puertorriqueño de finales del siglo XIX, que apelaba a muchos médicos (entre ellos Zeno Gandía y Valle Atilés), destacaba la necesidad de una “emancipación mental” y una “regeneración moral”, que fue de la mano con un enfoque en el cuerpo vía los principios de la salud y la higiene. Dicho enfoque puede resumirse en el lema recurrente entre algunos autores (y que ya aludimos vía Valle Atilés: *Mens Sana in Corpore Sano*²³⁹). Este lema tenía, nos insistirá Rodríguez Santana, implicaciones sociales, culturales y política dado que esta insistencia en equivaler enfermedad, ignorancia y educación, en pro de “regenerar” esa “alma vegetativa” tuvo también implicaciones racialistas y clasistas²⁴⁰ que, como iremos viendo en los próximos capítulos, conformó la particular imagen del puertorriqueño como enfermizo e ingobernable.

Eso dicho, hay que detenerse en otro aspecto, muchas veces obviado, y es como los médicos se (a)percibían a sí mismos, o mejor dicho, cómo representaban sus demandas ante sus congéneres y “el pueblo” (usualmente reducido a aquellos otros pocos legos que los leyesen) lo cual nos permite apreciar no solo sus reclamos sino sus frustraciones y contradicciones. Lo más fascinante aquí es notar cómo ellos asumían afinidades y distanciamientos selectivos con su “clase social”, y

²³⁷ Ivette Rodríguez Santana, “Conquests of death: disease, health and hygiene in the formation of the social body (Puerto Rico, 1880-1929)” (PhD, dis.: Yale University, 2005): 3, 29-36, 149, 363-67.

²³⁸ Rodríguez Santana, “Conquests”, 103-120, 140-149.

²³⁹ Rodríguez Santana, “Conquests”, 70-78.

²⁴⁰ Rodríguez Santana, “Conquests”, 77-78.

hasta qué punto el insistir en afiliaciones con la “profesión” les permitía asumir cierta “inmunidad” con su contexto socioeconómico. Dicho de otra forma, los intereses de los médicos, en tanto y cuánto profesión científica, eran significados como intereses objetivos y universales que beneficiaban a todos y no intereses de índole socioeconómico. Como iremos viendo en la próxima sección y en los demás capítulos, una y otra vez los médicos van a representar sus intereses de clase social como si tales fueran objetivos, desinteresados y heroicos. Así pues, procuraban que esos saberes y prácticas sociales fuesen percibidos y valorados como neutrales y ajenos a cualquier influencia social, política o económica.

C. Los malestares económicos y morales de la clase médica

Nunca duele tanto una observación como cuando al recibirla, nuestra conciencia nos dice que es merecida, que de nosotros depende en gran parte la falta que se lamenta. Esto dicho así en general, es exacto en infinidad de casos concretos, referente á casos los mas variados. Sucede, entonces, que en nuestra ceguedad, porque toda falta cometida que se nos descubre, despierto algo de nuestro amor propio, este aconseja echarle la culpa á todo el mundo con tal de dejarnos limpios á nosotros mismos²⁴¹.

Estas palabras pudiesen ser leídas de muchas formas y con distintos grados de atribución, pero en el contexto que fueron publicadas —en el semanario *La Salud*— tales palabras estaban dirigidas a los lectores y las autoridades, que pudiesen sentirse ofendidas por lo escrito en aquellas columnas que enumeraban las múltiples infracciones contra la Higiene. En el primer volumen del *Eco Médico-Farmacéutico* los editores dejaban claro que su empresa buscaba tanto contribuir al progreso de la Ciencia como velar por los intereses y dignidad (de las cuales eran “celosos defensores”) de su clase profesional²⁴² (médicos, cirujanos y farmaceutas) ante “la notoria indiferencia” que los rodea²⁴³. Esta indiferencia también iba de la mano con la escasez de

²⁴¹ “Cosas y casos”, *LS I*, n°14 (1883), 223-24.

²⁴² Vale destacar que el título del periódico y su propósito, tal como aparece en la cubierta destaca también este acento en los intereses de la clase profesional: *El Eco Médico-Farmacéutico de Puerto-Rico. Periódico de Medicina, Cirugía y Farmacia consagrado á los intereses morales, científicos y profesionales de las clases médica y farmacéutica*.

²⁴³ Se pudiese asumir que los directores, o uno de ellos fueron tal vez los que escribieron este artículo: Calixto Romero (director honorario), José María Baralt y Miguel Portero. También es una posibilidad que alguno de los redactores

publicaciones médicas y científicas, y al parecer las dificultades en sostener revistas especializadas²⁴⁴; y con “la *mar* de cosas que decir²⁴⁵” respecto a los problemas y conocimientos higiénicos.

Diera la impresión de que el problema de las publicaciones iba de la mano con los reclamos de no ser oídos, leídos o reconocidos; reclamo que será fue algo recurrente aún través del siglo XX²⁴⁶. El reclamo de indiferencia tiende a dirigirse al exterior (fuera del propio campo profesional) pero en ocasiones también se hace un reclamo de la indiferencia y falta de unión entre los propios médicos²⁴⁷. En lo que concernía el estudio de la higiene de los trabajadores se declaraba que había que abandonar “la deplorable costumbre de *dejar pasar y de ir viviendo*”, y facilitarle al trabajador/el campesino “el camino de su perfeccionamiento”, y asimismo, buscar crear sociedades benéficas y establecimientos en donde se pudiesen encontrar alimentos nutritivos y “fortificantes”, y escuelas que prestasen atención a los “elementos de la higiene” —para así llevar dichos conocimientos útiles a la casa, ya que los padres no podrán recibirlo directamente—²⁴⁸. Sin embargo, una gran parte de la retórica respecto a la indiferencia se dirigía a apuntar cómo la higiene era ignorada por las autoridades y las personas en general—“los consejos sanitarios son todavía

hubiera operado como una especie de editor, y entre ellos estaba Francisco del Valle Atilas, quien Arana Soto identifica como editor de esta revista y *La Salud*. Ver La Redacción, “Nuestro Propósito”, 1-2; Arana Soto, *Diccionario*, 314.

²⁴⁴ Varios médicos reclamaban la necesidad de que existiesen más publicaciones locales, tanto para educar al pueblo como para mantener actualizada a la clase médica en Puerto Rico. Ver Antonio J. Amadeo, “Sr. Director de ECO MEDICO FARMACEUTICO. Distinguidos e ilustrados compañeros” y “Observaciones sobre enfermedades en esta Isla”, *EMFPR* I, nº5 (1882), 82-3; Ver Dominguez, *Estudios científicos*, I; Corchado, *El microbio*, II.

²⁴⁵ “Cosas y casos”, 224.

²⁴⁶ Y este reclamo lo veremos repetirse inclusive en Arana Soto, refiriéndose a la actualidad (que era la de década de los sesenta del siglo XX): “al poco aprecio que se tiene de los libros de nuestros hombres”. Ver Arana Soto, *Diccionario*, 297-305, 297.

²⁴⁷ Por ejemplo, los editores de la *EMFPR* señalan, en un artículo que critica la falta de unión entre los médicos, la baja remuneración y las muchas exigencias hechas a los médicos, sobre todo los de distrito/municipales. Ver Redacción, “Beneficencia Municipal”, *EMFPR* I, nº16 (1882), 301-03, 302.

²⁴⁸ “Tres causas de atraso, III”, 85.

para algunos letra muerta²⁴⁹—, cuando no “la cuestión de siempre, [la falta de] dinero”²⁵⁰. Ante ello, el médico replicará “primero, la salud, fuente de todo bien, consideración secundaria, las pesetas²⁵¹”. Una y otra vez los médicos van a destacar que es el deber de todo gobierno velar por la salud de sus administrados, y que inclusive hacer esto les era útil —“porque de hombres sanos puede esperarlo todo y nada que sea bueno y útil de hombres debilitados²⁵²”—; reclamo que también hacían al “sector privado” de dueños, hacendados y propietarios.

En este sentido, la salud era “el trabajo en potencia”, era “la única fuente de riqueza”, y “no es económico enfermarse²⁵³”. No obstante, los médicos criticaban cómo la indiferencia y la falta de cultura general en la Isla hacía que aún los grupos más interesados en lo económico no reconocieran el valor económico de la salud, pese a que afectase sus bolsillos²⁵⁴. Los médicos insistían que era posible, barato, fácil y bueno modificar el clima, a través de, por ejemplo, remover los pantanos e incentivar una “agricultura higiénica”²⁵⁵. Sin embargo, nada parecía motivar el cambio, el mover esa “resignada inercia”, ni el amor propio, al prójimo ni al dinero, y pareciera que quedaba en las manos y plumas de los médicos letrados el luchar contra el clima²⁵⁶. Ante esta indiferencia, la frustración parecía provocar locura²⁵⁷, cuando no un gran tedio e indiferencia²⁵⁸.

²⁴⁹ Amadeo, “Observaciones sobre algunas enfermedades en esta Isla”, *EMFPR* I, n°7 (1882), 123-26, 125.

²⁵⁰ “Agua, III”, 180.

²⁵¹ “Salud y pesetas”, 41.

²⁵² Valle Atilas, “Dime lo que”, 243.

²⁵³ “Salud y pesetas”, 37, 39; “Lavaderos de la capital”, 44.

²⁵⁴ “Salud y pesetas”, 39.

²⁵⁵ “Contra los miasmas, I”, 8; “Contra los miasmas, IV”, 76-77.

²⁵⁶ Puede notarse este tono en la última parte del artículo, publicado inicialmente en *EMFPR* y que culmina en *LS*, “Contra los miasmas, IV”, 76.

²⁵⁷ Los editores, o muy posiblemente Valle Atilas, aluden al cuento de Alejandro Tapia y Rivera, “El loco de Sanjuanópolis” para reflejar sus frustraciones en torno a la falta de regulaciones y recursos para mejorar ciertas condiciones higiénicas: “Si en Sanjuanópolis se volvió uno loco solo por querer persuadir á sus vecinos de que la ciudad necesitaba “agua y ensanche;” ¿Qué fin no nos espera á nosotros que pediremos eso y mil cosas más”? Para más detalles ver “Contra los miasmas, I”, 7.

²⁵⁸ Hay una escena muy curiosa, de un médico escribiendo mientras llueve, y describe cómo las mujeres del piso de abajo vacían “sus curtidas pipas” provocando un gran hedor —botar las “aguas sucias”— que son “un aviso formal de que un veneno infecciona” (y notemos el empleo de una imagen de la teoría miasmática). Al disipar la lluvia, el médico ve unos niños colgándose de un árbol —y aclara que no están en la escuela o aprendiendo un oficio—, como “titiriteros” hasta que uno cae al romperse una rama. Ante tal imagen, el médico se queja del arbolado y su cuidado,

En esta narrativa la infección, en tanto y cuanto metáfora, se convertía aquí en un destino real cuando no metonímico —decir indiferente es decir también enfermizo e ingobernable—.

A su vez, la falta de dinero también afectaba los sueldos de los médicos, quienes no eran “justamente pagados”²⁵⁹ y sentían la necesidad indigna de tener que justificar el valor de su trabajo y el valor de su sueldo cuando “el medico lucha por salvar una vida seriamente amenaza por la enfermedad²⁶⁰”. Esta frustración era asumida estoicamente por el médico porque, similar al cura, su labor y vocación era en nombre del bienestar y el agradecimiento de los pacientes, y no las “necesidades materiales” y el lucro. Un estoicismo que al parecer quebrantaba el corazón y llevaba a agotamientos terribles. Se tiende a reiterar cuánto peso tenía la gratitud y no el lucro —“una flor dada en gratitud que centenares de peso”—, destacando lo injusto de sus reconocimientos, tanto en salarios como en respecto y amor —“el médico debiera ser lo más querido, lo más respetado, y

y de la excusa de la falta de fondos para no hacer nada, y persiste discursando sobre la pertinencia económica de la Higiene. Con eso, decide entonces tomar una siesta. En otras palabras, el brazo roto del niño no le hizo perder (literalmente) el sueño. “Rápida ojeada”, *LS I*, nº5 (1883), 79.

²⁵⁹ Cuando se alude en el 1882 al sueldo de J.M. Baralt como Medico Titular del Asilo de Beneficencia se dice que es “tan limitado que no le basta para vivir, si a él sólo se atuviera. Verdad que esto no es nuevo en esta Ciudad; díganlo sino los titulares”. Al parecer, dejándonos ir por un artículo en el *EMFPR*, los médicos de distrito en San Juan, en el 1882, recibían el “exiguo sueldo de \$50.00” por llevar a cabo la inspección de salubridad pública, la Cárcel, la casa de Socorro, servicio forense y visitar los pobres a domicilio. El mismo reclamo puede verse en varias cartas y artículos de Esteban López Giménez, en particular lo que concernía el pedirle peritaje judicial—cuando no tenía la preparación para ello—y la paga dada tarde, en particular cuando se era medico titular en un municipio. Ver Redacción, “Beneficencia Municipal”, *EMFPR I*, nº16 (1882), 301-03, 302; “Asilo de Beneficencia”, 243; Esteban López Giménez, *Crónica del '98*, 165, 171-74, 187-88, 191-92.

²⁶⁰ Vale la pena reproducir aquí el reclamo que hace la redacción del *EMFPR* en un artículo que, si bien era sobre la Beneficencia Municipal, inicia con una discusión respecto a la remuneración de los médicos. Este párrafo resume bien las imágenes de sacrificio y heroísmo del médico mal pagado:

(...) al abogado, por ejemplo, no se le discute el valor de su trabajo, aunque como ocurre en ciertos casos, el abogado en su honroso ministerio, que respetamos cual se merece, intervenga solo en salvar intereses de menos importancia que lo es la salud, base de toda riqueza (...) El médico lucha por salvar una vida seriamente amenazada por la enfermedad; esto llena la suya propia de sufrimientos, de contrariedades, de peligros y de dolores, que solo él puede comprender, que solo en el fondo de su alma, pasan de la que solo él siente la fatigante lucha, lucha que ni aun puede manifestar, porque la dulzura y la calma de su espíritu son necesarias á su enfermo, y este sin embargo muy a menudo tiene que ceder en el cobro de sus honorarios, sino es que recoge alguna ingratitud por toda remuneración ó es criticado amargamente y se trata de desprestigiarlo si se mantiene en el puesto que su decoro profesional le marca.

Pero dejemos este camino de zarzas en el cual por fortuna hay trozos libres, en donde el espíritu se ensancha, no con otra satisfacción que la del agradecimiento, que esto solo es lo que basta al corazón del médico (...) Ver Redacción, “Beneficencia Municipal”, 301.

hasta venerado en la sociedad”—. Asimismo, se acentuaba la vulnerabilidad, peligros e ingratitudes que padecía al médico, quien “sufría la de muchos, porque son muchos sus clientes”, y debía cargar con tantas intimidaciones y encargarse de grandes peligros, en particular en momentos de epidemia. Entre los peligros estaba el ser culpabilizados e incriminados, lo cual podía destruir su reputación o el ser “traicionados” por pacientes que iban a ver curanderos²⁶¹.

Sin desestimar los problemas de los médicos en un contexto que no era, para nada, acogedor ante la miseria generalizada en el país, lo relevante aquí es la imagen de martirio, sacrificio y heroísmo en un discurso que se presentaba como científico a la vez que se nutría selectivamente de imágenes y alusiones religiosas. Dichas imágenes y alusiones buscaban crear también afinidades y distanciamientos selectivos: son moralistas y como clérigos, pero no “religiosos”; son pobres, pero no son como los pobres; son profesionales, pero hacen lo que otras profesiones no hacen ni quieren hacer, etc.

Ejemplo de todo ello puede verse también en las tensiones, leves pero insistentes, entre los

²⁶¹ Muchas de las frases aludidas provienen de Giménez López, quien por sus esfuerzos como médico desarrolló malestares cardíacos y, según su propia estima, una “vejez anticipada” debido a las “lesiones cardíacas en ese batallar incesante”. Dicho escrito parece ser más una especie de memoria íntima, y se desconoce, o no queda claro si fue publicada o dirigida a alguien (o alguna autoridad) en particular. No obstante, el tono no dista mucho de sus ensayos breves que sí publicó en la prensa del país. Se tuviese que aclarar que dicho texto está fechado del 1901, aunque obviamente remite a experiencias anteriores. Es preciso citar a Giménez López para apreciar mejor el tono y sus reclamos:

(...) logra triunfar salvando a la madre o al hijo, sin que le arredrara el poder contagiar los suyos y aún a sí mismo; saca cuenta de sus honorarios, porque es muy razonable que viva del altar el que al altar sirve, y recibe por contestación que la cuenta es exagerada, que se cobra demasiado?...(...) Otras de las amarguras que tienen que paladear los médicos son las traiciones que con ellos se cometen, consultando clandestinamente, mientras asisten un enfermo con la mejor voluntad y buena fe, con curanderos y curiosos, y a veces, vergüenza da decirlo, con médicos poco escrupulosos, e ignorantes de la moral médica (...) Muchas veces he asistido enfermos graves y les he ayudado con dinero unas veces, con ropa otras, y las más con medicinas! ¡Cuántas veces he operado mujeres pobres, de parto con la misma asiduidad y consideraciones que lo hago con las que pagan! (...) El médico deberá ser lo más querido, lo más respetado hasta venerado en la sociedad. El médico guarda secretos de la vida íntima de las familias. Está enterado de miserias sin cuento; de debilidades mil. Al médico se le consultan asuntos de índole reservada; secretos de familia, que tal vez no se contarían a un sacerdote. El médico aconseja en casos muy difíciles. ¡Cuántas desvanecencias entre matrimonios no ha evitado el médico prudente y cuántos crímenes se hubieran cometido y que ha evitado el médico! ¡Cuántas dudas ha disipado llevando la tranquilidad a los hogares! (...) pobres médicos!—

Y la verdad es que una sola de estas satisfacciones hace olvidar cien de las decepciones afrontadas. Ver Esteban Giménez López, “Escapes de vapor”, en *Crónica del '98*, 39-50, 41,45-46.

médicos y los farmacéutas, respecto al problema de las diferencias en educación/peritaje e intereses económicos. Los médicos se quejaban de las faltas cometidas por los farmacéutas que dispensaban medicamentos o fórmulas no sancionadas, además de ser irregulares en sus preparaciones y/o hacían un uso cuestionable de los medicamentos²⁶²; críticas que destacaban la imagen negativa entre el farmacéuta y el lucro —cuando no asemejaban los “licenciados” al curandero en su búsqueda por la riqueza personal—²⁶³.

En este sentido, recurre la imagen del médico como héroe del pobre, que batalla contra la supersticiones e ignorancias que malogran al campesino, al proletariado, y en ese sentido se oponen a las “plagas sociales” del curandero y la comadrona que se aprovechan del pobre, a la prostitución y el alcoholismo como negocios que lucran a unos pocos y degeneran a muchos, e incluso a los excesos de las clases altas. Sin embargo, dichas críticas son también muy selectivas en sus estrategias para distanciarse y acercarse al “pueblo”. Por un lado, si bien los médicos podían presentarse como “pobres” y “arrancados” —en particular los médicos titulares²⁶⁴—, dicha imagen realizaba más su imagen heroica de mártir, de relativa proximidad moral e intimidad con lo que acontece con la gente —y deben entonces cargar también con todas esas preocupaciones— a la vez que los distanciaba dado que su educación y control de las emociones²⁶⁵ eran característicos de ellos como clase y profesión. Por ejemplo, Esteban Giménez López no duda en exponer que el médico “es uno de los mártires que puede figurar al lado de los maestros rurales incompletos²⁶⁶”.

²⁶² Ver Ledesma y Saldaña, “El hierro dialisado”, 463-65; K., “Mas sobre intrusos”, 182; Blanco, “Algunos inconvenientes”, 141-42.

²⁶³ Luis A. Torregrosa, “Persistamos”, *EMFPR* I, n°15 (1882), 281-282.

²⁶⁴ Hubo un reclamo repetido respecto a la mala paga de los médicos titulares, y esto podemos verlo en varios artículos de periódico de Giménez López. Ver Giménez López, “Predicar en el desierto [enero de 1899]”, en *Crónica del '98*, 187-89, 187; Giménez López, “Una opinión”, en *Crónica del '98*, 191-92, 191.

²⁶⁵ En unos consejos a un joven doctor, Esteban Jiménez López expone que el médico que atiende a un enfermo debe “tener un gran dominio sobre sí mismo”, evitando que el enfermo pueda leerle el rostro o inferir peligro alguno so pena de desmotivarse y empeorar. Por esa razón aconseja: “Mientras mayor sea el peligro más indiferente deberá aparecer el médico (...) Tranquilidad y alguna broma de buen género, a tiempo hace mucho bien”. Ver Esteban López Giménez, “Apuntes y enseñanzas médicas”, en *Crónica del '98*, 150-154.

²⁶⁶ Esteban López Giménez, “Otro Gaje para los médicos titulares [14 de noviembre de 1895]”, en *Crónica del '98*,

A su vez, y esto puede verse bien en las novelas de Zeno Gandía, encontramos en los médicos una simpatía con la figura del hacendado o profesional noble, a quien consideraban un tipo de modelo. Basta ver el personaje de Juan del Salto en *La Charca* cuyo carácter y reflexiones se antepónían a la supuesta lamentable pasividad, indiferencia e incluso nerviosa e histérica idiotez de los pobres. Ya varios análisis han apuntado a cómo en la obra de Zeno Gandía, hijo de un padre hacendado y proesclavista (lo cual no era para nada raro en realidad), estaba esa contradicción entre un discurso que buscaba “liberar” y mejorar las condiciones de vida de los campesinos a la vez que los presentaba, en tanto y en cuanto clase social y política, como incapaces de gobernarse y como una raza degenerada²⁶⁷. Igualmente, aquí se reitera un tono que acentúa la decepción, la apatía y la indiferencia como si fuese ya algo inherente al país.

Como ya mencionamos anteriormente, esta frustración parece ir de la mano con la insistencia en encontrar la causa orgánica, localizable y tratable vía un tratamiento médico y la necesidad de (re)educar al pueblo ignorante. No obstante, el tono pesimista de las elites y los médicos respecto a la (im) posibilidad de que las autoridades y/o el “pueblo” pudiesen comprender o tener la voluntad de llevar a cabo lo necesario para sanarse reforzó más la idea de que el país estaba inherentemente enfermo o “degenerado”. Esta perspectiva nihilista y racalista/racista parecía apuntar y justificar que, ante un pueblo enfermizo e inadaptado, la única salvación debía provenir de una intervención “externa” que regenerase al país. Los médicos consideraban que con su saber

165-67,166.

²⁶⁷ Para más detalles ver Javier Ordiz, “Crónicas de un mundo enfermo: la mirada crítica de Manuel Zeno Gandía”, en Eva Valcárcel (Ed.) *Literatura hispanoamericana con los cinco sentidos. V Congreso de la Asociación Española de Estudios Literarios Hispanoamericanos* (Coruña: Servizo de Publicacións, 2005): 501-505, 502; Michael Aronna, “El jíbaro bajo el microscopio: el cuadro de costumbres del campesinado puertorriqueño en la novela *La Charca* de Manuel Zeno Gandía”, *Horizontes* XXII, n°2 (2004): 227-31,230 ; Gabriela Nouzeilles, “La esfinge del monstruo: Modernidad e higiene racial en “La Charca” de Zeno Gandía”, *Latin American Literary Review* XXV, n°50 (1997): 89-107; Rodríguez Santan, “Conquests of”, 133, 150-54. Para argumentos en torno a cómo aparece el tema de la degeneración racial en Zeno Gandía ver Ileana Rodríguez-Silva, “A Conspiracy of Silence: Blackness, Class, and National Identities in Post-Emancipation Puerto Rico (1850-1920)” (PhD diss., University of Wisconsin-Madison, 2004), 127-150.

objetivo, neutral y científico podían lograr ese tipo de intervención que era “inmune” a los males físicos, sociales y morales del país. Como iremos viendo más adelante, y en los demás capítulos, he ahí una de las contradicciones del discurso de los médicos como clase privilegiada: la representación del país como “pobre”, “estancado” y “degenerado”, poco importaba si esto fue causado por la negligencia de las autoridades coloniales o las capacidades y carácter de los puertorriqueños, también cuestionaba las capacidades de la clase médica para gobernar en torno a asuntos de higiene y sanidad en el país. Para entender mejor esto, es preciso que primero atendamos a los modos que se representó la salud y la enfermedad en Puerto Rico para finales del siglo XIX.

III. El discurso de higiene y modos de representación del enfermo

Para conservar la salud tiene el hombre que atender á dos cosas: tiene que atender á si mismo y tiene que atender á lo que le rodea, tiene que poner á su organismo, ó mantenerlo en estado de resistir los ataques que le vienen del exterior, y tiene que evitar la influencia de los elementos extraños y contrarios que, cercándole por todos lados, pueden atacarle en un momento determinado (...) Buen método en la vida, buena alimentación, pura y sana, vestidos adecuados, limpia habitación, capaz y bien aireada, agua sin impurezas, apropiados ejercicios, trabajo ordenado, placeres encauzados, limpieza extrema, todo esto hace que el organismo se conserve vigoroso y (hay que desengañarse) á ruda fortaleza es muy difícil que pueda vencerla el enemigo, que en este caso es la traidora enfermedad²⁶⁸.

Con estas palabras y ante una audiencia obrera, Manuel Martínez Roselló define, en el 1895, de forma educativa (sin tecnicismos) lo que debe hacerse para “conservar la salud”. En este listado encontramos resumidos los elementos que más se van a repetir en el discurso médico-higiénico de finales de siglo: “espacios aireados”, “vestimentas adecuadas”, “limpieza extrema”, una “alimentación pura y sana”, “ejercicios apropiados”, “trabajo ordenado” y “placeres encauzados”. Vale notar aquí esos significantes, concadenados entre sí: sano, puro, limpio (al extremo), ordenado, apropiado, adecuado e incluso encauzado. La finalidad de dicho régimen acentúa también otros significantes pertinentes, relacionados a la “conservación” y el “mantenimiento del

²⁶⁸ Manuel Martínez Roselló, “*La Higiene de los Pueblos*”, Conferencia celebrada en el “Taller Benéfico” de Patillas, Biblioteca de la “*Revista Obrera*” (Ponce: Establecimiento tipográfico “El Vapor”, 1894), 7.

organismo”, el vigor y las resistencias ante unos “ataques” que provienen de una enfermedad que es significada como un “enemigo exterior”, de “elementos extraños y contrarios” y “traidora”. Dicho lenguaje no debe tomarse como efecto de una simple “vulgarización” o de una exageración retórica anómala o idiosincrática, sino que, como Canguilhem sospechaba, la salud es un concepto epistemológicamente vulgar²⁶⁹. Entiéndase por esto que, y a tono con lo señalado en el primer capítulo anterior, dicha conceptualización no fue el producto de una reflexión filosófica o analítica a partir de una serie innovadora de observaciones clínicas o experimentaciones, sino que se nutre de una serie de premisas, analogías y retóricas ideológicas, metafísicas y morales/moralistas

Al acercarnos a las explicaciones y conceptualizaciones respecto a qué es la salud (o lo saludable) y qué es lo que enferma notamos que la primera sigue nutriéndose de una serie de generalizaciones que refuerzan los ideales y búsquedas de la Modernidad y el Progreso —en particular, contra de la “vagancia”—, mientras que la segunda ofrece otras complejidades, no menos sesgadas claro está, pero que permiten comprender mejor cómo ciertos referentes teológicos van “medicalizándose” —integrándose al vocablo y terminología médica— e instancias de teorías racialistas y clasistas van acomodándose, en ocasiones de forma errática y contradictoria, con las nuevas teorías infección microbiológica. A todo esto, debemos añadir cómo en esta época se va integrando el lenguaje médico-moral del alienismo (el cual buscaba legitimar su autonomía como práctica científica) a las discusiones médicas y sociales, el cual ofrecía una mirada medicalizada de la moral y de las “infecciones” del alma, la mente y la voluntad. Mientras las teorías de infección de la microbiología buscaban identificar entidades discretas que explicasen la causa de las enfermedades, las teorías psiquiátricas (si nos permitimos llamarlas así) identificaban ciertos “vicios” y conductas irracionales como signos de una “degeneración” que era inherente a ciertos

²⁶⁹ Georges Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004), 52-53.

grupos, ambientes y actividades, cuando no eran simplemente hereditarias (siguiendo las teorías de degeneración de Morel).

Como iremos viendo, tenemos aquí una constelación compleja de especialidades y conocimientos que van a apuntar, en su mayoría, a las mismas imágenes de degeneración y pobreza a través de un discurso higienista. En este discurso higienista confluyen, para finales del siglo XIX, conocimientos de las teorías emergentes sobre etiología microbiológica, teorías de degeneración y alienismo, resguardos equívocos de la teoría miasmática e imaginarios y prejuicios sociales y moralistas en torno a lo que era “bueno”, “sano”, “limpio” y “saludable”. La pobreza y la ignorancia van a ser dos de los objetos predilectos dentro del discurso higienista. No es de sorprender que los perfiles de la enfermedad son usualmente reducidos a las figuras supuestamente “enfermizas” del campesino, la mujer (sobre todo la campesina) y de “lo negro” (desde y, por extensión, el campesino negro hasta el mestizo).

A. Salud, trabajo, armonía y moralidad

Durante el periodo estudiado, las nociones de “equilibrio” y “armonía” eran recurrentes para describir lo que era la salud o lo saludable, y, en un tono casi reminiscente a Aristóteles (y a Hipócrates), se asociaba al “justo medio”—o sea a la virtud misma—²⁷⁰. En este contexto la salud era robustez y resistencia, era manifestación digna de la voluntad y opuesta a la pereza/vagancia²⁷¹, y por eso era también “trabajo en potencia”, un “desarrollo armónico” que permite luchar contra obstáculos morales y físicos. Dichos obstáculos son el apasionamiento, la locura y la enfermedad, tres fenómenos que suponían ser distintivos, pero muchas veces eran representados como

²⁷⁰ Miguel Portero, “Los cloruros en el tratamiento de la conjuntivitis purulenta”, *EMFPR* I, n°21, 401-03, 402; “Los dos polos”, *LS* I, n°5 (1883), 75.

²⁷¹ Por ejemplo, en un artículo publicado en *LS* se define a la salud como una “ordenada libertad” que “desarrolla facultades, sacude perezas y atesora resistencias, que sosiega, complace y robustece el ánimo”. En este mismo texto se añade que la salud que produce “pasmosas manifestaciones del poderío de la voluntad humana”, “honrosas riquezas, digna fama y venerable”, “longevidad dar cima con la santa felicidad de la tranquila conciencia. “Contra los miasmas, I”, 5

sinonímicos o de forma metonímica (por ejemplo, las pasiones como enfermedades o locuras). En otras palabras, los tres obstáculos mencionados constituían todo aquello que viciaba las aptitudes y llevaba a privaciones debido a defectos de acción o faltas de percepción (vale notar como estas descripciones son descritas como síntomas²⁷²). El trabajo —ese castigo de la “culpa primera”, ese “estado social” que creaba “lazos de unión y dependencia²⁷³— era “fuente de salud” y “ley de cumplimiento ineludible” y el que no trabajase era como un hongo y/o un parásito que estaba en una “inacción improductiva”²⁷⁴.

Vale notar cómo en esta relación entre trabajo y salud encontramos referentes religiosos que obviaban la presencia de conflictos sociales o de desigualdades sociales en torno a las condiciones laborales y de producción económica. Esta relación higiénica acentuaba la voluntad y el esfuerzo, tanto físico como moral, a través de analogías entre las labores físicas y el ejercicio. Esto puede verse en una serie de artículos publicados en *LS* donde se trazaban analogías entre el ejercitarse/hacer ejercicio y el trabajar como modos de fortalecer la “economía” del cuerpo²⁷⁵. El ejercicio “bien dirigido y ordenado” era una “regularización más perfecta” de las funciones, permitiendo mantener un equilibrio entre lo físico y lo moral, una “armonía de las formas”²⁷⁶ que

²⁷² “Salud y pesetas”, 37.

²⁷³ “Cuatro palabras. II”, 109.

²⁷⁴ “Cuatro palabras”, *LS I*, n°6 (1883), 87-89; “Cuatro palabras. II”, *LS I*, n°7 (1883), 109-111, 111

²⁷⁵ Por “economía del cuerpo” nos referimos al concepto, muy utilizado aún en el siglo XIX de “economía animal” para designar los mecanismos y dinámicas de la fisiología del cuerpo humano. No es extraño ver que en estos textos se aluda a la “economía” del cuerpo y con ello se esté hablando en torno al funcionamiento correcto del cuerpo fisiológico. A su vez, hemos de sospechar que esta relación entre trabajo, ejercicio y salud invocaba ciertos preceptos de la “economía natural”, tal cual como lo entendía la historia natural (lo que hoy llamamos “biología”). Ya desde Carlos Linneo, en el siglo XVIII, encontramos la noción de una armonía entre los seres vivos, sus funciones y el “medio” (digamos el ambiente). Ciertamente es que para el siglo XIX, los debates evolucionistas cuestionaban esta noción de “economía natural”, criticando la existencia de una armonía preestablecida o fija. No obstante, la noción de que debía existir una armonía entre las funciones del cuerpo y del medio va a continuar durante todo el siglo XIX y hasta el siglo XX. La diferencia crucial es que las posturas de finales del siglo XIX van a insistir en que era posible modificar y transformar al entorno para “adaptarlo” mejor al individuo (o viceversa). Esto lo veremos más claramente en los próximos capítulos cuando entremos en las teorías eugenésicas. Respecto al debate de la economía natural ver Gustavo Caponi, “El viviente y su medio: antes y después de Darwin”, *Scientia Studia IV*, n°1 (2006): 9-43, 10-11, 31-34.

²⁷⁶ “Cuatro palabras. V”, *LS I*, n°10 (1883), 158; “Cuatro palabras. VI”, *LS I*, n°11 (1883), 168-71, 171

combatía la imaginación y la ociosidad —“madre de todos los vicios²⁷⁷—. Esta insistencia en que debe “reinar” cierta armonía, donde cada parte es un elemento imprescindible dentro de un todo orgánico de un cuerpo compuesto de múltiples organismos cohesivos entre sí, reforzaba una concepción de economía de la salud en la cual cada asociación es orgánica, y cada parte (e inclusive persona) debe contribuir con su cuota²⁷⁸. Inclusive, vale notar cómo esta visión sobre la “armonía”, que selectivamente invocaba la voluntad individual y un orden preestablecido y determinista, obviaba discutir, de forma igualmente selectiva, las causas ambientales de la pobreza y la desigualdad económica—típico de la visión “organicista” de la época²⁷⁹—.

Desde este registro discursivo, no trabajar causaba enfermedades —apoplejías, obesidades, parálisis, gota, diabetes y, entre otras, congestiones sanguíneas²⁸⁰ — y en ese sentido “causan más *trabajos* que el trabajo mismo de que huimos estúpidamente²⁸¹”. Dentro de esta organización de la sociedad, la vagancia, la ociosidad y la holgazanería, junto a las demás intemperancias (como

²⁷⁷ “Cuatro palabras. VII. El Trabajo”, *LS I*, nº12 (1883), 188-190, 188-89.

²⁷⁸ “Cuatro palabras, VII”, 189.

²⁷⁹ Desde mediados del siglo XX, la “teoría organicista”, asociada a Herbert Spencer (1820-1903), fue criticada por varios teóricos marxistas, sociólogos e historiadores por ser una teoría burguesa que trazaba analogías reduccionistas entre la estructura de la sociedad y la de los organismos. Spencer aludía a la dimensión orgánica de la sociedad, influenciado por el positivismo de Augusto Comte, para explicar cómo la sociedad, igual que un organismo, aumentaba su masa, su complejidad estructural y diferenciación de funciones. Los inicios de toda sociedad eran caóticos y bélicos y su desarrollo dependía en gran parte de la guerra y la conquista, la cual iba, paulatinamente instaurando orden. Vale notar que, de esta forma, Spencer naturalizaba la guerra como un dato biológico que supuestamente regulaba las sociedad de forma similar a como lo hacía La Selección Natural en Darwin. Los cuerpos políticos mejor organizados eran los que sobrevivían y esto llevaba a una estratificación natural de la sociedad. De esa forma, el darwinismo social spenceriano podía interpretar la desigualdad social y de clases como si fuese un fenómeno natural. Las teorías de Spencer apelaron a algunos industrialistas e ideologías de derecha como eran Andrew Carnegie y William Graham. Ciertas perspectivas médicas y sociológicas adoptaron esta perspectiva y se asociaron con el malthusianismo, la eugenesia y posturas racistas. Para más detalles en torno al organicismo de Spencer ver “Teoría orgánica de la sociedad”, en *Diccionario de filosofía*, Iván T. Frolov (ed.) (Moscú: Editorial Progreso, 1984), 422. Accesado en <http://www.filosofia.org/enc/ros/te11.htm>; “Escuela biológica en sociología”, en *Diccionario de filosofía*, Iván T. Frolov (ed.) (Moscú: Editorial Progreso, 1984), 140-141. Accesado en <http://www.filosofia.org/enc/ros/escu.htm>; Salvador Giner, *Historia del pensamiento social* (Barcelona: Ariel, 1982), 596-604; David Weinstein, “Herbert Spencer”, en *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (edición del 2019), Edward N. Zalta (ed.). Accesado en <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/spencer/>. Para una crítica de este tipo de postura organicista, en la medicina y sociología de finales del siglo XIX ver Canguilhem, *Escritos de medicina*, 102-108.

²⁸⁰ “Cuatro palabras. VIII. El Trabajo”, *LS I*, nº13 (1883), 200-202, 201.

²⁸¹ “Cuatro palabras. VIII”, 201.

el alcoholismo), enferman, endeudan y desorganizan a la sociedad. Vale notar como no trabajar es no ejercitarse racionalmente (y viceversa) y, por consecuente, es la inacción misma, es privarse de ejercitar un poder físico e intelectual. Inclusive van a aludir a que dicha inacción es como vivir “en una sociedad de estatuas²⁸²”, imagen que, como se ve a continuación, también aparece aludida en *La Charca*.

Vale detenernos brevemente en el caso de la novela de Zeno Gandía, en la que esta imagen es invocada por el personaje de Juan del Salto como un símbolo de la sociedad puertorriqueña, sobre todo de “la raza” (sin especificidad aparente alguna). Zeno Gandía inserta este símbolo en una de sus discusiones “filosóficas” con sus colegas, el padre Esteban y el doctor Pintado, y va a llamarlo el “régimen de la estatua”. En dicho “régimen” —y nótese el juego entre el lenguaje médico y el gubernamental— “la raza” es una estatua puesta en un pedestal, y se antepone un artista llamado Restricción que desea embellecerla y conservarla. Este artista la sacude, hostiga y conmina a moverle de “su órbita”, pero la raza se mantiene inmóvil. Después aparece otro artista llamado Expansión, que “ensanchará la base, tejerá coronas de laurel para la frente de la estatua, la colmará de bienes, le dará alas²⁸³”. Sus colegas se quedan estupefactos ante esta analogía, inquietos por la inmovilidad del símbolo que aparenta ser un dédalo y por el hecho de que “ante ninguno se mueve”, y da igual “lo blanco” que “lo negro”, el “prosperar” que el “estacionarse”, la “expansión” que la “restricción” —“Palo si bogas y palo sino²⁸⁴”—.

Ante eso, Juan del Salto alude a la necesidad de “animar” a dicho cuerpo, refiriéndose a aquellos elementos “físicos” y “vitales” que lo mueven —corazón, nervio y cerebro—²⁸⁵, pues si

²⁸² “Cuatro palabras. VIII”, 201.

²⁸³ Manuel Zeno Gandía, *La Charca* (San Juan: Editorial Plaza Mayor, 2011), 254.

²⁸⁴ Zeno Gandía, *La Charca*, 254.

²⁸⁵ Juan del Salto en *La Charca*: “Pues a ese punto quería venir a parar. Lo que se necesita es animar la estatua; corazón que palpite, alma que aliente, nervio que transmita la corriente volutiva, cerebro que piense. Sólo en ese caso apreciaría la estatua el alcance de cada uno de los artistas, sólo en ese caso sería apta para elegir entre ambos, para ser engrandecida o para engrandecerse ella misma. Pues si ustedes colocan a la raza en el pedestal de la estatua, resultará

estos están presentes la “raza inmóvil” será capaz de apreciar y elegir. En otras palabras, hacía falta darle movimiento y acción a ese cuerpo inmóvil, había que darle “voluntad” para liberarlo, pero a su vez también había que corregirla a través de esa tensión entre la restricción y la expansión. La analogía médico-política es evidente y alude a lo que se debe hacer ante un cuerpo enfermo o que tiene disnea (dificultad para respirar) para “animarlo” /hacerlo respirar vida nuevamente: “Si al pecho que respira mal se le da aire aun cuando transitoriamente no lo respire bien, a las razas inmóviles se les da libertad, expansión, aunque todavía no sepan removerse en la anchura”²⁸⁶. De inmediato aquí parece haber una visión aparentemente autonomista y liberal, pero, no obstante, también paternalista y racalista. Se trata, después de todo, de un cadáver que requiere ser animado.

Zeno Gandía, como narrador, también utilizó la imagen de la estatua para referirse a la campesina Silvina, quien al final, al aparentemente “liberarse” de los lazos abusivos de sus opresores, termina en una suerte de “crisis homicida”, precipitándose a su muerte. Su cadáver destrozado sobre una piedra parecía un “alto relieve tallado en granito”, y bajo la luz tenue de la tarde le daba la apariencia de una “escultura sepulcral”. Se trata de una imagen bella pero trágicamente horrificada. Ambas imágenes de la estatua parecieran aludir al problema de la gubernamentalidad de una raza/sexualidad degenerada²⁸⁷. La figura del líder/médico/hacendado es representada como aquella que puede facilitar/guair el proceso de energizar/dar vida/liberar “la raza”, para entonces corregirla/higienizarla. Para Juan del Salto se trataba de un asunto de “sentido común”, de sentar unas bases mínimamente físicas. Sin estos mecanismos presentes, la

que lo primordial es alma, corazón, nervio, cerebro y voluntad; que lo importante es la solución del problema físico”. Ver Zeno Gandía, *La Charca*, 254.

²⁸⁶ Zeno Gandía, *La Charca*, 255.

²⁸⁷ Anibal González ofrece una lectura nietzchiana y algo posmoderna del texto de Zeno Gandía que, si bien reconoce las metáforas organicistas/mecanicistas de la analogía de Juan del Salto, no logra contextualizar dicha interpretación con las teorías médicas y racialistas de la época. Al contrario, Gabriela Nouzeles ve en esta analogía elementos de los discursos sobre higiene racial que vinculaban raza, sexualidad y degeneración. Para más detalles ver Anibal González, “Turbulencias en La Charca: de Lucrecio a Manuel Zeno Gandía”, *MLH* XCVIII, n°2 (1983): 208-25, 220; Nouzeilles, “La esfinge del monstruo” 97-98; Zeno Gandía, *La Charca*, 287-88.

inmovilidad y la “liberación” pudiesen culminar en una crisis/ataque histérico-nervioso-anémico mortal (como fue en el caso de Silvina). Otra vez nos encontramos ante la imagen de una inclinación natural del campesino hacia la degeneración y la debacle. Por el momento dejemos esta imagen en suspenso y prosigamos con las anteriores analogías.

Si retomamos lo discutido en esta sección, las analogías entre trabajo, ejercicio y salud, junto a sus antípodas, la enfermedad, la inacción y lo que desordena (como las intemperancias), podemos entrever que el cuerpo del puertorriqueño, en particular los campesinos y/o los pobres, carece de dirección, armonía y ordenamiento. Parece que hay algo inherentemente viciado y carente, y esto nos reenvía a la imagen predilecta, junto a la apatía y la indiferencia, de la vagancia dentro de los discursos higienistas y moralistas. La connotación del “vago” como un perezoso vicioso que no trabajaba va a utilizarse también por médicos para aludir a los ebrios y los encarcelados²⁸⁸. Dicha patologización del “vago” puede entreverse desde la distinción entre “verdaderos pobres” y “falsos pobres”, presente en el país desde inicios del siglo XIX²⁸⁹. Aunque los médicos reiteraban que la

²⁸⁸ La imagen del ebrio como peligroso, degenerado y que no trabaja era común en la época, aún entre los médicos que se presentaban como humanitarios y compasivos. Por ejemplo, Esteban Giménez los describe de la siguiente forma: “Son individuos faltos de todo sentido moral, vicios, vagos, corrompidos y no pocos sanguinarios (...) Individuo que por su mala vida y abuso de bebidas alcohólicas tiene su salud deteriorada (...) Jamás ha trabajado para librar su subsistencia (...) los fondos públicos le han suministrado estando en la cárcel por embriaguez, escándalos, heridas (...)”. Respecto a la imagen del presidario como vago, basta ver como en el ya aludido reportaje por el editor de *La Salud* señala como volver a la cárcel es la forma de burlar la justicia y comer sin trabajar: “Concluida la condena no tardará en volver, pues que la experiencia enseña, la manera de burlar la justicia y resolver el problema de la vida con el menor cansancio posible: afuera como adentro, comer sin trabajar”. Ver Esteban Giménez López, “Plaga Social [6 de noviembre de 1895]”, en *Crónica del '98*, 223-25, 223-24; “A la cárcel...lector!”, 230.

²⁸⁹ En el 11 de enero de 1813, en una reunión del Cabildo de San Juan, se informa que se necesita de una Casa de la Misericordia “donde se recojan los verdaderos pobres mendigos que andan por las calles pordioseando, con harto dolor de las almas sensibles” y que ven “arrebatar las limosnas que se deben a ellos sólo, porque una tropa de holgazanes viciosos, tal vez rufianes, que con la capa de pobres tienen franca entrada en las casas, y en ella la facultad de maldecir, hurtar pervertir la honestidad”. Aquí vemos una instancia de clasificación sobre aquellos “que vagan” y no eran “verdaderos pobres”. Tal población estaba compuesta principalmente por negros y muchachos (digamos jóvenes o lo que hoy pudiese llamarse “adolescentes”). En tal reunión del cabildo se ofrecen inclusive distintos perfiles sobre los “verdaderos vagos” y “falsos pobres”, que pudiéramos resumir como: 1) los esclavos inútiles (o “desembarazados” de sus amos ya que de nada les sirven) sin posesión alguna; 2) los muchachos que sí tienen posesión y casa (en lugares como Cangrejos y Hato del Rey) pero al ir a la ciudad se aprovechan para pedir limosna; 3) los muchachos y las muchachas capaces de sostener trabajos pero que asumen la limosna ya que son hijos de “hombres malos” (dedicados a ser jugadores y fulleros) y/o mujeres de “pésima reputación” (prostitutas o entregadas al ocio (el cabildo no parecerse hacer mucha distinción entre ambas agrupaciones) y al parecer sirven de suplencia a los vicios de sus padres (o los “sustituyen”). Sean o no estos perfiles los que realmente se utilizaron para diferenciar los

imagen de vagancia e indolencia era injusta cuando se utilizaba para referirse al jíbaro anémico y/o “pobres de verdad”, una y otra vez los propios médicos, intencionadamente o no (poco importa) emparentaban los problemas de productividad laboral/económica con los de salud.

Estos vínculos y analogías sugestivas entre los cuerpos que trabajan/son productivos y los cuerpos vagos, indiferentes y enfermizos nos permiten apreciar como existía un ideal de salud, promulgado por médicos, que tenía que ver poco con datos empíricos, biológicos y médicos. Lo que encontramos es una noción teleológica de que la salud es el “fin” y la “misión del hombre”; y tal marcaba su potencial de desarrollo vital/de vigorosidad, de acción y de trabajo, y en ese sentido iba más allá de mantener sano el cuerpo y el alma²⁹⁰. Pero esta era una teleología que constantemente competía y luchaba por su existencia; similar a los gérmenes no podía descansar, y tenía que siempre ejercitar cuerpo y alma. Se trataba de un curioso dualismo recíproco entre alma y cuerpo —“el alma necesita del cuerpo para manifestarse” y “el hombre debe prestar igual atención y cuidado al espíritu y á la materia²⁹¹” — que reforzaba las exigencias laborales dirigidas a los trabajadores, en particular a los campesinos. El trabajo es equiparado a salud, potencia y vida, los tres ligados como una suerte de protección contra la enfermedad, o, para ponerlo de otra manera, el “trabajo constituye el encanto más poderoso de la vida, es la vida misma, es un precioso talismán para muchas enfermedades del alma y aun del cuerpo²⁹²”. Si bien el reposo era un ideal, en particular para el rico, había que ejercitar el cuerpo y la inteligencia, evitando el exceso del trabajo en el pobre —el “trabajo obligatorio”— y la inacción en el rico —el “trabajo

“verdaderos pobres” de los “falsos pobres”, tales nos muestran al menos ciertas premisas y entendidos sobre quiénes eran los sujetos destinados a ser objeto de caridad (e incluso algo de disciplina/corrección y educación) a través de la Casa de Misericordia y quienes requieren otros medios correctivos menos compasivos. Ver “11 de enero de 1813”, en *Actas del Cabildo de San Juan Bautista de Puerto Rico; 1812-1814*, ed. Aida Caro de Delgado (San Juan: Publicación Oficial del Municipio de San Juan, 1968), 58-9.

²⁹⁰ “Tres causas de atraso, I”, 49-52.

²⁹¹ “Tres causas de atraso. I”, 49-50.

²⁹² “Cuatro palabras. VIII”, 201.

voluntario²⁹³—, para así mantener sus respectivas riquezas.

Notemos aquí como se mantiene saludablemente la armonía, en una especie de *status quo* medicalizado y ejercido racionalmente. La desigualdad económico-política es reducida a un problema de régimen de ejercicios y voluntades. La salud era una riqueza²⁹⁴, y como tal, podía ser robada, heredada o trastornada por caprichos²⁹⁵. Por ende, lo crucial era “preservarla”. La equivalencia entre riqueza económica y salud física (y posiblemente mental) reforzaba una imagen oportunamente abstracta e individualista de la importancia del trabajo (por el trabajo mismo) que eclipsaba las desigualdades en las condiciones laborales y, entre otras cosas, cómo ciertas “riquezas” fueron el producidas por medios de explotación poco sanos o saludables.

Como veremos más adelante, estas antinomias entre salud-enfermedad, riqueza-pobreza, trabajador-vago, vitalidad-degeneración/vicio no son, y hay que reiterarlo, simples analogías utilizadas de forma laxa o simplemente ajenas o independientes de las teorías medicas y sus prácticas. Por ejemplo, las analogías discutidas entre salud, trabajo y riqueza nos permiten ver la presencia de una retórica parcialmente voluntarista que selectivamente invocaba al individualismo, la voluntad y a la responsabilidad individual como atributos de la salud y antídotos en contra de la pobreza y las enfermedades asociadas a la pobreza. Hasta cierto punto, este tipo de retórica articulaba argumentos médicos de índole “psicologicista” en torno a la conducta y volición de las

²⁹³ Según el galeno (muy posiblemente Valle Atilas), tanto el “trabajo voluntario” como el “trabajo obligatorio”, sea ya el trabajo rudo del pobre, el cual no debe excederse en sus fuerzas, pero debe trabajar para alcanzar la riqueza material, o el ejercicio para el rico —dado que su destino es el reposo—, el cual debe evitar la inacción para así no perder la riqueza material, son imprescindibles para conservar la salud, la longevidad y la “riqueza”. “Cuatro palabras. VIII”, 201-02.

²⁹⁴ Ver “Cuatro palabras. VIII”, 200-202

²⁹⁵ En ese sentido la “riqueza” de la salud podía no siempre gozarse, y podía en ocasiones ser heredada, robada o expuesta a toda suerte de caprichos que trastornan “el bello ideal de distribución según los merecimientos individuales”. Notemos como estos problemas de “distribución” ideal son supuestamente ocluidos por razones caprichosas o individuales. En otras palabras, el problema del “mérito”, sea ya en lo que respecta a la salud o la economía de ciertos grupos, no es analizado ni pensado a partir de las estructuras sociales o de la existencia de condiciones desiguales a nivel socioeconómico que fuesen más allá de la voluntad individual e inmediata. Ver “Salud y pesetas”, 38.

clases pobres que se parecen a lo que la socióloga Sylvia Noble Tesh llamó *Personal Behavior Theory*²⁹⁶ o las observaciones hechas por Enric Novella en torno a la “psicologización” (o el “*homo psychologicus*”²⁹⁷) de los problemas sociales. Este tipo de “psicologización” se nutría también de las teorías de degeneración y asumía una perspectiva clasista y nihilista en torno a la posibilidad de reformar las condiciones del ambiente, educar a las “masas” o simplemente “despertar” la

²⁹⁶ Sylvia Noble Tesh hace una revisión de las distintas teorías y explicaciones que existían en el siglo XIX, y entre tales alude a un conjunto de “teorías” o argumentos que se centraban en la conducta personal de los individuos destacando como la falta de ejercicio, dietas mal hechas, pobre higiene y tensión emocional eran los focos de atención a nivel de políticas preventivas. Tesh llama este conjunto de teorías *Personal Behavior Theory* y, el modo que la autora las interpreta se parece a los argumentos que otros autores han hecho, como Enric Novella y Georges Vigarello, en torno al *homo psychologicus* y el higienismo —para más detalles ver discusión en el capítulo anterior en la secciones de “medicalización de la locura” e “higienización de la vida cotidiana” —. Para nuestros fines, este tipo de explicación que ofrece Tesh encaja con las explicaciones “psicologicistas”, usualmente con tonalidades de clasistas, que existían en médicos y alienistas de finales del siglo XIX. Lo pertinente es notar, como lo demuestra Tesh, que este enfoque en la “conducta personal” destacaba la noción de responsabilidad individual y se asociaba no solo con teorías medicas e higiénicas sino con nociones sobre temperancia. Es aquí en donde encontramos explicaciones que enlazaban la anemia, o inclusive la “debilidad” y la “fatiga”, con la mala dieta, la falta de voluntad y de ejercicio. Por ejemplo, Noah Webster, para finales del siglo XVIII brindaba consejos en torno a cómo comer adecuadamente y evitar excederse demasiado con ciertas labores para así no sobreexcitarse. Este tipo de enfoque lo vemos también en autores como George Cheyne (y su noción del *English Maladie*) y en las teorías de neurastenia. Según Tesh, este tipo de explicación se asemejaba a las explicaciones sobrenaturales sobre las causas de las enfermedades porque consideraba a la enfermedad como un evento personal y no uno político y económico que requiere de intervención del Estado. Este tipo de teoría ignoraba el problema de la pobreza o lo simplificaba, reforzando una solución que iba a tono con los valores burgueses del control de las emociones y una conducta temperada. Ver Matthew Willis, “Blaming people for getting sick has a long history”, *JSTOR Daily* (15 de Junio de 2020). Accesado en <https://daily.jstor.org/blaming-people-for-getting-sick-has-a-long-history/>; Tesh, *Hidden Arguments*, 21-24.

²⁹⁷ En el capítulo anterior se discutieron los argumentos del historiador español Enric Novella en torno a la conceptualización del “hombre psicológico” —ver notas n°96 y n°126. Sin embargo, es preciso que ubiquemos el origen del término, que se da durante finales del siglo XIX y su relación con las teorías de degeneración. El historiador alemán Carl Schorke acuñó, para mediados del siglo XX, el término “hombre psicológico” para identificar cómo en el siglo XIX el modelo del “hombre racional/ilustrado” fue descartado o paulatinamente sustituido por el modelo biológico o “biologicista”. Este modelo del “hombre psicológico”, que algunos como el historiador Enric Novella apodan bajo el nombre *homo psychologicus*, es producto de la literatura y visión de mundo del *fin de siècle* y las teorías de degeneración. La visión de mundo, pesimista, determinista y decadente de *fin de siècle* no fue un fenómeno exclusivamente francés (asociado a las teorías de B.A. Morel), y tendrá sus particulares apropiaciones en Inglaterra (con la teoría de eugenesia de Francis Galton), Alemania (Max Nordau y su noción de arte degenerado) e Italia (la criminología de Cesare Lombroso). En España tenemos la noción de una herencia degenerada, supuestamente inherente en los latinos (algo de esto también está en Lombroso), que requería avivarse, revitalizarse o “regenerar”. En Latinoamérica y en el Caribe encontramos una noción similar a la española a través del concepto de “Pueblo Enfermo”, en donde confluyeron no sólo las teorías de degeneración y eugenesia sino las de medicina tropical. Ver Carl E. Schorske, “Politics and the Psyche in fin de siècle Vienna: Schnitzler and Hofmannsthal”, *The American Historical Review* LXVI, n°4 (1961): 930-46; Novella, Enric J. “La política del yo: Ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX”. *Asclepio* LXII, n°2 (2010): 453-482; Michael Aronna, ‘*Pueblos Enfermos*’: *The discourse of illness in the turn-of-the-century Spanish and Latin American Essay* (Chapel Hill: Lexington, 1999), 13.

voluntad apática de las clases “bajas” e “inferiores”.

Este tipo de retórica y “teorización” va a pervivir y rearticularse a través de la primera mitad del siglo XX, y no será raro ver cómo confluían imágenes vitalistas/voluntaristas y organicistas/mecanicistas en los argumentos racialistas, eugenésicos y maltusianos de algunos médicos en Puerto Rico (como Valle Atilés). Lo sorprendente de este tipo de retórica es cómo tal podía, de forma muy lúcida, apuntar a que existían problemas ambientales y entidades microbiológicas (por ejemplo, bacterias) que iban más allá de la voluntad y de los recursos de la mayoría de los puertorriqueños, y que, por lo tanto, requería de asistencia e intervención estatal. Igualmente, esta misma retórica asumía una postura nihilista que culpabilizaba a los puertorriqueños enfermos, calificándolos de apáticos e ignorantes, y veía como única alternativa de intervención la instauración de mecanismos de limitaran la prole, en particular cuando percibían que la degeneración era un asunto irreversible y hereditario. Esto lo veremos más claramente en el próximo capítulo.

Lo pertinente es notar que pese a la imagen que los médicos tenían de sí mismos, en torno a su loable misión y sus intenciones heroicas —y nuevamente esto sin desacreditar el ejercicio del arte hipocrático y de la efectividad de sus terapias— nos encontramos ante un discurso sobre lo saludable que, más que “vulgarizado”, revelaba la ilustrada banalidad e intereses de las clases pudientes e “ilustradas”.

B. Explicaciones causales asociadas a la pobreza, las pasiones y la raza: El “enemigo invisible” y “Las Causas de atraso”

Existe, vive en esta hermosa Isla una población, y no es la menos numerosa, vegetando (permítaseme la frase) entre ciénegas y pantanos sostenida con alimentos vegetales y bebiendo aguas gansosas. Ya en este terreno el médico no puede hacer otra cosa que aconsejar, y sus consejos no siempre son buscados por las personas encargadas de velar por la salud y bienestar de los pueblos que dirigen (...) justo y humanitario sería que se procurase por aquellos á quienes corresponda, sanear, limpiar y hacer desaparecer mucho de esos terrenos pantanosos

é incultos²⁹⁸.

En ocasiones, si obviamos las banalidades discutidas en la cita anterior, resulta difícil descifrar qué es lo que verdaderamente no enferma. Ser pobre implicaba estar “vegetando” ante las inclemencias de un ambiente y clima enfermizo. Este “vegetar” no aludía solo a una falta de movilidad o cansancio, sino que jugaba con la imagen de vagancia, estancamiento y fermentación de enfermedades²⁹⁹. Por lo general, las teorías de “aclimatación” apuntaban a que las personas pobres no se “aclimataban” adecuadamente a ciertos ambientes que eran “enfermizos”, como era el calor en los trópicos. Igualmente, algunos médicos tenían la preocupación de que existiesen espacios que no podían ser “saneados” y, por consiguiente, “civilizados” porque eran espacios que, por su naturaleza, eran endémicos a ciertas enfermedades que imposibilitaban el desarrollo de ciertos progresos. Por eso encontramos algunos médicos que insistían que sí era posible “aclimatar” y mejorar un ambiente, siempre y cuando se pudiesen poner en práctica una serie de medidas que transformasen aquellos espacios endémicos a enfermedades y fiebres como la malaria, la fiebre amarilla y la tuberculosis. Algunos acentuaban más el clima de suyo como problema³⁰⁰, pero la tendencia general en Puerto Rico era acentuar más los problemas del “medio”

²⁹⁸ Rey, “Estudios sobre el paludismo”, 86

²⁹⁹ El juego semántico no es muy osado si se considera que en la época se hablaba sobre cómo las infecciones “vegetan y propagan”, en el sentido de que “germinan” y “crecen”. La correspondencia semántica entre “gérmenes”, “germinar” y “vegetar” permite también que en este tipo de argumento el crecimiento apunte a la “fermentación” (como lo entendían las teorías pasteurianas) y por consiguiente, apunta a la propagación de infecciones. Este tipo de imagen la vemos no solo en Rey sino en otros médicos. Por ejemplo, veamos como aparece en el médico Pina y Casas: “Se puede suponer que existen ciertos organismos que generalmente vegetan y se propagan en las descomposiciones ricas en materia orgánica, ó en las plantas, ó aun también en los animales inferiores, pero que por condiciones especiales se transmitan al hombre y encontrándole campo fértil, en él se desarrolle y forme la causa especial de una enfermedad infecciosa que por mucho tiempo se transmita de uno ó a otro sér humano”. Asimismo, la comparación despectiva entre plantas y seres humanos no era rara en la época y evoca, como aparece un en la RAE, una “vida meramente orgánica, comparable a las plantas”. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 19; RAE, “Vegetar”, *Diccionario de la Real Academia Española*, 23ª. Ed. Accesado en <https://dle.rae.es/vegetar?m=form>

³⁰⁰ Este argumento aparece de forma errática durante la época, y resulta difícil cuán en serio se empleaba. No obstante, sí lo encontramos en higienistas como Jesús María Amadeo y Antomarchi: “A las grandes desventajas que nos ofrece el clima que habitamos, forzoso es oponer la sólida ayuda que nos brinda la Higiene, con la cual nos haremos fuertes física y moralmente”. Ver Amadeo y Antomarchi, *Una plaga*, 7.

/ambiente en términos de la falta de recursos y reformas higiénicas, y las negligencias por parte de las autoridades y las “masas” (usualmente descritas como ignorantes). No es de sorprender que médicos que vivían en climas tropicales buscaban demostrar que una “raza” y sociedad civilizada sí era posible, y que, en el caso de Puerto Rico, el problema no era solamente el clima sino una serie de problemas asociadas a la falta de ciertos avances y recursos higiénicos³⁰¹.

Es preciso que veamos cómo para finales del siglo XIX se utilizaba selectivamente el clima para explicar algunas diferencias físicas y morales, en particular cuando tales explicaciones supuestamente justificaban porqué ciertas razas, clases y sexos/género eran más sanas y saludables (que las “otras”, consideradas más predispuestas a la “degeneración”). La noción de que el calor irradia e irrita los miasmas (en particular en los vegetales y pantanos) y los hacer esparcirse por el aire es relativamente común aún en la época³⁰². Sin embargo, las acciones e influencias meteorológicas no se limitaban al aire y la lluvia, ni las influencias terrestres a las emanaciones de los vegetales, sino que incluían prácticamente todo (desde el Sol y la Luna, hasta el magnetismo y la electricidad, la atmósfera entera, los minerales que emanan de la tierra, gases mefíticos de los cadáveres, etc.)³⁰³. No pocas veces en ese todo meteorológico estaban también las pasiones, los

³⁰¹ Vale recordar que el tratadista francés J. C. Boudin, retomando al geógrafo Alexander von Humboldt, consideraba que ciertas enfermedades eran endémicas debido a características como altura y tipo de aire. Por ejemplo, se consideraba que la fiebre amarilla se daba en ciertos espacios con climas húmedos o cercanos a pantanos. Por eso, parte de la cura sugerida por Boudin era “aislar”, crear distancia de esos espacios para así evitar la infección. Estas eran las “causas localizantes” asociadas a esos espacios endémicos que debían ser evitados o aislados. A su vez estaba la “causa constitucional predisponente” del individuo, la cual tenía que ver con la capacidad que tenía un individuo, por formar parte de una raza particular, de resistir ciertas enfermedades y climas. Boudin argüía que ciertos países, como los tropicales, no eran aclimatables (o que los recursos necesarios para lograrlos eran imposibles). Inclusive, Boudin consideraba que dichos climas enfermaban a los europeos, tanto a nivel físico como moral (y asociaba esto, por ejemplo, con la mayor incidencia de neurastenias en europeos que vivían en las colonias). Este tipo de teoría perduró aún para principios del siglo XX, como veremos en el próximo capítulo, pese a que las teorías de aclimatación habían sido descalificadas. Para más detalles sobre la postura de Boudin ver Caponi, “Sobre la aclimatación”, 27-28, 31.

³⁰² Rey, “Estudio sobre el paludismo”, *EMFPR* I, n°2 (1881), 24-27, 25; Y., “Constitución Médica”, 363-64; Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, 365-66.

³⁰³ En ese sentido, según A.J. Amadeo “los fenómenos eléctricos y magnéticos, las emanaciones de los minerales y de los vegetales, la acción de la luna, del sol, de la luz, el calor, el frío, la humedad; la atmósfera, en fin, son en determinadas condiciones agentes vitales ó destructores”. Este tipo de conceptualización encaja con cómo desde principios del siglo XIX en Europa y Estados Unidos la “meteorología” y “geografía médica” iba más allá del clima

“sufrimientos morales” y los “fenómenos nerviosos” (propios del temperamento nervioso) que llevaban a pirexias y ataxias³⁰⁴. Si a esto se añaden los gérmenes —esos “diminutos organismos”—, pareciera que tanto las influencias meteorológicas, como las pasiones y la mala higiene cooperaban para trastornar el orden fisiológico o armónico³⁰⁵. En este contexto no era extraño que hubiese cierta confluencia entre las teorías miasmáticas, las de fermentación y la de los gérmenes (microbiológica)³⁰⁶, y coincidían en demostrar que existían unos seres, unos organismos que amenazaban al hombre, y en este caso era evidente el lenguaje bélico, de lucha del hombre, vencedor de animales “más grandes”, con aquel “enemigo invisible” (que casi parecía ser un castigo divino de Dios)³⁰⁷.

Según Valle Atilés, “el enemigo invisible”, a quien solo se le conoce por sus efectos, se introducía en nuestro organismo de forma inesperada³⁰⁸ y en la “lucha por defender la existencia” los médicos debían contribuir en ser victoriosos contra un enemigo tan pequeño, pero tan poderoso. Es preciso que notemos cómo en esta narración se evoca imágenes horribas y un lenguaje bélico

(en términos de temperatura). Desde la obra del geógrafo Alexander Humboldt, de principios del siglo XIX, hablar de clima iba más allá de estudiar las temperaturas y requería tomar en consideración un conjunto de variaciones atmosféricas, incluyendo la calidad del aire y la presencia de “miasmas” (que seguía siendo la teoría dominante en la época). Ver Amadeo, “Observaciones sobre algunas enfermedades I”, 124; Caponi, “Sobre la aclimatación”, 18-19.

³⁰⁴ Amadeo, “Observaciones sobre algunas enfermedades I”, 125.

³⁰⁵ Amadeo, “Observaciones sobre algunas enfermedades, II”, 164.

³⁰⁶ Esto no es exclusivo de Puerto Rico y lo encontramos en otros países. Para una discusión más detallada respecto a esta confluencia entre las tesis miasmáticas y las de contagio animado ver Sandra Caponi, “La generación espontánea y la preocupación higienista por la diseminación de los gérmenes”, *História, Ciências, Saúde* IX, nº3 (2002):591-608.

³⁰⁷ Nos dice Valle Atilés: “(...) nadie hubiera imaginado que el hombre que se había declarado el rey de la vida, estaba a la merced de un ser insignificante por su tamaño, invisible por su pequeñez, pero de una poderosa fuerza desorganizadora, como si la Omnipotencia hubiera puesto para abatir nuestro orgullo y para probarnos nuestra debilidad (...)”. Ver Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, 365.

³⁰⁸ Nos dice F. Valle Atilés:

(...) vemos que si bien el hombre en la constante lucha por defender su vida, ha ido venciendo grandes y poderosos enemigos, débiles han sido sus tuerzas para luchar contra uno, invisible hasta el momento en que inesperadamente se introducía en nuestro organismo ya para alterarlo, ya para destruirlo al cual llamó enfermedad(...) la enfermedad a quien no conoce sino por sus efectos (...) la enfermedad sin embargo es desconocida, no por eso dejan de ser manifiestas en sus efectos, observados los cuales se llega al conocimiento de que la causa que los determina debe residir y llegar al hombre, en los medios en que este vive.

Valle Atilés, “Los enemigos invisibles”, 364.

que justificaba la necesidad de adoptar una perspectiva higienista moderna y preventiva ante la existencia de un enemigo que estaba en todos lados³⁰⁹. Este lenguaje bélico también tenía resonancias darwinistas (o darwinista sociales) dado que enmarcaba la relación de las enfermedades y los seres humanos como una lucha y competencia, entre organismos (porque ambos están vivos y se reproducen³¹⁰), por la existencia/sobrevivir. En el “mundo invisible de creaciones microscópicas” el polvo no era ya polvo, sino que estaba compuesto de millares de seres vivos y organizados que podían trastornarnos³¹¹, que ingeríamos o se introducían como “gérmenes vivos”, sea vía el aire³¹² o a través de algún animal o insecto (mosca o mosquito). En ese sentido, el peligro estaba en todas partes, era real, múltiple y nos mostraba lo engañosas que eran las apariencias —dado que aquello que parece ser para nuestro bien (los alimentos, el aire y el agua) podía ser usado en nuestra contra —y la Ciencia, que lo relacionaba todo, debía asistir al hombre en esa “lucha por la vida” (o “por la existencia”), que es “una fuerza irresistible”, ante su posible aniquilamiento³¹³.

Dentro de este escenario higienista no era suficiente barrer simplemente el polvo, y bastaba con que un rayo de sol entrase en un cuarto para que se viera cómo se levantaba y esparcía el “impalpable polvo”, el cual quedaba “revoloteando” y suspendido por su levedad,

³⁰⁹ Valle Atilas no es el único que resaltaba esta imagen de un peligro invisible que estaba en todas partes. Por ejemplo, Corchado, al discutir sobre los “fermentos” y enfermedades infecciosas va a destacar que “*no hay enemigo pequeño*” y por esa razón había que estar atento a evitar las condiciones de contagio. Esto era sumamente difícil porque los microbios estaban en todas partes. Ver Corchado, *El microbio*, 14, 17.

³¹⁰ Hay que acentuar lo pertinente que fue destacar durante finales del siglo XIX que las infecciones provenían de seres vivos que se reproducían. Algunos, como Pina y Casas, resaltaban cómo esto implicaba que el germen (y sus venenos), podía reproducirse y multiplicarse de forma ilimitada. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 5-6, 12

³¹¹ Valle Atilas, “Los enemigos invisibles”, 365.

³¹² Valle Atilas, “Los enemigos invisibles”, 365.

³¹³ Exclama Valle Atilas: “No exageramos cuando decimos que vivimos de milagro esto parece más exacto cuanto mejor conocemos los múltiples peligros que nos rodean (...) desgraciadamente el aire que respiramos, el agua que mitiga nuestra sed, los alimentos que debieran servir para reponer nuestras pérdidas orgánicas, nuestros semejantes, hasta nosotros mismos, somos medios favorables para actuar las causas de nuestro aniquilamiento y no por conocerlo, creemos que el ánimo se abate. La lucha por la vida es una fuerza que irresistible (...) el hombre lucha y luchará, hasta el último momento que preceda á su aniquilamiento total”. Ver Valle Atilas, “Los enemigos invisibles”, 421-22. Ver también “Agua, I”, 129 y Corchado, *El microbio*, 14.

causando/facilitando la transmisión de la viruela, la difteria, el cólera, etc. —el mejor remedio eran los paños húmedos dado que la gota de agua “es el cepo de la partícula de polvo”—³¹⁴. Sin embargo, también el agua arrastraba impurezas —“cargada de sustancias ajenas a su composición química”—, aún la pluvial, ya por simplemente pasar por el “medio atmosférico”, el cual destruía su pureza. El remedio era hervirla porque el fuego “todo lo purifica” (como era también en el caso de la cremación)³¹⁵.

En el 1883 Valle Atilas publica una serie de artículos que resumen bien las posturas higienistas de la época y tienen el sugestivo título “tres causas de atraso”. Nada de lo dicho aquí es enteramente nuevo, y lo encontramos en otros artículos de la *LS* y textos higienistas pero lo interesante es cómo se enmarca la argumentación. Según Valle Atilas, existían “tres causas de atraso” y todas apuntaban a problemas asociados con las clases pobres: la habitación, el vestido y el alimento³¹⁶. Antes que discutamos cómo el higienista describe y discute estas “causas” es importante que contextualicemos un poco las implicaciones que tiene enmarcar equívocamente las “causas” de atraso como causas de la enfermedad.

Es un juego sutil, apuntar a cómo ciertas condiciones que facilitan la enfermedad son, a su vez, causas de “atraso”. La distinción entre las causas que predisponen o debilitan la salud y las causas, en el sentido de orígenes etiológicos, de la enfermedad es muy importante en la época; sin embargo, tal queda eclipsada a través de estos artículos de Valle Atilas. En otras palabras, una cosa es decir que existen unas condiciones que facilitan la infección y propagación de las enfermedad, y otra es decir que tales condiciones son los vehículos, agentes o vectores de la enfermedad. Esto es aún más importante cuando, en un lenguaje bélico, la tendencia es asumir que dichos agentes

³¹⁴ “Escobazos”, *LS I*, n°8 (1883), 119-21.

³¹⁵ “Agua, I”, 129; “Agua, II”, *LS I*, n°10 (1883), 146-47, 147.

³¹⁶ “Tres causas de atraso, I”, 51.

son los enemigos para eliminar (y así, además, se confunde el agente con la enfermedad misma). Y esta distinción era conocida por Valle Atilés y otros médicos, en particular aquellos que celebraban los hallazgos de la teoría microbiológica de gérmenes, en oposición a las teorías clásicas miasmáticas.

Ya en la década de los ochenta podemos notar cómo el uso de “miasma” (o “efluvios”) estaba teniendo unas leves transformaciones, y el término fue utilizado en ocasiones para simplemente apuntar a aquellas enfermedades que no eran contagiosas (el contacto directo con el organismo enfermo no llevaba a la enfermedad) y cuyos agentes o etiología no habían sido identificados³¹⁷. Por ejemplo, la malaria y la fiebre amarilla no parecían ser contagiosas porque los familiares y el médico que atendían al paciente no se infectaban³¹⁸. La identificación de estas enfermedades como miasmáticas³¹⁹ no significaba siempre que los médicos pensasen que la causa u origen de la enfermedad era el ambiente mismo (o los “efluvios”), sino que dichas condiciones aumentaban, predisponían o aumentaban la receptividad de la enfermedad al debilitar la constitución del organismo³²⁰. A nivel práctico, la teoría miasmática justificaba que las intervenciones fuesen

³¹⁷ Esta distinción no siempre queda clara, y hemos de suponer que en ocasiones los algunos médicos continuasen con uso más clásico del término, pero por lo general reconocían las limitaciones de esa acepción anterior ante los descubrimientos de Pasteur y Koch. Por ende, las enfermedades miasmáticas seguían siendo asociadas al ambiente, pero se reconocía que debía existir un “agente” orgánico que aún no se había logrado identificar. Eso dicho, vale aclarar que eso no quita, como veremos más adelante, que hubiese un uso errático y contradictorio del término. Estimo que la distinción que traza Pina y Casas en torno a la definición de los miasmas se acerca al uso del término en otros autores (incluyendo Valle Atilés): “(...) en el sentido general y más extenso, es una materia contenida en el aire que puede producir enfermedades (...) también incluían con ese nombre las materias nocivas no específicas mezcladas en el aire, tales como los productos de la descomposición y putrefacción, y algunas veces también toda clase de gases perniciosos. En nuestros tiempos la palabra *miasma*, y puesto que viene á usarse en contradicción con *contagio*, se usa en un sentido mucho más limitado”. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 21.

³¹⁸ Es preciso recordar que aún en Puerto Rico no se había identificado los “vectores” de contagio o “parásitos” para la malaria, la fiebre amarilla y la anemia. Ya esto lo discutiremos brevemente más adelante (con la intervención estadounidense en el 1898) y, en mayor detalle, en el próximo capítulo.

³¹⁹ Por ejemplo, ver Pina y Casas Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 22

³²⁰ Estas distinción (entre causas etiológicas y causas que predisponen) no aparece de forma explícita ni obvia en todos los textos médicos, probablemente porque algunos médicos suponían que su audiencia, si eran también médicos, conocían esta distinción. Por ejemplo, notemos como Pina y Casas, en el 1884, criticaba como un médico europeo reconocido, un tal Koussou, atribuía como causa de la fiebre amarilla “la aglomeración de elementos inmoraes de diferentes nacionales”, entre las cuales estaba la “descomposición de las aguas pantanosas ó por la aglomeración de hombres en buques negreros”. Pina y Casas reconoce que el hacinamiento no es la causa que determinaba directamente

hechas al ambiente, no porque se creyera que ahí radicaba la causa sino porque descubrir la causa etiológica de las enfermedades no llevaba necesariamente al descubrimiento de curas (como fue en el caso de la tuberculosis, la cual no tuvo oficialmente una cura hasta casi mediados del siglo XX)³²¹.

Esta estrategia, que casi parece reproducir las tesis miasmáticas, podía ser muy útil para convencer a los políticos, industrialistas y autoridades coloniales de la necesidad de transformar las condiciones ambientales (aire, agua y espacio físico). En particular, si dichas transformaciones iban de la mano con mejorar la productividad económica. Este tipo de tendencia ha sido apuntada por la socióloga Sylvia Noble en torno al éxito de las reformas higiénicas en Gran Bretaña para mediados y finales del siglo XIX³²²; y, en un tono similar, la historiadora Sandra Caponi ha mostrado la confluencia de las teorías microbiológicas y las teorías clásicas miasmáticas para controlar e higienizar las “viviendas populares” (de las clases obreras) en Brasil y Argentina para finales del siglo XIX y principios del XX. Por un lado, como señala Tesh, un enfoque higiénico en el ambiente en vez que en los agentes de la enfermedad y la conducta individual, llevó, pese a sus errores teóricos y científicos en torno a la causa de las enfermedades, a reformas que sí lograron reducir la mortalidad. Lo que propone Tesh va muy a tono con la tesis del médico y epidemiólogo británico Thomas McKeown³²³, quien en la década de los setenta del siglo XX señalaba que las

dichas enfermedades u otras (como el cólera y la tifoidea). El galeno reconoce la pertinencia de estos problemas higiénicos y sociales, a los cuales llama “factores anti-higiénicos en la *propagación* de las enfermedades”, pero aclaraba que “las enfermedades *no originan* de ese modo”. Asimismo, sucedía cuando se padecían otras enfermedades fisiológicas las cuales podían “influir aumentando ó disminuyendo la susceptibilidad, pero la clase de enfermedad, repetimos, nunca depende de la causa que predispone”. Ver Pina y Casas, *Venenos zymóticos*, 18; y, para una aclaración similar ver también Coll y Toste, *Tratamiento*, 10, 16.

³²¹ Corchado celebraba la importancia del bacilo de Koch porque ayudaba a diagnosticar mejor, y con ello evitar utilizar terapias o curas que no iban a servir. También el descubrimiento de la causa prometía la identificación de la cura. Sin embargo, eso no se había logrado aún y por eso Corchado recomendaba la prevención y la mejora de ciertos espacios y condiciones higiénicas: “La única profilaxis por lo tanto, consiste en evitar las condiciones de *oportunidad de contagio*”. Ver Corchado, *El microbio*, 16.

³²² Tesh, *Hidden arguments*, 25-31.

³²³ El texto de Thomas McKeown en el 1976, *Modern Rise of Population* argumentaba que las mejoras en natalidad y mortalidad se debían más a reformas ambientales y nutricionales que a la intervención de la medicina clínica. Sin

bajas en mortalidad que hubo a partir del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX no se debieron exclusiva y mayormente por el descubrimientos de las vacunas y los antibióticos, sino por mejoras en las condiciones socioeconómicas e higiénicas (tesis que también sostenía Ivan Illich)³²⁴.

Hasta cierto punto, este tipo de observación parece acertada y en muchos sentidos facilitó no pocas de las reformas sanitarias en Europa, Estados Unidos y Puerto Rico. Sin desacreditar la utilidad práctica y estrategia de este discurso, que vemos en Valle Atilés y otros higienistas en Puerto Rico preocupados por la inacción gubernamental y de las clases altas para atender los problemas higiénicos del país, esta interpretación simplifica y obvia otros asuntos. En particular, simplifica cómo fue que en la época hubo una confluencia entre las teorías miasmáticas y las microbiológicas que llevó a reforzar correspondencias entre lo moral y lo fisiológico, lo sucio y lo que vicia, la pobreza y la degeneración. Como bien apunta Caponi, lo que encontramos es un discurso que combinó “a los microbios y las estrategias higiénicas clásicas de limpieza, saneamiento y moralización”³²⁵. Asimismo, el enfoque “ambiental” no dejó de invocar selectivamente el voluntarismo y el individualismo para explicar porque ciertas personas eran

embargo, esta crítica también acentuaba que las inversiones en la medicina clínica eran injustificadas y parecían reflejar más el interés de una clase profesional que las necesidades de la gente. Esto pudiese ser cierto, pero lo curioso es notar cómo, según estima el historiador Simon Szreter, las tesis de McKeown fueron selectivamente apropiadas por el discurso neoliberal en las décadas de los setenta y ochenta para justificar la necesidad de maximizar los alcances del libre-mercado y reducir los servicios públicos estatales y dependientes de impuestos. La lógica de esta apropiación es que, si la causa yace en mejoras económicas, pues lo que debe hacerse es mejorar la productividad (que no era el argumento central de McKeown). Szreter es tal vez algo injusto al considerar que exista una afinidad entre el discurso neoliberal y las tesis de McKeown, cuando en el caso de Tesh vemos lo contrario, un argumento para “socializar” la medicina (a través de políticas más centradas en aumentar los servicios estatales y en oposición a posturas neoliberales). Ver Simon Szreter, “The Population Health approach in historical perspective”, *American Journal of Public Health* XCIII, n°3 (2003): 421-32, 426-27; Dorothy Porter, “The History of Public Health: Current Themes and Approaches”, *Hygiea Internationalis* I (1999): 9-21, 9-10; Tesh, *Hidden arguments*, 55-57 (e incluso el capítulo cuarto, enfocado en Cuba presenta un tesis a favor de la socialización de la medicina que parece retomar las observaciones de McKeown).

³²⁴ Ver Tesh, *Hidden arguments*, 38-39; Ivan Illich, *Limits to medicine. Medical Nemesis: The expropriation of health* (New York: Penguin Books, 1976), 21-30.

³²⁵ Caponi, “Entre miasmas y microbios”, 1667.

pobres y enfermizas.

Como veremos más adelante, no resulta difícil ver cómo, desde este discurso higienista, se podría entender que ciertos espacios operaban como “vehículos” de infección, pese a que en realidad no eran, en términos etiológicos, ni los agentes, vectores o vehículos de infección. En ese sentido, la distinción entre lo que facilita, lo que predispone y el origen etiológica de la enfermedad colapsaba, como sucedía con algunos adheridos a la teorías de degeneración, que señalaban como ciertos hábitos adquiridos podían tornarse hereditarios (como el alcoholismo) o ciertas condiciones ambientales, climatológicas y raciales llevaban irreversiblemente a la degeneración orgánica y moral. Igualmente, como veremos en los próximos capítulos, la prevalencia de un enfoque exclusivamente biomédico y microbiológico llevó a que selectivamente se eclipsasen, durante la primera mitad del siglo XX, los problemas sociales y ambientales, reduciendo la enfermedad a un problema individual que se curaba casi exclusivamente con medicamentos e intervenciones médicas.

Con estas aclaraciones hechas retomemos el artículo del 1883 de Valles Atilés y cómo el galeno fue discutiendo cada una de las “causas de atraso”, empezando por la habitación o vivienda. Según Valle Atilés, en la capital, la población estaba hacinada, carecía de luz y aire suficiente, el cual estaba húmedo e infecto —lo cual “empobrece la sangre” y pudiese causar anemia—. En el campo era lo contrario, habitaciones demasiado ventiladas y “abiertas”, careciendo de solidez. Dicho lastimoso estado “dice muy poco y muy desfavorablemente del progreso de los que en ellas moran³²⁶”; y haciendo eco de un trillado refrán señalaba: “Dime dónde habitas y te diré quién eres³²⁷”. Notemos como dicho refrán, ahora higienizado, asume que las asociaciones e influencias

³²⁶ “Tres causas de atraso, I”, 52.

³²⁷ “Tres causas de atraso, II”, 66-69. El proverbio es fraseado por un tal profesor Fonsagrives, pero hemos de sospechar que su selección no es casual. Valle Atilés tiene un artículo que es “Dime qué comes y te diré quién eres” amparándose en el proverbio de un conocido gourmand francés.

determinan la identidad y calidad de la persona. A tono con esto, señalaba la “influencia de la casa en la higiene del alma”; y en este sentido, el hacinamiento en la casa viciaba de otro modo también: facilitaba “juntas” y “mezclas” carentes del debido orden y razón. Ya la imagen la vimos en las mencionadas críticas al Asilo y la cárcel, y se utilizó también contra las lavanderas y las aguas sucias —las mezclas de sexos, clase y ropa—, en donde se encontraban “confundidos los sexos y las edades, por falta de espacio y distribución conveniente”³²⁸. A su vez, vale notar como esta noción de la distribución higiénica del espacio reflejaba también los ideales de la casa burguesa, con sus habitaciones y divisiones claramente diferenciados (por clase y género)³²⁹.

Estas imágenes y analogías entre la limpieza física y el carácter moral (o el “alma”), sea ya de un individuo o su “medio” (o ambiente), buscaban justificar la necesidad de que el Estado mejorase las condiciones higiénicas de los pobres en el campo (en particular el jíbaro) y las áreas urbanas para que entonces mejorasen las condiciones no solo higiénicas sino morales y económicas del país. Por esa razón en estas críticas hechas por los médicos el mal no radicaba solamente en las indiferencias de los pobres sino en la indiferencia de las autoridades y de los profesionales que pudiesen remediar la situación exigiendo mejoras en las condiciones de vida de los campesinos y trabajadores pobres —“hágase del hogar del pobre, no una habitación de lujo, sino una habitación higiénica³³⁰--”. Pero la crítica a la autoridad rebotaba muy pronto y recaía hacia los pobres/ignorantes por su supuesta falta de decoro y mesura. Y esto se va a repetir también a través de la primera mitad del siglo XX: los médicos apuntan a las negligencias, fallas e indiferencias de las autoridades, sean estas locales/municipales o las insulares/coloniales, para mejorar las

³²⁸ “Tres causas de atraso, II”, 66.

³²⁹ Igualmente, se consideraba a las clases obreras como peligrosas. Esto no solo sucedió en Europa, como lo ha apuntado Vigarello, sino también en Latinoamérica, como lo ha señalado Caponi en el caso de Argentina y Brasil. No pocas veces, las teorías de infecciones y microbiología podían reforzar ciertos ideales asociados con la burguesía y la supuesta buena moral. Para más detalles ver Sandra Caponi, “Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada”, *Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro XVIII*, n°6 (2002): 1665-74, 1772-73; Vigarello, *Lo sano*, 346-69.

³³⁰ “Tres causas de atraso, I”, 52.

condiciones higiénicas del país, pero repuntan, al punto de culpabilizar y patologizar, en la indiferencia, falta de voluntad e ignorancia de los individuos, en particular las clases pobres, para mejorar dichas condiciones higiénicas. Veamos, por ejemplo, cómo se criticaba el problema de la vestimenta y se enmarcaba como un problema individual, personal y casi inherente a ciertas clases sociales y razas.

Respecto al vestido los pobres, los higienistas decían que pecaban de ropas demasiado ligeras que carecían de abrigo o calzado suficiente, ofendiendo así al pudor y la decencia. Si no era lo ligero-indecente lo que ofendía o resultaba insalubre, era el de seguir “modas locas”: una superficialidad que denotaba su ignorancia y falta de educación. Este tipo de señalamiento se hacía particularmente a los libertos que absurdamente buscaban imitar a sus amos³³¹. Esta superficialidad denotaba una pasividad imitativa, un dejarse ir aún por lo que el amo hace, pero no lo que dice. Esta suerte de representación del liberto como mueca no es tampoco accidentada, y nos remite a las nociones de que supuestamente existían unas razas traumatizadas e inclinadas a la degeneración (a menos que fuesen instruidas/corregidas).

Sin embargo, lo que parecía verdaderamente ofender no era la “moda loca”, la “pasividad” o la “falta de educación” sino la supuesta inversión o reverso del supuesto Orden Natural. Como veremos más adelante, habrá también críticas especialmente dirigidas a las mujeres cuando tales se comportaban o mostraban contrarios al supuesto Orden Natural. Tales críticas reflejaban igualmente premisas racialistas y clasistas que van a pervivir y reconfigurarse a través de inicios del siglo XX (como iremos viendo en los próximos capítulos).

Respecto a la nutrición, los médicos reconocían los problemas nutricionales, o la “defectuosa alimentación³³²” en las clases pobres, proletariado y campesinado. Se trataba de una dieta baja en

³³¹ “Tres causas de atraso, II”, 66-69.

³³² “Tres causas de atraso, III”, 84.

carnes, prefiriendo el cerdo en vez del buey o el carnero, de unas cuantas raíces hervidas, pescado (usualmente bacalao y “averiado”³³³), arroz y funche (bollo de maíz)³³⁴. Parte del problema radicaba en la calidad y precio de los alimentos, y en estos casos el vendedor era comparado al charlatán³³⁵. Se aconsejaba comer frutas, evitando el uso frecuente de algunas que fuesen muy acidas y astringentes, a la vez que se aclaraban ciertos miedos (por ejemplo, a comer mango) y se exaltaban ciertas virtudes desconocidas en frutas “exóticas” —por ejemplo, el uso del aguacate para la gota, la obesidad y la diabetes—³³⁶.

Entre los déficits de la alimentación no era extraño que hiciesen mención del alcoholismo, no ya como un simple vicio sino como una “influencia” que producía “degeneraciones”, “trastornos” y “estados patológicos”, tanto a nivel de “afecciones mentales” como a nivel fisiológico y cerebral (cónsono con las más recientes interpretaciones del momento de la frenopatía y de análisis microscópico)³³⁷. Consecuente con la época, se hablaba de “disposiciones hereditarias” junto a la influencia de las razas, el temperamento y el clima en la toxicomanía/ebriedad³³⁸. El acento se ponía en la irritación y sensibilidad nerviosa de las frenopatías (como eran las hiperestesias o su opuesto las anestias), destacando sus efectos lastimosos en la inteligencia (por ejemplo, la imbecilidad y la estupidez), demenciales y que podían ser productos o derivados de ciertos tipos de manía (locura suicida, lipemanía o melancolía depresiva). Dichas manías podían ser graduales o súbitas, con cambios variados de carácter que iban de lo irritable/irascible a una especie de estupor, indiferencia y apatía orgánica general que afectaba los “instintos y hábitos de

³³³ En ocasiones se vendía más barato y era llamado panchillo. Ver “Bacalao seco alterado”, *LS I*, n°9 (1883), 142.

³³⁴ “Tres causas para atraso, III”, 81; “Bacalao seco alterado”, 142.

³³⁵ Ver “Tres causas de atraso, III”, 83.

³³⁶ “Frutas de Puerto Rico”, *LS I*, n°10 (1883), 150-51.

³³⁷ Ver J.M. Baralt, “Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, I”, *EMFPR I*, n°16 (1882), 303-305. La enumeración romana para esta serie de artículos de Baralt ha sido añadida para facilitar identificar la referencia en las notas al calce.

³³⁸ J.M. Baralt, “Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, III”, *EMFPR I*, n°18 (1882), 343-45, 344

comunicabilidad y sociabilidad”, los afectos y la moral³³⁹. En otras palabras, el toxicómano o ebrio terminaba como una especie de idiota moral que era indiferente a lo que sucedía en su entorno³⁴⁰.

Esta imagen del ebrio/toxicómano como una especie de desgraciado, enajenado e idiota (casi preludio a la del *muselmanner*) no es muy distinta a la imagen evocada en dicha época en torno al anémico. La correspondencia entre ambas imágenes y figuras permite ver los supuestos “parentescos” semánticos que evocaba el discurso médico entre la pereza, la indiferencia la apatía orgánico-vegetativa, la idiotez, la imbecilidad y la demencia. Por ejemplo, en su tratado sobre la embriaguez y la locura, Rodríguez Castro nos presenta una imagen del alcohólico como si fuese un sujeto suicida y en completo descontrol (sin voluntad alguna); imagen que suponía reforzar la importancia de identificar la ebriedad como una de las enfermedades y vicios —ese “denigrante vicio³⁴¹”— más viles y dañinos³⁴². Es preciso que notemos como aún en este contexto los

³³⁹ J.M. Baralt, “Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, II”, *EMFPR* I, nº17, (1882), 317-322; ver también las otras partes en Baralt, “Acción que ejerce, III”, 343; Baralt, “Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, IV”, *EMRPR* I, nº19 (1882), 361-63. Ver también las definiciones, algo más detalladas, sobre los tipos de manía e intoxicación en Rodríguez Castro, *La embriaguez y la locura, consecuencias del alcoholismo* (Puerto Rico: Imprenta del “Boletín Mercantil”, 1889), 29-35, 40-42.

³⁴⁰ Después de describir el “principio oscuro de la imbecilidad”, Baralt ofrece la siguiente descripción de cuando a través del alcoholismo (o tal vez a causa de ello), la demencia y la imbecilidad no son estados subsiguientes sino constitutivos:

(...) su principio aunque gradual y lento también, se hace más típico, más característico; casi siempre dan principio estos estados por cambio de carácter en el enfermo que por lo general se vuelve iracundo ó irascible ; todas sus facultades psíquicas van debilitándose, si bien de una manera lenta, gradual y progresiva (...) y al fin su cara viene a hacerse reflejo fiel de este terrible estado mental y sus manifestaciones pasionales se borran por completo de ella, perdiendo la expresión característica de la inteligencia y quedando constituida en un estado lastimoso de imbecilidad y estupidez. A este estado, como es consiguiente, sigue el de apatía orgánica general tanto en el orden de la vida vegetativa (...) los instintos y hábitos de comunicabilidad y sociabilidad se borran; los afectos, aun los más íntimamente ligados á la parte física y moral del individuo, se extinguen, y una profunda apatía, una indiferencia completa (...) un estado, permítaseme la frase, como de vida vegetativa rudimentaria y de vida de relación casi extinguida y fuera del mundo real, es lo que viene á constituir el período último, el cuadro final y desgarrador de estos desgraciados.

Baralt, “Acción que ejerce, IV”, 361-62.

³⁴¹ Rodríguez Castro, *La embriaguez y la locura*, 6.

³⁴² El siguiente fragmento resume bien esta imagen del alcohólico como inmoral y suicida:

El individuo se lanza sin reflexión y sin titubear, quitando los obstáculos que se encuentran en su camino (...) se ve en estos desgraciados la pérdida de toda conciencia, una imposibilidad completa de juzgar y de apreciar las condiciones particulares y anormales en que se encuentran colocados (...) Las ideas del suicidio en los individuos atacados de alcoholismo, entran en la misma categoría de fenómenos. Nada es más común que las tentativas de suicidio á consecuencia de excesos alcohólicos accidentales ó prolongados (...) Cierta número de desgraciados tienen la conciencia de su impotencia y de su degradación moral (...) la idea de

conceptos de enfermedad y vicio podían confluir, pese a que epistemológica y etiológicamente denotaban fenómenos y problemas distintos. Podemos inclusive notar cómo se evocaba selectivamente cierta imaginaria religiosa cuando se describía al “intoxicado” como un individuo “poseído” y por consiguiente, completamente enajenado (en el sentido médico de “alienado” o de padecer de alguna locura maniaca). Se trataba de una enfermedad que a su vez era un vicio que infectaba e intoxicaba todo el orden moral, intelectual y afectivo, reduciendo al ebrio a un estado de miseria, pobreza —y abundan mucho aquí las metáforas de carencia/pobreza— y desgracia, carente de reflexión y volición, y entregado a una sensibilidad intemperante e indiferente a la razón, la compasión y a su propia salud o a la de los demás³⁴³.

Estas afinidades y asociaciones semánticas no son inocentes ni accidentadas, y veremos más adelante cómo al alcoholismo le era dado el estatuto de un “instinto” o “inclinación natural” entre los campesinos y el proletariado (y esto lo veremos también para principios del siglo XX³⁴⁴). A su vez, el ebrio era como el loco, en tanto y cuanto ambos eran enajenados, perturbados en las

suicidio les persigue entonces como el solo remedio a una existencia que no es para ellos sino una fuente de duelos y de amargas decepciones; les parece como el único medio de terminar con los sufrimientos morales, más intolerables que el dolor físico.

En un tono similar, menos clínico y detallado, tenemos a Amadeo y Antomarchi que señalaba cómo el consumo de alcohol siempre se convertía en abuso: “Hoy está altamente evidenciado en la esfera científica que los peores enemigos de la salud humana son el uso y abuso alcohólico; y digo uso porque éste nunca deja de trocarse en abuso, aun en aquellos hombres que hacen alarde de sobrenatural fuerza de voluntad”. Ver Rodríguez Castro, *La embriaguez y la locura*, 29-30; Amadeo y Antomarchi, *Una plaga*, 7.

³⁴³ El siguiente fragmento nos permite ver mejor la imagen del ebrio que construye Rodríguez Castro:

En el hombre entregado al abuso constante del alcohol todo denota debilidad, una verdadera degradación moral (...) La voluntad y la fuerza de carácter están deprimidas (...) Víctima de una sensiblería pueril, se exalta sin motivos y sin razón, llora y ríe sin razón. Se observa en la mayor parte de los casos un debilitamiento y hasta una perversión de los sentimientos (...) El arrepentimiento, este saludable grito de la conciencia perturbada, no llega nunca a agitar su espíritu. Son en fin una pesada carga para su familia, para sí y para los demás (...) nada los conmueve, ni la miseria, ni el desorden que han sembrado al redor de ellos (...) en una palabra, ese poder que es uno de los más nobles atributos de la humanidad, el que estimula las facultades y les imprime una dirección conveniente, y que es la fuente más fecunda de las acciones honrosas, hace completamente falta en ellos.

Ver, Rodríguez Castro, *La embriaguez y la locura*, 35-36.

³⁴⁴ En los próximos capítulos, pero en particular en el próximo, veremos cómo hubo una tendencia entre algunos autores (puertorriqueños y estadounidenses) de representar al jíbaro como alcohólico e intemperante (pese a que otros médicos y estudios evidenciasen lo contrario).

pasiones y la voluntad, privados/atacados de su libertad moral y degradados moral e intelectualmente. Similar al estado de intoxicación la locura era una particular suspensión de la razón (o viceversa), en la cual no se tiene la inocencia del niño ni la “pulcritud de la sociedad respetuosa” respecto a la moral. Aun así, había algo exótico que causaba “penosa sensación”, y que podía entreverse en el bullicio, canto y alegre baile de los locos —en particular las mujeres³⁴⁵— en el Asilo. Esta felicidad aparente del loco lo emparentaba, de un modo u otro, al idiota. Ante los ojos del alienista Rodríguez Castro, el enajenado mental representaba prácticamente todo tipo de aflicción afectiva y moral, en gran parte porque se trataba de un individuo con el juicio perturbado y entregado al desenfreno de las pasiones, el intelecto y la volición³⁴⁶.

En esencia, el toxicómano, en tanto y cuanto maniaco/loco (dos términos que en el lenguaje médico eran aún significados como equivalentes), era un individuo que padecía de una perversión del juicio y del intelecto, y, por lo tanto, estaba “privado” de ejercer libremente la moral. Por esa

³⁴⁵ Por ejemplo, en el aludido reportaje del 1883 del Asilo de Beneficencia, el reportero/médico no lograba comprender como era posible que hubiese alegría ahí en donde no hay razón:

Hiere nuestros oídos ruidos de voces entre bulliciosas y desordenadas...es que algunas locas cantan alegre danza, mientras otras bailan: aquel canto y aquel baile en el que no se encuentra ni la inocencia del niño, ni la pulcritud de una sociedad respetuosa con la moral, ni el desenfreno de la desgraciada esfera social en que aquella se desconoce, participa de los tres caracteres, resultando uno especial, que despierta la tristeza. En aquella fiesta, en aquella tonada, nos conmueve algo exótico que nos causa penosa sensación, que no nos permite unirnos á la alegría de aquellas locas; y es que cuando vemos que la razón se ahuyenta, hasta el sentimiento de lo bello nos apena: no podemos realizar cómo experimenta placer quien no razona; y pues se la negamos, nos espanta su aparente dicha y nos apesadumbra su estado, y nos amargan sus alegrías porque no las comprendemos.

Llama la atención que los autores sugieren que se haga mayor uso de terapias con música dado que parece satisfacer a los locos. “Asilo de Beneficencia”, 228-29.

³⁴⁶ Rodríguez Castro ofrece varias definiciones a través de su texto, presentamos solo algunas:

La enagenación mental no era otra cosa que una afección del cerebro, un desorden mórbido de las facultades mentales, un desorden e el ejercicio de las facultades intelectuales, afectivas y morales; una perturbación de las pasiones y de la voluntad; una perversión del juicio (...) La enganación mental es sin duda las más aflictiva de las enfermedades, pues no solamente dá el espectáculo de la degradación moral e intelectual, sino que privando al atacado de su libertad moral, lo convierte para las personas que lo rodean en un objeto de graves cuidados y hasta de daños irreparables

José Rodríguez Castro, *Enagenados y Manicomios* (Puerto Rico: Tipografía del “Boletín Mercantil”, 1888), 36-7 y 48.

razón, dicho individuo intoxicado era percibido como un peligro y como las antípodas del sujeto ilustrado, racional y, por consecuente, libre que usaba libremente (valga la redundancia) su razón y juicio. Es preciso no olvidar que al “enajenado” /maniaco/loco se le intentaba “curar” enajenándolo de la sociedad civil, y esto no se entendía, al menos en términos médicos, como una privación de su “libertad” porque dicho individuo era incapaz de ejercer libremente su juicio y gobernarse a sí mismo. Esta lógica del aislamiento como tratamiento presumía que era posible “expiar” y “limpiar” al maniaco irritado, nervioso e intemperante de las malas influencias del medio que lo intoxicaban, perturbaban y desordenaban mental y moralmente (además fisiológicamente). No es raro poder ver correspondencias parciales entre los discursos de temperancia que proponían la abstinencia y una vida moral como remedio para los alcohólicos/toxicómanos³⁴⁷ y el tratamiento moral de la locura que asumía el encierro/aislamiento cómo remedio.

El juego semántico aquí del término toxicidad (en toxicómano³⁴⁸ e intoxicación) como una

³⁴⁷ Esto puede verse claramente en la postura de Amadeo y Antomarchi, cuya propuesta acentuaba el abandonar los licores (aunque no necesariamente el vino ni la cerveza, sino los “licores fuertes”). El higienista consideraba el alcoholismo y el uso de alcohol (cualquier uso) como los “peores enemigos de la salud”. Sin ofrecer muchos detalles terapéuticos, pareciera que la única solución era asumir una vida temperante y a tono con los dictámenes de la Higiene. Ver Amadeo y Antomarchi, *Una plaga*, 7-9, 19.

³⁴⁸ Vale recordar que para finales del siglo XIX el término “adicción” era apenas empleado dentro del campo médico, y lo que hoy llamamos “adicciones” tendió a clasificarse como dipsomanía, *delirium tremens*, alcoholismo y toxicomanía. La asociación entre eso que llamamos “adicción” con intoxicación y venenos remite a una historia larga y compleja, que nos remite al concepto griego antiguo de *pharmakon* (para designar aquellos que opera como remedio o veneno) y a la experiencia de intoxicación y manía vinculada a los viajes chamánicos y/o religiosos de posesión. Dejando esto a un lado, el uso explícito del término “toxicomanía”, dentro del campo de la medicina, se asocia generalmente a la conceptualización que hace el alienista francés J.E.D. Esquirol en el siglo XIX al considerar la “ebriedad” o la “embriaguez” —y estos eran los dos términos empleados con mayor frecuencia, en vez de “adicción” o “alcoholismo”— como parte de las llamadas “monomanías”. Desde ese registro, la ebriedad era entendida como una “locura tóxica” que podía producir delirios. A partir de mediados del siglo XIX, se van a hacer distinciones entre las distintas toxicomanías, como era la morfinomanía, el consumidor de opio u opiómano y el cocainismo, y de ese modo como fenómenos distintos al alcoholismo y el *delirium tremens*. En Estados Unidos tenemos el empleo de otras clasificaciones que apuntaban a diferencias sutiles pero significativas en torno a la “ebriedad”. Al menos desde finales del siglo XVIII, se utilizó más el concepto de “ebriedad”, más tarde “alcoholismo” (acuñado en Alemania en el 1849 por Magnus Huss) y *delirium tremens* (como había postulado Thomas Sutton) que toxicomanía. En estos casos, más que una “manía” se conceptualizaba el alcoholismo como una “enfermedad de la voluntad” o un problema de “intemperancia” (asociados a los Movimientos de Temperancia estadounidenses) o “destemplanza” (*distemper* como lo había propuesto el médico inglés George Cheyne en el siglo XVIII). Por esa razón la terapia recomendada se amparaba en regular la volición o voluntad de los individuos. En ese sentido, el régimen terapéutico consistía (como

especie de arrebatos pasional, idiota e irracional no debe ser tomado como un uso idiosincrático del lenguaje alienista, y por consiguiente ajeno a las demás teorías de infección. Dejando a un lado las discusiones que cada especialidad médica tuvo, y aún tiene, encontramos aquí un enredadera común de significantes. Vale recordar que en el siglo XIX las infecciones eran identificadas como “venenos” e “intoxicaciones” que estaban asociados a lo “sucio” (el polvo, el acumulamiento de basura y desperdicios, las manchas), lo “viciado” (como el “mal aire”, la putrefacción, los espacios estancados y hacinados) y los “vicios” morales (como la bebida y la prostitución). Por consiguiente, no es extraño ver como confluyen las categorías de los médicos, los higienistas y los médicos-alienistas en torno a lo que “intoxica”, “ensucia” y “vicia”; de esa forma, entremezclándose argumentos fisiológicos y empíricos con presupuestos y especulaciones de índole moralista.

En este caso, pese a no compartir nada físicamente con la vacuna, la limpieza y la temperancia eran propuestos como una buena defensa (o “profilaxis”) contra cualquier epidemia, incluyendo el cólera morbo —el cual, según Betances, le tiene “horror” al aseo y se “espanta” ante la moderación del hombre— y en ese sentido se enfermaba aquel que vivía mal o de forma imprudente³⁴⁹. Algunos médicos, como Amadeo y Antomarchi no dudaban en considerar que la temperancia era higiénica³⁵⁰. En otras palabras, la limpieza y la templanza seguían siendo los

sigue siendo auspiciado hoy día en ciertas comunidades terapéuticas como Alcohólicos Anónimos) en la abstinencia, la dieta, el ejercicio y vivir una vida “moral” y “temperante” (no pocas veces apegada a la religión y los valores protestantes). Para una discusión, más detallada y profunda, en torno a la historia de los conceptos asociados a la adicción ver Harry G. Levine, “The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America”, *Journal of Studies on Alcohol* XXXIX, n°1 (1978), 143-174; Roy Porter, “The Drinking Man's Disease: The Pre-History of Alcoholism in Georgian Britain”, *British Journal of Addiction*, LXXX (1985), 385-396; Georges Vigarello, “La droga, ¿tiene un pasado?” En *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Alain Ehrenberg (ed.) (Buenos Aires: Nueva Visión, 1991): 79-94; Antonio Eschotado, “Toxicomanía”, *Escohotado.org* (2003), accesado en <https://www.escohotado.org/articulosdirectos/toxicomanias.htm>; Robin Room, “Addiction concepts and international control”, *The social history of alcohol and drugs* XX (2006): 276-89. Para más detalles sobre los debates historiográficos y una discusión de los primeros textos que utilizaron estos conceptos en los siglos XVIII y XIX en Europa y Estados Unidos, ver también mi tesis de maestría, en particular varias secciones del primer y cuatro capítulo: García, “La procedencia”, 32-71, 498-500, 551-59, 582-594.

³⁴⁹ Betances, “El cólera”, 130.

³⁵⁰ Amadeo y Antomarchi, *Una plaga*, 15.

“preservativos” más seguros. Vale detenernos en esta recomendación higiénico-preventiva y cómo encajaba con algunas explicaciones sobre la causa de algunas fiebres recurrentes.

C. Aislar y desinfectar, prevenir y detener la degeneración: Equívocos y transformaciones respecto a tóxico/lo viciado/lo infeccioso/lo comunicable/lo que enferma

Vale preguntarse, en este contexto, cómo se comprenden las diferencias entre lo tóxico/lo que envenena/ lo que intoxica y los modos de infección que comúnmente asociamos hoy en día con infecciones bacterianas y virales. En realidad, aún para finales del siglo XIX las diferencias no estaban tan claramente delimitadas y las similitudes semánticas llevaban a acomodaciones equívocas a nivel médico y teórico. Este no es un fenómeno raro o anómalo sino inherente a los procesos epistemológicos, en particular a aquellos vinculados a ciencias emergentes, como lo eran en este caso la inmunología (reducida apenas aún a debates respecto a las teorías germinales, bacterianas y de contagio animado), la medicina tropical³⁵¹ (en aquel entonces teorías de aclimatación y meteorología) y la psiquiatría (aún llamada alienismo o inclusive entre algunos frenología o frenopatía).

Antes que prosigamos vale detenernos en un asunto epistemológico pertinente. Hay una práctica recurrente, muy a tono con el empirismo, que tiende a ser selectivamente ignorada cuando

³⁵¹ Lo que hoy conocemos como “medicina tropical” va a estar influenciada por las teorías de Charles Darwin. Como bien lo apunta Caponi, para finales del siglo XIX va a haber un giro significativo dentro del campo de la “geografía médica” con las teorías evolucionistas que acentuaban la adaptación biológica al medio más allá del clima. Ya no se trataba, como explica Caponi, de argumentos que se centraban en la flexibilidad o inflexibilidad del organismo sino la relación que existe entre los organismos compitiendo entre sí. El clima adquiere un rol secundario y la relación entre organismo y medio ya no se amparaba en la aclimatación sino en la adaptación y perpetuación de la especie desde una perspectiva darwiniana. Esta perspectiva será fundamental para entender cómo se va de la medicina geográfica y centrada en la aclimatación a la medicina tropical de Patrick Manson, en el 1898, que buscaba identificar los vectores biológicos de transmisión. No obstante, eso no quiere decir que se dejasen muchas de las imágenes y prejuicios utilizados en y a través de las teorías de aclimatación. Al respecto Caponi aclara: “Las viejas explicaciones referidas a las características morales de los habitantes de los trópicos permanecen idénticas. La pereza y la indolencia aparecen, una y otra vez, como siendo un efecto inevitable de la acción de las condiciones climáticas sobre los organismos”. Ver Caponi, “Sobre la aclimatación”, 35-36; y para una discusión sobre la transición a la medicina tropical y sus vínculos con las teorías de evolución y la microbiología ver Sandra Caponi, “Trópicos, microbios y vectores”, *História Ciências, Saúde – Manguinhos* IX, suplemento (2002): 111-38.

se discute epistemología en la historia de las ciencias, en particular cuando se busca explicar las llamadas “revoluciones” y “descubrimientos científicos”: existen prácticas que son, de un modo u otro efectivas, sin conocerse por qué lo son. Este tipo de empirismo accidentado puede encontrarse especialmente en la vacuna. En otras palabras, en el caso de la vacuna se había encontrado, de forma empírica, una intervención/fórmula efectiva para finales del siglo XVIII —o mucha más efectiva que los remedios del momento— sin que hubiese una teoría que explicase los mecanismos o razones involucrados³⁵². En otros casos, como fueron los descubrimientos de Pasteur y Koch, se lograron articular teorías que explicaban los hallazgos y suponían hacer una ruptura con las teorías y prácticas pasadas (amparadas en la teoría miasmática). Sin embargo, el asunto no es tan sencillo, como ya lo ha señalado la historiadora y epistemóloga Sandra Caponi, y podemos ver cómo junto a las nuevas teorías y descubrimientos perviven e incluso se refuerzan ciertas prácticas y nociones que suponemos debieron ser descartadas (al estar ligadas a las teorías viejas y refutadas)³⁵³. En ese sentido, la apariencia de un descubrimiento no lleva, de forma simultánea, a que los saberes de un campo se adecuen o ajusten a dichos hallazgos ni evita que existan aún confluencias y contradicciones dentro del mismo campo o entre distintos campos de las ciencias naturales, sociales y médicas.

Si consideramos, desde esta perspectiva, al caso de la vacuna, se requirió no solo extender y replicar las experimentaciones (en un juego de ensayo y error) a través del siglo XIX sino transformar los modos en que se comprendían los procesos de infección, comunicabilidad y

³⁵² Ver Báguena Cervellera, “Algunos aspectos”, 287-88; Ackernecht, *A Short*, 142-143

³⁵³ Por ejemplo, Caponi ha mostrado cómo entre las propuestas de los higienistas clásicos y la de los microbiólogos (afiliados a Pasteur) no hubo necesariamente confrontación u oposición sino solidaridad y complementariedad en ciertas prácticas, como fue la higienización de las viviendas de las pobres y el vínculo entre pobreza, higiene e inmoralidad. En ese sentido, pese a lo que algunos historiadores de la medicina quisieran promulgar, ciertos descubrimientos no llevaron a una ruptura con los mitos y prejuicios pasados. Inclusive, en el caso de los pausterianos tales se mostraron muy poco creativos e innovadores cuando se trataba de investigar las enfermedades en los climas y espacios tropicales. Para más detalles en torno a este tipo de debate epistemológico ver Caponi, “La generación”, 592-94; Caponi, “Entre miasmas”, 1666; Caponi, “Trópicos, microbios”, 114, 134-35

contagio. Dichas transformaciones no fueron tan inmediatas ni obvias, y reflejaron más un proceso de acomodación ante la percibida efectividad de los resultados. Aún para finales de siglo la explicación de la efectividad de la vacuna evocaba viejas nociones de esterilización y protección, y aún entre los especialistas en la teoría de gérmenes y bacteriana existían algunas dificultades conceptuales (no fue hasta el siglo XX que hubo una conceptualización respecto a, por ejemplo, los anticuerpos y las alergias³⁵⁴). En otras palabras, los lenguajes inmunológico y bacteriológico no se habían logrado realmente consolidar epistemológicamente en la mayoría de los discursos médico-higiénicos. De igual manera, encontramos usos imprecisos, o aún con su amplitud originaria, de los conceptos átomo, germen, bacteria y microbio, así como otros términos hoy en día descartados (como las partículas o enfermedades cimóticas³⁵⁵).

La forma más vulgar pero científica de definir los mecanismos de la vacuna —evitando los malentendidos que ya discutimos anteriormente, aún entre médicos— era presentándola como un profiláctico que ejemplificaba el poder de la “higiene preventiva” —y nótese aquí la distinción entre prevenir y curar— dado que destruía la “receptividad morbosa” y “esterilizaba” a los “gérmenes de contagio”, además de ser un modo “metódico, completo y en la forma que aconseja la ciencia³⁵⁶”. Esta definición es en muchos sentidos adecuada, aún hoy día, pero cortocircuitaba explicaciones más específicas respecto a lo que determinaba dicha receptividad morbosa y qué era

³⁵⁴ Kendal Smith, “Louis Pasteur, father of immunology?”, *Frontiers in Immunology* III, nº68 (2012), 1-10; J.M. Igea, “The history of the idea allergy”, *Allergy* LXVIII (2013), 966-973.

³⁵⁵ El concepto de cimótica (zymotic) o pitogénica (pythogenic) remite a la noción de que las enfermedades podían emerger espontáneamente del excremento y de la suciedad, particularmente en los estanques, pantanos o pozos sépticos. El concepto provenía del griego *zymós* y aludía al proceso de “fermentación”. El término aún siguió utilizándose para finales de siglo, de forma no muy consistente, pero para designar enfermedades infecciosas. Ejemplo de ello es cuando aparece en el reporte del General Davis para designar a las 10 fiebres más infecciosas y mortales: fiebre tifoidea, fiebre escarlatina, meningitis, malaria, tos ferina, sarampión, erisipela, viruela, difteria y enfermedades que involucrasen diarreas. Davis, *Annual Report*, 151,570; Virginia Smith, *Clean. A history of personal hygiene and purity* (New York: Oxford University Press, 2007), 310; José Alemany y Bolufer, “cimótico”, *Diccionario de la Lengua Española* (Barcelona: Ramón Sopena, 1917), accesado en *Nuevo tesoro lexicográfico de la lengua española*, <https://apps.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtlle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>; Bágüena Cervellera, “Algunos aspectos”, 297.

³⁵⁶ *Centro de Vacunaciones del Dr. Elías* (Puerto-Rico: Tip. “El Comercio”, 1891), 2.

lo que causaba dicha esterilización (porque no era, por ejemplo, simplemente un proceso de purificar mediante el fuego). Aún para finales del siglo XIX, la fiebre amarilla, junto a la cólera y la viruela, existían como amenazas mortales (aún si el cólera en realidad dejó de ser una amenaza efectiva, aún se temía su retorno) y junto a tal amenaza se desarrollaron una serie de discusiones sobre su etiología y prevención. Las discusiones etiológicas tendían a ampararse en un sistema taxonómico de identificación de síntomas que resultaba relativamente útil para el tratamiento clínico —en realidad en términos de intervención esta seguía siendo la herramienta y técnica más útil del arte médico—, pero no lograba necesariamente localizar con precisión el agente causal. Por eso era común y de esperar que hubiese tanta confusión entre las distintas manifestaciones de las “fiebres palúdicas nuestras” o el ya mencionado “amarillismo”. Por eso, y hay que recalcarlo, parecía “sentido común” optar por medidas de prevención porque las de curación tendían a ser más medidas generales —aunque no por ello simples o carentes de complejidad— de aislamiento y expiación/purgación.

Vale recordar aquí que, para la época que nos interesa, aún no existía en realidad una distinción clara entre virus y bacteria (distinción que apenas empezó asomarse en el 1892³⁵⁷). Tomemos como ejemplo, las teorías de infección, tal como se discuten en el texto de Cayetano Coll y Toste sobre la fiebre amarilla —posiblemente el único tratado detallado de esta infección en el país para finales del siglo XIX³⁵⁸—, que las dividían en dos tipos: 1) la septicemia (o las generalmente

³⁵⁷ Para más detalles favor ver Ed Rubicki, *A Short History of the Discovery of Viruses* (Buglet Press, ebook, 2015). Sección introductoria recuperada en https://www.researchgate.net/publication/279758269_A_Short_History_of_the_Discovery_of_Viruses; Karen-Beth G. Scholthof, “Tobacco mosaic virus: A model system for plant biology”, *Annual Review Phytopathology* XLII (2004), 13-34.

³⁵⁸ Cayetano Coll y Toste provee tal vez el texto más elaborado que hemos encontrado entre los médicos puertorriqueños sobre la fiebre amarilla. El texto de Cayetano Coll y Toste refleja una loable tarea en clínica médica, en particular en lo que concierne la detección de síntomas, pronosis y remedios para esta enfermedad. Aún así, y sin desprestigiar la rigurosidad de su labor, su texto muestra la limitación de insistir en causas que no apuntaban la asociación del virus con el mosquito (hallazgo que logró el médico cubano Carlos Finlay, y que había publicado una década antes de ser impreso el texto de Coste). Ver Cayetano Coll y Toste. *Tratamiento de la fiebre amarilla* (Puerto Rico: Tipografía al Vapor de “La Correspondencia”, 1895).

llamadas infecciones) en donde se multiplican los gérmenes y penetran la circulación; 2) y la intoxicación, en donde micro-organismos —como aquellos que causan, nos dirá Coll y Toste el tétanos, la difteria y el cólera— quedan limitados al punto de infección, en donde son muy eficaces³⁵⁹. Esta distinción entre lo que era el riesgo de los gérmenes (el hacerlos circular) en la sepsis y la localización concreta, en espacio y agente, remitía a su vez a la distinción entre el infectar/viciar y el veneno. Dentro de estas categorías, la fiebre amarilla era entendida como infección por intoxicación (o envenenamiento) junto el cólera, el tétano y la difteria, dado que era el producto de un contacto físico que envenenaba el cuerpo —y notemos como entonces la analogía con la ebriedad como intoxicación no es entonces fortuita en esta época— y, por lo tanto, podía evitarse si se seguían los códigos generales de la higiene³⁶⁰.

Sin embargo, y como era de esperar, estas divisiones en ocasiones confluían entre sí. Por ejemplo, la viruela era entendida como una “infección” transmisible por los miasmas en la atmósfera y/o por inoculación del virus en las pústulas, mientras que la vacuna era una “enfermedad benigna” que solo ella podía transmitir. Pese a sus semejanzas, infección y vacuna no eran identificas ni provenían del mismo germen (ni podían convertirse una en la otra). El “principio productor” o “variologico” residía en el líquido de las pústulas, el cual podía mantenerse conservada indefinidamente y permanecer oculto en ropas u otros objetos contaminados hasta que encontrase algún “individuo en condiciones de receptividad³⁶¹”. Resulta significativo que la “infección penetra del exterior” y que la contagiosidad no se da necesariamente por la cantidad de partículas/agentes sino por la disposición del cuerpo/organismo o “la calidad del terreno” para

³⁵⁹ Coll y Toste, *Tratamiento*, 11.

³⁶⁰ En este caso, se desconocía la causa física directa, pero se la tendía a relacionar con la descomposición animal o vegetal, cuando no un producto de los pantanos o las algas en el agua. Coll y Toste, *Tratamiento*, 10.

³⁶¹ Ver José Elías, *Centro de Vacunaciones del Dr. Elías* (Puerto-Rico: Tip. “El Comercio”, 1891), 1-2. El texto contiene una reproducción de un artículo de *El Imparcial* de Madrid, escrito la *Sociedad Española de Higiene* en donde se proveen instrucciones para prevenir la viruela.

recibirlo; y aquí entraban en juego todas aquellas condiciones que podían viciar, predisponer o dejar más abierto a influencias externas, usualmente reducidas a lo que se come o hace (la nutrición, el ejercicio y el trabajo) o las heredadas (cuyos mecanismos precisos eran enteramente desconocidos aún para el siglo XIX³⁶²). La analogía con la agricultura y la economía tampoco es fortuita, y la Higiene iba a ser la que podía destruir/eliminar las condiciones para que se engendrara e infectara el cuerpo orgánico de la sociedad³⁶³.

El ideal que aspiraban muchos médicos era que a través de la Higiene se podían transformar los “medios” de existencia/vivienda, sean estos las viviendas, los terrenos o la alimentación, para que así regenerar al cuerpo (biológica, económica y moralmente). Lo pertinente aquí es notar cómo este enfoque reconfiguraba las relaciones entre medio, cuerpo y vehículos de infección, destacando cómo era que existían ciertas condiciones/terrenos/ambientes/climas y predisposiciones (asociadas equívocamente a biología, raza, género o inclusive clase social) que facilitaban el desarrollo de una infección (en particular el paludismo y la fiebre amarilla). A esto añadimos las afinidades que hubo entre el lenguaje meteorológico de la aclimatación y el de la frenopatía³⁶⁴ —como vimos parcialmente antes—, entre la “enervación” del clima y las irritaciones que causaban *fits* (“ataques”) o crisis neuropáticas. En otras palabras, la “irritabilidad” como concepto estableció de

³⁶² En ese sentido, “la Ciencia” señalaba que la: “contagiosidad no es proporcional á la cantidad de gérmenes contagiosos, sino que depende de la mayor ó menor disposición de los organismos para recibirlos, ó sea de la calidad del terreno, de la manera que el contagio está dominado por las reacciones individuales, en las que ejercen gran influencia los vicios nutritivos adquiridos ó heredados”. Ver “La Higiene y la tisis. III”, 234.

³⁶³ Aunque la tendencia fuese tomar el camino a un remedio o una terapéutica específica —“la autoridad para buscar específicos”— hay una insistencia en “destruir por la Higiene general las causas que preparan un terreno favorable para la *tuberculosis*, y ya en el curso de esta, á combatir los fenómenos engendrados en la economía por la presencia y proliferación del agente infeccioso”. Ver “La Higiene y la tisis. III”, 235.

³⁶⁴ Nuevamente, es preciso ver cómo coexisten teorías miasmáticas con las microbiológicas y cómo influyen en otras áreas como la psiquiatría/alienismo. Esto podemos verlo en Valle Atilés y su explicación sobre la fiebre amarilla, quien consideraba que dicha fiebre no se daba en ciertas altitudes (a más de 928 metros de altura). Desde esta lógica, lo que era cierto para una fiebre infecciosa aplicaba también a una afección intelectual (digamos psiquiátrica), como el cretinismo: “las mismas enfermedades tienen sus estaciones y hasta sus países (...) la fiebre amarilla que no se ha observado más allá de los 928 metros de altura, ni el cretinismo á más de 1000 metros”. Ver Valles Atilés, *El campesino*, 32.

forma muy fluida sinonimias entre sensibilidad, padecimientos/pasiones (a través de una antigua y problemática interpretación del concepto griego de *pathos*) y ese conjunto de malestares (o *maladies*) y “nuevas enfermedades” llamadas neurastenias³⁶⁵ en la frenopatía. Como ya sabemos tal conceptualización evocaba una imagen económico-fisiológica y moral del cuerpo —la cual pudimos ver en aquella relación algo banal entre trabajo, vitalidad y salud—. En otras palabras, y si nos permitimos la simplificación, una imagen en la cual el organismo debía establecer una

³⁶⁵ El concepto de neurastenia fue oficialmente acuñado por el médico estadounidense George Miller Beard en el 1869 y fue un término muy prolífico pese a que fuese muy ambiguo e impreciso. Bajo el término “neurastenia” se acumularon distintos tipos de desórdenes funcionales que se asociaban a la sensación de debilidad y fatiga, la cual se había asociado, desde mediados y finales del siglo XVIII con las intemperancias, las astenias, la sensibilidad y la irritabilidad nerviosa. Como lo ha apuntado el historiador y sociólogo francés Alain Ehrenberg, la imprecisión del término y la apertura para incluir cualquier tipo de queja, carencia y cansancio era inmensa. Basta ver cómo una definición de este tipo podía encajar en Puerto Rico, confundiendo la anemia y la neurastenia, cuando no retroalimentándose (porque, podía haber casos de neurastenia supuestamente causados por anemia o desnutrición). En lo que respecta al desarrollo de la clasificación podemos notar cómo en Europa y los Estados Unidos la neurastenia, junto a la psicastenia, se utilizaron hasta finales del siglo XIX para referirse a la sensación de debilidad, fatiga y agotamiento. La correspondencia que hubo entre teorías de neurastenia y las teorías de degeneración llevó a que algunos médicos considerasen que ciertos climas eran inhóspitos y llevaban a cierta irritabilidad y fatiga que afectaba la conducta, la moral y el intelecto de los colonizadores. Igualmente, se apuntaba que ciertas razas no podían ser “civilizadas” ni “modernizadas” porque eran neurasténicas. Ya estos asuntos, sobre los usos colonialistas y racistas de las teorías de neurastenia, los hemos apuntado en capítulos anteriores, lo pertinente aquí es notar cómo la conceptualización que existía para finales del siglo XIX, y que vemos directa e indirectamente en algunos médicos puertorriqueños, era la culminación de una serie de teorías, inicialmente fisiológicas y mecánicas, que fueron integrándose al discurso médico y psiquiátrico de forma muy errática y preñada de equívocos. Vale detenernos un momento en este asunto. Por ende, los inicios de las teorías médicas en torno a la neurastenia las encontramos al menos desde finales del siglo XVII, cuando John Brown (en el 1780) consideraba que las enfermedades eran el producto de la sobreestimulación o *sthenia* o la inhabilidad para responder a estímulos (o *asthenia*). Brown deriva su sistema de su mentor William Cullen, quien argüía que “lo vital” que distinguía entre salud y enfermedad era la “fuerza nerviosa”. En otras palabras, las enfermedades se daban por falta de “estímulos nerviosos”, las cuales llevaban a una debilitación del sistema orgánico o una sobreestimulación que llevaba también a una debilitación (como argüían algunos seguidores del sistema browniano en torno a la ebriedad). A su vez Cullen, estaba rearticulando las nociones de irritabilidad y sensibilidad nerviosa propuestas por Albrecht von Haller. Dentro del sistema browniano los remedios que se requerían para fortalecer el cuerpo se daban a través de un régimen que estimulara el cuerpo (lo cual, en Brown incluía el uso de carnes, opio y vino). Otro autores, como George Cheyne en Inglaterra van a proponer otra vía, casi contraria, de reducir las estimulaciones y excitabilidad nerviosas (lo que él llamaba el *English Malady*), las cuales eran las causas del nerviosismo, la obesidad y el alcoholismo. Cheyne “recetaba” como remedios la abstinencia y el vegetarianismo. Es importante que aclararemos que ninguno de estos autores tuvo un conocimiento preciso del sistema nervioso, y, en ese sentido, pese a que estas posturas suponían ser fisiológicas y mecanicistas, tales se prestaron para interpretaciones “psicológicas” que mezclaban observaciones aparentemente fisiológicas con valoraciones morales en torno a lo que era social y culturalmente percibido como “excitante” y “debilitante” por una clase particular (por lo general, la clase alta o burguesa). Por ejemplo, el sistema browniano y las teorías de Cheyne influyeron en Benjamin Rush, uno de los pioneros de la psiquiatría estadounidense y los movimientos de temperancia en el siglo XVIII. Para la historia del concepto ver German E. Berrios, *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century* (New York: Cambridge University Press, 2002): 372-74; Roy Porter, *Flesh in the Age of Reason* (London: Penguin Books, 2003), 378-79; Ackernicht, *A short*, 129-135, 203, 221; Alain Ehrenberg, *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad* (Buenos Aires:Nueva Visión, 2000), 43-44.

armonía mecánica y aún con tonalidades dualistas entre las reacciones del exterior y los reflejos del interior para así evitar caer en una “crisis”. Esta lógica tiene sentido, en tanto y en cuanto se vincula la “preservación interior” y la vitalidad como preceptos de una salud “rigurosa” y lista para combatir amenazas del exterior —el “enemigo invisible”—. No obstante, también refuerza prejuicios y miedos, galvanizados y desfigurados en los discursos respecto a la Modernidad y el Progreso, sobre el contacto e interacción con aquellos percibidos como “otros” y/o “ajenos”.

Sea o no su intención, dicha imagen hizo que confluyeran las irritaciones y lo que intoxica, lo que en un sentido general debilitaba con lo que viciaba y lo que infectaba, e inclusive llevó a confusiones respecto a las relaciones entre los mecanismos de herencia y los de la aclimatación. Ante ello, vale preguntarse: ¿cómo era posible “preservar” a la vez que “aclimatar”, “ilustrar”, “descubrir” e “innovar”? Y esta pregunta iba a incomodar aún más a la elite criolla, cuya genealogía, no importaba cuan “higienizada” quisieran representarla, estaba ya “manchada”, “amalgamada”, “cruzada”, “mezclada” o pasada por lo que los anglosajones llamaban *miscegenation* —recordando que el termino de mestizaje, ya normalizado en este contexto, era prácticamente desconocido semánticamente entre los anglosajones—. Ya hemos visto que parte de la solución yacía en la apuesta por una educación disciplinaria y transformadora, y en proferir las condiciones físicas para la buena higiene (recordar el “régimen de la estatua”). ¿Pero, cómo explicar esto en el lenguaje tanpreciado de la biología, la fisiología y las teorías germinales?

Remitamos nuevamente a algunas de las estrategias usadas ante las epidemias. Ante el cólera morbo Betances destacará al dúo “aislamiento y desinfección” y los presentará como parte de un sistema “nuevo” y “civilizado” de lazaretos “sanos, cómodos y baratos”³⁶⁶. Betances aclara que, si bien la lógica nos dictaminara que lo mejor era “ahogar el monstruo en su cuna” no se podía

³⁶⁶ Betances, “El cólera”, 135.

hacer porque eso implicaría destruir los “tres móviles” que guían la actividad, ambiciones e imaginación humana: comercio, guerra y religión³⁶⁷. Por ende, lo más racional y práctico era una combinación de la lógica de “aislamiento y desinfección” y la lógica higiénica de “prevenir y detener”, en vez de curar. En ese sentido, la respuesta a finales del siglo XIX para remediar el cólera morbo seguía siendo la misma dada ya desde finales del siglo XVIII: el orden, la reclusión y la buena moral (una “vida arreglada”, con decoro, sobriedad y mesura).

En realidad, la única diferencia significativa respecto al periodo previo fue que después de la epidemia más fuerte (a mediados de siglo XIX) se dejó de enfatizar tanto la supuesta inmunidad de los “blancos” y la particular vulnerabilidad de la “raza etíope” (en el caso de la fiebre amarilla era la inversa). Inclusive, unas recomendaciones hechas por subinspector de Sanidad Militar, una década después de la epidemia del 1855, promueven una serie de recomendaciones generales (que no se centran en el argumento racial) que no se diferencian de las ya propuestas en la medicina de mediados y finales del siglo XVIII: buena ventilación (o purificación del aire), aseo, uniformidad de la temperatura, abstención de comidas pesadas (en este caso, evitar por completo los mariscos, las frituras y la repostería), coito y otras intemperancias³⁶⁸. Por ende, vale hacerse la pregunta, ¿Qué era lo novedoso en este contexto con estos dúos higiénicos (aislamiento y desinfección)?

No mucho en realidad, al menos en apariencia. Definitivamente, no se puede decir que las explicaciones racialistas fueron obviadas, sino que cada vez más se trataron de acentuar y perfeccionar los métodos de aislar y desinfectar, a la vez que se permitía que dicha dinámica fuese más “aireada” y “libre”, y menos restrictiva y punitiva. Después de todo, las restricciones agotaban y deformaban el cuerpo, los hacinamientos propagaban las infecciones y los abusos podían llevar

³⁶⁷ Betances, “El cólera”, 128-29.

³⁶⁸ Para más detalles ver la reproducción de los informes, el del 1855, por José Lemery declarando instrucciones y medidas de emergencia y el del 1865, por Andrés Alegret (subinspector de Sanidad Militar) en Arana Soto, *La sanidad* (...), 64-66.

a revueltas y convulsiones fisiológicas y políticas. Las analogías entre lo político, lo biológico y lo médico no eran accidentales ni fueron ignoradas por los médicos que buscaban asociarse con los países cultos, modernos e ilustrados. Por esa razón vale detenerse en las teorías del alienismo, en particular el tratamiento moral de la locura y la racionalización terapéutica del aislamiento.

Goenaga indicaba —ya durante las primeras décadas del siglo XX— que desde el punto de vista terapéutico el aislamiento suponía la separación del enfermo de “todo lo que ordinariamente lo rodea³⁶⁹”. Esto debía hacerse porque el cerebro, “normal pero fatigado”, padecía a causa de los “trabajos excesivos” y se encontraba “rendido por preocupaciones y sobrecargado por el enorme peso de múltiples y variadas incidencias de la lucha por la vida que desgastaban sus energías nerviosas”. Esto hacía que dicho individuo buscara “automáticamente” y “obedeciendo al estímulo del instinto³⁷⁰”, lo cual implicaba que el maniaco/alienado había perdido la libertad para usar sus facultades “superiores” (como el juicio y el intelecto) y, por lo tanto, se dejaba ir por impulsos animales, irracionales e incluso inmorales. Dicho cuerpo alienado buscaba, según Goenaga, un “cambio de vida”, un “nuevo escenario y decoraciones para su reintegración física, intelectual y moral” —vale notar cómo el galeno presenta el tratamiento de aislamiento como algo que es “buscado” y no algo que es impuesto—.

Si dicho agotamiento nervioso no había provocado en realidad “lesiones” ni “enfermedad alguna”, a dicho individuo podía “aún aplicarle el aforismo ‘*Mens Sana in Corpore Sano*’”, y con mayor motivo incentivar el “aislamiento como un excelente sistema para obtener la restauración física y psíquica de los enfermos del delicado órgano en que reside la razón³⁷¹”. Parte del aspecto moral de este tratamiento yacía en separarlo de las influencias de las amistades y la familia, además

³⁶⁹ Goenaga, “Asistencia pública”, 247.

³⁷⁰ Goenaga, “Asistencia pública”, 247.

³⁷¹ Goenaga, “Asistencia pública”, 247.

de aislarlo físicamente. Se buscaba apartarlo físicamente del medio social, porque tal le era un peligro inminente —notemos que, desde la perspectiva del médico, el objetivo era consolar al paciente más que identificarlo como un peligro a la sociedad —, y darle reposo al cuerpo, para entonces imponer las nuevas influencias del “método, la disciplina y la autoridad” provistas racionalmente por el médico/alienista dentro del espacio controlado y recluso del Asilo/Manicomio³⁷². Se buscaba, y hay que reiterarlo, aislar al enfermo de todas las “influencias”, de calmarlo porque “las causas que determinaron su enfermedad han cesado” y por eso “el tratamiento sólo comienza con la entrada del enfermo en el asilo³⁷³”. Notemos aquí la lucha fluida entre determinismos e influencias que pueden ser suspendidas, para entonces “restaurar” al cuerpo saludable. No es difícil imaginarse que Goenaga, junto a Zeno Gandía, Betances y Valle Atilés — tres hombres que no necesariamente compartían las mismas ideologías políticas— coincidieran discursivamente en el poder regenerador de la higiene y la educación.

Tampoco nos debe sorprender que en Puerto Rico los determinismos de la frenología de Gall no fueron por lo general bien vistos, aunque eso no quitó que se tomase como cierto que la influencia de la “organización física ejerce sobre la moral” era algo evidente y evidenciado. En otras palabras, la “desarmonía” de las funciones fisiológicas —un “órgano enfermo”— viciaban la moral, y las molestias de la enfermedad más ligera tornaba a los individuos irritables y díscolos. Esta “desarmonía” alejaba a tales individuos del “buen camino” y estos quedaban dominados entonces por malas pasiones, se inclinaban al vicio, se tornaban irascibles y hasta cambiaban su carácter³⁷⁴. Pero, y esta era la aspiración de muchos higienistas, este tipo de determinismo podía

³⁷² Goenaga, “Asistencia pública”, 248-49.

³⁷³ Goenaga, “Asistencia pública”, 249.

³⁷⁴ Basta ver el siguiente pasaje para ver las adecuaciones hechas para así no caer en los “determinismos” de la frenología de Gall, pero sí caer en otros: “La influencia que la organización física ejerce sobre la moral es una evidencia tan notable; que sin caer en las generalizaciones de Gall, bien podemos afirmar que existe; cuando la armonía, la belleza, proporciones de los órganos faltan, cuando su desarrollo se detiene en algún sujeto, lo encontramos dominando por malas pasiones, inclinado al vicio, irascible, como lo observamos en nosotros mismos, cuando una

ser reversible, corregido, aclimatado y disciplinado, aún si se trataba de sujetos tan degenerados como el campesino, las mujeres y los negros.

IV. Perfiles psicopatológicos y biopolíticos: el jíbaro blanco, la mujer y lo negro

Llegamos entonces aquí a las figuras que fueron aludidas en el discurso médico-higiénico como las más problemáticas: el campesino (acentuándose aquí al jíbaro blanco), la mujer (en particular la campesina) y lo negro/la negritud. De un modo u otro, estas figuras eran problematizadas dentro del discurso médico como si fuesen “focos de infección” que requerían de regulaciones y controles higiénicos para así poder mejorarlas o inclusive “redimirlas”, “purificarlas” o “regenerarlas”. A su vez, estas figuras, que debían ser saneadas y redimidas, eran también ambiguamente atribuidas responsabilidad y hasta culpa por la diseminación de ciertas enfermedades y problemas sociales, morales y económicos. He aquí que vemos constelarse lo que hemos ido señalando: concepciones banales de salud con imágenes económicas y políticas que, aún si bien intencionadas e “ilustradas”, reforzaban aún nociones racialistas, sexistas y clasistas.

También veremos por parte de los médicos en Puerto Rico una adecuación del racialismo europeo —en particular si tomamos en consideración el concepto de “raza latina³⁷⁵”— que por un

ligera enfermedad nos molesta; recordemos como cambia entonces el carácter, como nos tornamos díscolos, todos nos estorba, cometemos inconveniencias, gracias á la pasajera molestia que nos ocasiona un órgano enfermo”. Ver “Tres causas de atraso, I”, 49-50.

³⁷⁵ Para mediados del siglo XIX se conforma una concepción de “raza latina”, la cual para finales del siglo XIX se expresa a través de la ideología del casticismo y la figura del mestizo. Hasta cierto punto, algunos historiadores, como Joseba Gabilondo, consideran la ideología del casticismo y del mestizaje como flexible y “desracializante” cuando se compara con las nociones racialistas anglosajonas y germánicas. En muchos sentidos esta evaluación es correcta, pero, como el propio Gabilondo aclara, esto no quita que no hubiese racismo a través de este discurso. Para principios del siglo XX el concepto “raza latina” va a asociarse con otros términos como la raza cósmica de José Vasconcelos, el hispanismo, el mestizaje, y, entre otros, el excepcionalismo español. Algunas de estas nociones permitían una mayor inclusión de las variedades raciales mientras que en otros se podían justificar exclusiones (por ejemplo, el hispanismo bajo el fascismo franquista). Se nos permitimos una breve revisión del término, encontramos un empleo inicial de corte imperialista, presente en los franceses, por ejemplo, desde el 1830 en Michel Chevalier. Chevalier, un colaborador del gobierno de Napoleón III, escribe un texto en donde justifica el expansionismo francés en Latinoamérica a través de la noción de “latinismo”. Chevalier, a tono con otros teóricos franceses (como Boudin y Gobineau), igualaba el mestizaje con la degeneración racial. Por ejemplo, consideraba a los hispanoamericanos como una “raza impotente que no dejará posteridad” a menos que no lograra enriquecer su sangre con una “sangre más rica, venida del norte o del levante” (vale notar como aquí vemos la noción de que deben promulgarse una inmigración que “blanqueara” para así “mejorar la raza). Sin embargo, unas décadas más tarde, tenemos una apropiación y

lado denigraba todo un colectivo humano, pero a la vez buscaba “asimilarlo” (en vez que eliminarlo o segregarlo). Hasta cierto punto, las nociones racialistas que manejaban los españoles, y que, por lo tanto, adoptaban los médicos puertorriqueños educados en España y Francia, reflejaban una mayor flexibilidad y apertura en torno a las interacciones entre las razas que el racialismo anglosajón (esto se nota particularmente en las nociones asociadas a la híbridez o mezcla de razas, el mestizaje y la pureza de sangre). Con esto no se quiere menospreciar el racismo que enmarcó las indagaciones médico-higiénicas sino contextualizarlo y diferenciarlo del racismo anglosajón y germánico (al que aludimos en el capítulo anterior en la historiografía de la eugenesia anglosajona³⁷⁶). En este sentido hay racialismos y clasismos que son más “inclusivos” que otros, sin embargo, el tono paternalista y humanista de tales “inclusiones” selectivas no debe eclipsar las dinámicas de poder y los modos de regulación, exclusión e incluso exterminio. Estamos aquí ya sentando las bases para lo que iremos discutiendo en los próximos capítulos cuando analicemos la eugenesia y el neomaltusianismo en Puerto Rico.

A. El campesino “blanco”

(...) Bah!, todo aquel mundo humano que desde el balcón de su casa de campo descubriría, no era más que un inmenso hospital. Los individuos y las familias arrastraban por las cuevas la cadena de las dolencias físicas. No había en ellos ritmo fisiológico, y así como en el febricitante

conceptualización anticolonialista en Francisco Bilbao (en el 1856), la cual sirvió para justificar la capacidad revolucionaria de las colonias latinoamericanas. En España, para finales del siglo XIX, la “raza latina” fue evocada desde un discurso melancólico y que buscaba expiar a la “raza española” de sus asociaciones con los legados árabe y africanos (como hizo, por ejemplo, el discurso “regeneracionista” de Joaquín Costa). Dejando a un lado las complejidades de este discurso y sus distintos usos (que escapan los confines de esta aclaración), lo que es pertinente para nuestros fines es cómo tal concepto fue utilizado a finales del siglo XIX por diversos autores que defendían la noción de “mestizaje”, como José Martí y Eugenio María de Hostos. Por ejemplo, José Martí consideraba al mestizo como un “hombre natural” y “ciudadano” del Estado, y de esa forma el mestizaje no era una degradación sino la posibilidad de terminar con el “problema racial” (de ahí, la noción de que “No hay odio de razas, porque no hay razas”). Hostos aludió a la “raza latina” para argüir cómo todas las civilizaciones eran el producto de una “fusión de razas” y, por consiguiente, el “mestizo” era un producto de la civilización. El mestizo era, según Hostos (ya en el 1870), “la esperanza del progreso” y el ciudadano ideal del “Nuevo Mundo”. Sin desacreditar la flexibilidad ideológica que mostraban estos discursos en torno a la raza, un aspecto negativo del concepto de “raza latina” es que podía obviar (o simplificar) la existencia de prejuicios raciales en Latinoamérica y el Caribe. Ver Joseba Gabilondo, “Genealogía de la ‘raza latina’: Para una teoría atlántica de las estructuras raciales hispanas”, *Revista Iberoamericana*, LXXV, nº228 (2009): 795-818, 796, 805-809, 812-13.

³⁷⁶ Para más detalles ver en el segundo capítulo la sección de “La eugenesia anglosajona”.

que delira se desarrollan el ímpetu y la fuerza, en ellos, de su vida sin nutrición, relampagueaba la relativa fuerza que los conducía al trabajo. El hambre imperaba y la vida apenas si alentaba de la misérrima limosna de un banano. Sí, aquello era una tumba de vivos. El glóbulo rojo, combatido por la sangre blanca, había huido para siempre de aquella gran masa de pálidos. Era una muchedumbre de contornos inciertos, borrosos, indecisos... Un haz de retorcidos sarmientos en que vicios y virtudes se enredaban, se enmarañaban de tal suerte, que siguiendo el sarmiento de una noble cualidad se llegaba al vicio, y sacudiendo el de un defecto se llegaba a la virtud. ¡Ah..!, ¿cómo definirlos? En sus chozas les azotaba la intemperie; en la blandura ambiente ocultábase traicionera la cálida humedad de las noches; en el ardor diurno, el ascua solar carbonizando con fuego sordo los organismos. Todo parecía empujarles, destruirles... Sí, a muerte; condenados a la extinción y a la muerte; raza inerme que sucumbe bajo la acción selectiva de la especie; gigantesco estómago que parece exhausto, atónito, sin nutrición, sin vida... Juan encogíase de hombros fingiendo indiferencia... ¿Qué le importaban a él tantos dolores? Aquel mal era la cordillera, él era el átomo. Nadie le escuchaba, nadie le entendía y el hondo infortunio que le rodeaba parecía amenazarle con su contacto, para destruir a su fortaleza y borrar de su espíritu la noción del bien.

Y él, el mismo Juan del Salto, que se nutría, que se rodeaba de holguras y tenía presentes en sus metodismos los consejos de la higiene, acababa con frecuencia por creerse también enfermo; considerándose atacado de una neuropatía reflexiva que en materias filosóficosociales no le dejaba atinar con las soluciones justas³⁷⁷.

Zeno Gandía, a través de su ideado e ideal personaje de hacendado en *La Charca* —Juan del Salto—, narra las típicas frustraciones de una elite criolla que reflexionaba sobre ese supuesto “enigma” que eran los “pálidos jíbaros”. Lo aparentemente enigmático era la también la supuesta indefinición de ese grupo que debía ser constitutivo o hasta representativo de los habitantes del país. La genealogía de los enigmáticos y pálidos/anémicos jíbaros apuntaban a una especie/raza monstruosa que era indiferente e ingobernable. Vale notar como esta “muchedumbre” es descrita en un lenguaje biológico, racialista —glóbulos rojos combatidos por “sangre blanca”, una “raza inerme” que sucumbe bajo las leyes selectivas de la especie— e higienista —los consejos de higiene del reflexivo hacendado que se reducen a enumerar los vicios y carencias del “medio”—. Resulta muy sugestivo el tono fatalista y nihilista que apunta a cierta predisposición o tendencia en los jíbaros que los hace particularmente vulnerables, débiles o afectos a una suerte de pulsión

³⁷⁷ Zeno Gandía, *La Charca*, 55-56

mortífera —“todo parecía empujarles, destruirles”—. Por un lado, dicha representación parece sugerir que los jíbaros son una figura trágica y víctimas de un mundo cruel que los ignora; pero, por el otro lado, el hecho de que el personaje de Juan del Salto ubicase el problema en la indefinición y vaguedad enigmática del jíbaro, nos sugiere que el problema no radicaba solo en el “medio”, las autoridades o lo hecho por las elites. Hasta cierto punto, el jíbaro era representado como una mueca de los atrasos, negligencias y carencias que obstaculizaban el desenvolvimiento y realización de lo que debía ser un puertorriqueño.

Tanto en los textos de Zeno Gandía como en los de la mayoría de los médicos que, fuera de forma pasajera o más detallada, aludían al campesino, nos encontramos con narrativas que lo ubican como el ícono por excelencia del retraso, la ignorancia, la indiferencia, la pasividad y la superstición. Esto no es de suyo nada nuevo para esta época, y se pudiese argüir que el jíbaro ha sido siempre una categoría despectiva dentro del discurso de las elites en Puerto Rico³⁷⁸. Presentado casi como un tipo de “noble salvaje”, su caracterización permitía ubicarlo en el centro de todos los peligros, como potencial portador de enfermedades, incorrecciones y mala educación (la cual les transfería a sus hijos). Decimos casi como un “noble salvaje”, porque la mayoría de los médicos exigían que el jíbaro fuese modernizado, aclimatado o adaptado a las exigencias de la Modernidad, la Higiene y el Progreso.

Se aludía repetidamente al clima, junto a la carencia de una buena alimentación, la herencia

³⁷⁸ Si nos remitimos a la posible historia del término “jíbaro”, encontramos que sus usos, tanto dentro y fuera de Puerto Rico tienden a ser despectivos. Al respecto, Francisco Scarano apunta a que existe mucho debate en torno a la etimología del término “jíbaro” y su uso particular en Puerto Rico. Por ejemplo, en Ecuador, Colombia y Venezuela se vincula con grupos amerindio que hizo resistencia contra los españoles (los *jíbaros* o los *shuar*). En México, durante la era colonial, se utilizó como una categoría racial para designar a los mestizos entre indios y africanos. En Cuba y Santo Domingo se utilizó para referirse a animales domésticos vueltos salvajes/montaraces. En Puerto Rico, según estima Scarano, el término puede encontrarse durante la primera mitad del siglo XVIII como una categoría utilizada, usualmente de forma despectiva, por las elites para describir la existencia nómada y agraria. Para más detalles ver Francisco A. Scarano, “The jíbaro masquerade and the subaltern politics of creole identity formation in Puerto Rico, 1745-1823”, *The American Historical Review* C1, n°5 (1996): 1398-1431, 1414-1416

racial mixta (salvaguardada parcialmente por su interacción con la raza europea) y la falta de instrucción como el conjunto de causas/razones que explicaban las faltas/déficits del campesino. Tales faltas podían sintetizarse en la figura de un ignorante entregado a vicios —ya que como declara Valle Atilés, “la ignorancia explica al vicio”³⁷⁹—. La falta de educación era utilizada como una especie de barómetro moral que explicaba la situación de los campesinos, y de los trabajadores en general, los cuales tenían “hábitos perniciosos” que afectaban lo físico y lo moral³⁸⁰. Todo esto va a tono, y resume, lo que hemos ido señalando.

Sin embargo, aún nos faltaba acentuar más los aludidos vínculos entre aclimatación y herencia como “problemas causales” que explicasen la condición del campesino. En este contexto se destaca, más que nadie, Valle Atilés. A modo de síntesis, Valle Atilés identificaba que las tres causas que “median” e “influyen” en el campesino eran la herencia, las circunstancias climatológicas y las condiciones higiénicas en las cuales vive³⁸¹. Lo socioeconómico o las carencias económicas, si bien eran circunstancias —junto a la explotación laboral—, no eran verbalizados como una de las causas precipitantes o suficientes. Y si tales circunstancias eran más o menos apalabradas, se expresaban a través de las ya aludidas críticas a la nutrición (carencia, mala calidad y alto costo de productos de buena calidad) o a la falta de educación —aún si no quedaba claro cómo una mejor educación se traduciría a una mejoría socioeconómica—. Una de las explicaciones que ofrece Valle Atilés para el degradado destino que le ha tocado vivir al campesino apuntaba a la herencia racial de la “indolencia indígena”³⁸² y del “esclavizado negro”. Estas dos

³⁷⁹ Valle Atilés, *El campesino*, 136.

³⁸⁰ “Tres causas de atraso, I”, 51.

³⁸¹ Valle Atilés, *El campesino*, 63.

³⁸² Al respecto veamos la siguiente explicación hereditaria que ofrece Valle Atilés:

La influencia, aunque poca, debemos asignar al tronco indígena, como elemento etnológico; pues los españoles mezclaron desde los primeros días de la conquista su sangre con la india. Este parentesco no es, sin embargo, de los más importantes, (...) es lo cierto que en 1582 (...) no había ya naturales en el país; cosa que había motivos para esperar que sucediese, en más o menos lejano plazo, desde que ocupó el limitado territorio de Borinquén una raza más viril y civilizada que la indígena, supuesto que los españoles solo tenían

figuras y significantes van a repetirse en las supuestas explicaciones “etnológicas” y “genealógicas” respecto al “destino” actual del campesino.

Las características asociadas a la “negritud” tienden a representarse como viciadas y/o que afean (e incluso causan hedores más fuertes), y si bien Valle Atilés no llegaba al extremo de proclamar al campesino negro como inferior; sí ubica la raza negra como inferior en el destino evolutivo de las razas³⁸³. En este sentido, la esclavitud, siendo algo que atentaba contra el progreso moral y la racionalidad, tuvo un efecto negativo, “traumático” y aún presente en la fisonomía moral del campesino³⁸⁴. Aunque poca, estaba presente aún la influencia genealógica del “tronco indígena”, conquistada por una raza más viril y civilizadora —la blanca/europea—. En este sentido el lenguaje racialista del siglo XIX estaba muy asentado en estas interpretaciones “genealógicas” que aludían a leyes axiomáticas respecto a la “guerra de las razas” y los procesos de adaptación y asimilación que dictaminaban la desastrosa influencia de la raza blanca sobre las razas inferiores o los “pueblos salvajes” /invadidos. Dicha influencia de la raza blanca/superior llevaba a una mayor mortandad y un descenso en la natalidad de las razas inferiores. En una sección posterior retomaremos esta explicación racialista dado que merece que nos detengamos en ella; por el momento continuemos con las demás observaciones de Valle Atilés.

El campesino era identificado, según Valle Atilés, como el grupo más afectado y abierto a toda

en contra la naturaleza del clima, mientras que a su favor estaban todas las ventajas de la civilización. Es axiomático que la cultura de los pueblos invasores es siempre fatal para los pueblos salvajes invadidos.

Valle Atilés, *El campesino*, 10-11.

³⁸³ Entre los ejemplos que encontramos en el texto sobre la supuesta “evolución de las razas” tenemos el siguiente pasaje: “Las mismas relaciones mutuas de los hombres entre sí, modifican la patología de una región y en este particular conviene señalar el hecho de la desastrosa influencia que ejerce la raza blanca sobre las razas inferiores cuyo país invade (...) extraña influencia de que hablamos, ejercida por la raza blanca, influencia que se traduce por una mayor mortalidad y por el descenso de la natalidad que llevan al aniquilamiento de la raza inferior”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 32-33.

³⁸⁴ Al respecto comenta Valle Atilés: “Amén de algunas de las deficiencias de moralidad del negro, transmitidas al campesino, á causa de las relaciones que con él tenía en los trabajos de campo, es de todo punto incontrovertible que la esclavitud, el hecho sólo de esta degradante institución ha debido ser causa poderosísima, capaz de producir resultados dañosos en la índole moral del hombre de campo (...)”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 146.

suerte de vicios (en oposición al pequeño propietario³⁸⁵). Si bien podía considerarse un individuo decente, el clima lo sometía a todo tipo de debilidades e intemperancias (o al despertar de “sensualidades” o “pasiones fogosas³⁸⁶”). El campesino era descrito como “esbelto”, “enjuto” — aunque no por ello carente de “gallardía” española en sus miembros—, con un “temperamento nervioso-linfático”, con “viveza” o “vigor” —aunque inferior a la del hombre culto dado la calidad de su alimentación—. Antropométricamente era identificado como mediterráneo —una talla media, proporcionalidad y simetría mediterránea, ojos oscuros— aunque existían unos pocos con ojos azules —y con una coloración que fluctuaba entre el “blanco rosa más puro hasta el moreno más oscuro”—. No obstante, predominaba más el “color oscuro” —pero aún blanco— propio de los climas cálidos — cuando no se trataba del color anémico que también predominaba, siendo este un color blanco mate, amarillo o amarillo-verdoso y propio de la clorosis—³⁸⁷. Aunque el campesino era definido como “predominantemente blanco”, esto denotaba más a la población que vivía en “el interior” y en las montañas —más cercano al criollo descrito por Fray Iñigo Abad—, siendo las otras dos razas/etnias la negra y la “mezcla de las dos” (blanca y negra)³⁸⁸.

A tono con lo discutido respecto al discurso epistemológico del saber médico que trascendía las apariencias, existía entre los médicos un discurso defensivo y “medicalizador” ante las injustas acusaciones hacia la aparente “holgazanería” o “indolencia” del campesino³⁸⁹. Ante tales

³⁸⁵ Valle Atilas, *El campesino*, 16.

³⁸⁶ Sobre el clima de Puerto Rico advierte Del Valle Atilas “(...) país que, sin duda, por sus condiciones climatológicas, predispone al desarrollo temprano y fogoso de las pasiones”. Valle Atilas, *El campesino*, 135.

³⁸⁷ Valle Atilas, *El campesino*, 17, 20-22.

³⁸⁸ Valle Atilas, *El campesino*, 14-15.

³⁸⁹ Valle Atilas advierte y aclara al respecto:

Estando bajo tales condiciones, el jíbaro trabaja tanto proporcionalmente á su alimentación, como el mejor jornalero y más bien alimentado de otras partes, ¿por qué se ha dicho lo contrario? No lo sabemos, pero el hecho es real, evidente, complácenos consignarlo, y añadimos que es injusto ó demuestra irreflexión, el acusar de holgazanería á un enfermo ó á un hambriento (...): los alimentos excitan la actividad celular y suministran los elementos de donde ésta ha de sacar lo necesario para su nutrición, si no los encuentra, la célula se empobrece; y el organismo, que no es más que un inmenso conjunto de células, á su vez sufrirá aquella influencia

Notemos que la analogía entre energía de trabajo, nutrición y crecimiento celular es muy propia del organicismo

acusaciones, amparadas en las apariencias, se recordaba que el jíbaro trabajaba proporcionalmente a su alimentación —un argumento curiosamente organicista/spenceriano³⁹⁰— y su aparente holgazanería era en realidad producto de una enfermedad, del estar hambriento y de padecer de un “empobrecimiento” en sus células —y “el organismo no es otra cosa que un inmenso conjunto de células³⁹¹”—. En realidad, el jíbaro lograba mucho con la poca energía que lograba acumular, trabajando desde el amanecer hasta el anochecer, que al parecer es equivalente a decir que trabajaba para alcanzar lo que es “indispensable” —a “sus escasas necesidades”³⁹².

Valle Atilés también señalaba “que el amor al trabajo” no era una “cualidad dominante en el jíbaro³⁹³”; observación que no será aislada y se seguirá repitiéndose a través de los inicios del siglo XX. Se puede entrever un discurso medicalizador, compasivo y humanitario que no podía menos que hacer dicha salvedad respecto a las inclinaciones “naturales” y “vegetativas” del jíbaro pobre, anémico y clorótico —triada sinonímica—: sí al alcohol, al descanso y a la obediencia, pero no al trabajo. Era casi como si la enfermedad, si bien lo disculpaba también lo responsabilizaba y revelaba su esencia —y con Ashford, a principios del siglo XX, veremos que dicho discurso no cambia mucho—.

La mala alimentación³⁹⁴ explicaba, pero a la vez correspondía con, la “natural indolencia” del

spenceriano (como veremos más adelante). Ver “Tres causas de atraso, III”, 82-83.

³⁹⁰Vale la pena señalar la mención explícita que hace Valle Atilés de Herbert Spencer quien expuso que el “grado de vigor depende esencialmente de la índole de la alimentación”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 17.

³⁹¹“Tres causas de atraso, III”, 82-83.

³⁹² Nos aclara, en tono defensivo, Valle Atilés:

Es preciso no juzgar por las apariencias; es preciso no contentarse con decir que el campesino es indolente y que le justa la hamaca más que el trabajo; otros podrán decir que trabaja más de lo que podía esperarse, que su indolencia, entre muchas razones, tiene fundamento en que por desgracia el trabajo “no encuentra (como sucede en Sevilla según Hauser) suficiente estímulo en este país, donde prevalece el sistema del favoritismo” (...) pero así y todo trabaja desde el amanecer hasta el anochecer á jornal ó á destajo (mal alimentado y mal resguardado por el vestido, de las influencias atmosféricas), trabaja decimos, cuanto le es preciso para ganar lo indispensable con que atender á sus escasas necesidades.

Valle Atilés, *El campesino*, 19

³⁹³ Valle Atilés, *El campesino*, 18.

³⁹⁴ Valle Atilés, *El campesino*, 28-29.

campesino y de su estómago, que no tenía fuerzas digestivas potentes —a diferencia de los estómagos en países templados—³⁹⁵. La “natural indolencia” los llevaba a una serie de insuficiencias e inclinaciones, desde la poca vestimenta (que no los protege de la humedad) hasta el instinto natural al alcohol como sustituto de la falta de comida (y para sostenerlos sin sentir fatiga). El jíbaro, en tanto y en cuanto sujeto al trópico, estaba atraído a los vegetales —comía pocas carnes y de mala calidad— y era “sobrio” aún si estaba inclinado a bebidas excitantes y nerviosas (café) e intoxicantes (alcohol) para sostenerlo y darle fuerzas³⁹⁶. Este conjunto de carencias, asociadas a su falta de vigor, eran las causas del “pauperismo orgánico de este pueblo”³⁹⁷.

¿Cuál era ese “instinto natural al alcohol”? Tanto el campesino como el negro eran descritos como víctimas, sujetas a toda índole de excesos, debilidades y podredumbres, y estas dos figuras fueron los candidatos predilectos para representar la más vil de todas las enfermedades y vicios, la ebriedad, la cual infectaba y degradaba la “raza”. Aquí nuevamente hay que recordar la particular semántica de la herencia del final de siglo, la cual fácilmente podía confundirse con “influencias” que viciaban/envenenaban/infectaban —tres términos que confluyen mucho en este discurso—. Valle Atilés señalaba que el campesino, dado a su falta de una alimentación sana y su “constitución racial” (imbuida aún de elementos negros e indígenas), padecía los vicios del alcoholismo y la locura, transmitiéndola por vía hereditaria y llevando a la “degeneración de la especie”³⁹⁸. En un tono similar, Rodríguez Castro decía que el clima ardiente, la mala alimentación y la tendencia a

³⁹⁵ “Tres causas de atraso, III”, 82.

³⁹⁶ Valle Atilés, *El campesino*, 28-9.

³⁹⁷ Valle Atilés, “Dime lo que”, 242.

³⁹⁸ Nos dice Del Valle Atilés: “Al alcoholismo y á la locura paga su tributo también el campesino. Resultando de un vicio, el primero, va generalizándose entre hombre y mujeres lo bastante para hacernos temer por la degeneración de la especie, transmitiéndose, como se transmite, el envenenamiento alcohólico de padre a hijos. La afición á los alcoholes es general entre las clases proletarias de todas partes, como que obedece á las exigencias del organismo que pide combustible para entretener la vida, cuando los alimentos no se toman en cantidad necesaria, ni son de calidad nutritiva suficiente. (...)”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 55-56.

beber aguardiente de caña, además de entregarse a otras intemperancias asociadas a la sensibilidad, determinaban al campesino (y al jornalero) a la embriaguez, la dipsomanía y el *delirium tremens* —el cual afectaba más a los negros—³⁹⁹. En estos debates que naturalizaban la intoxicación y la locura en los jíbaros y negros encontramos también la imagen recurrente: el puertorriqueño de “temperamento nervioso⁴⁰⁰”.

En las teorías de embriaguez/ebriedad/intoxicación puede apreciarse una semántica que se ampara en la teoría de la neurastenia, en lo que confluyen los significantes de sensibilidad, influencia y comunicabilidad para referirse al jíbaro, en tanto y en cuanto un “sujeto moderno” abierto y predispuesto a un temperamento nervioso⁴⁰¹. Daba igual si era heredado o no, se trataba de una “influencia”, de algo que se transmitía indefectiblemente, sea de padre a hijo o vía la nutrición, el clima o los efectos de ciertos sucesos históricos (la esclavitud, la Ilustración, etc). Sin embargo, sea o no algo reconocido como heredado por vía paterna, aún un futuro eugenista como Valle Atilas apostaba por cierto grado de modificación a través de la higiene y/o la educación (como veremos en el próximo capítulo).

³⁹⁹ Siguiendo los típicos principios de meteorología médica y de “aclimatación” de la época, Rodríguez Castro dictaminaba que los negros eran más vulnerables al *delirium tremens*. Ver Rodríguez Castro, *La embriaguez y la locura*, 27.

⁴⁰⁰ Rodríguez Castro, como era de esperar y cónsono con muchos otros médicos, remite a los trabajos del Dr. George Beard sobre la neurastenia y el uso de licores y drogas. La teoría de Beard, al igual que muchas teorías del siglo XIX (y algunas de finales del siglo XVIII en Inglaterra y Estados Unidos) veían que los hombres modernos eran más sensibles a todas las influencias, por la mayor actividad de su sistema nervioso. Ver Rodríguez Castro, *La embriaguez y la locura*, 10-11.

⁴⁰¹ Este giro puede verse también en Europa. Como ya hemos señalado en otras secciones y notas, la sensibilidad, las voliciones y las reacciones del individuo a su ambiente, incluyendo su modo de cuidar de su intimidad o “individualidad” habían sido ya objeto de estudio desde finales del siglo XVIII. Sin embargo, para finales del siglo XIX toman mayor interés, y vale ver que es en este contexto, en donde se están estudiando y promoviendo los vínculos entre competitividad, la organización del trabajo, y el organicismo, que tales actos son codificados como “desórdenes nerviosos” (las neurástenias). En Europa y Estados Unidos esta asociación fue aún mayor entre aquellos partidarios del darwinismo social de Herbert Spencer. Al respecto, el historiador francés Georges Vigarello señala que en las últimas dos décadas del siglo XIX “la voluntad de los ciudadanos parece estar amenazada por la debilidad debido a un exceso de estimulaciones, de promiscuidades, de rivalidades. Surgen nuevas palabras que designan estas alteraciones: estrés, neurastenia, trabajo excesivo, agotamiento nervioso, neurosis de agotamiento”. Ver Vigarello, *Lo sano*, 367.

En diversas ocasiones e instancias el cuerpo/ “organismo” de los puertorriqueños, en particular las clases trabajadoras, los negros y las mujeres, son descritos a través de imágenes que remitían a cuerpos, emociones y mentes “nerviosas”. Este tipo de imaginaria era muy común entre los médicos y alienistas que escribían sobre la degeneración y las enfermedades nerviosas como “enfermedades modernas”. Esta descripción apuntaba, una y otra vez, a una serie de inclinaciones y predisposiciones degeneradas que moldeaban el cuerpo de toda una nación hacia un estado perpetuo de crisis y estancamiento. Entre las imágenes de degeneración más destacadas estaba la “podredumbre” e “indolencia” del jíbaro anémico. Aún si podía haber cierta intención entre los médicos en destacar que el campesino era, pese a su pobreza orgánica, un individuo moralmente bueno y digno, una y otra vez, las descripciones y diagnósticos respecto a sus capacidades intelectuales, culturales o volitivas (e incluso de autogobierno) apuntaban a lo contrario, a una degeneración. Como ya mencionamos, esta representación negativa de un “alma vegetativa” y “degenerada”, era parte de una retórica muy común entre los liberales reformistas (como Zeno Gandía y Valle Atilés).

Por esa razón no debe sorprendernos que en términos intelectuales se aluda al jíbaro como un individuo “rutinero”, con “conocimientos pobres” de agricultura, que utilizaba instrumentos y técnicas primitivas que lo fatigaban más rápido que a sus homólogos *yankees*⁴⁰². A tono con Salvador Brau, Valle Atilés presentaba al campesino como ignorante de las teorías más rudimentarias de la ciencia agronómica, y en desfase con las demás “civilizaciones”⁴⁰³. Al acercarse al lenguaje del jíbaro —que se suponía ser la “expresión total de la vida del espíritu”⁴⁰⁴—, identificaba su habla como defectuosa —producto de falta de instrucción—, con voz alta, pero

⁴⁰² Valle Atilés, *El campesino*, 97.

⁴⁰³ Entre las sugerencias político-económicas que hizo Valle Atilés estaba incentivar, vía programas del Gobierno, el que cada jíbaro tuviese su huertecillo libre de contribuciones. Valle Atilés, *El campesino*, 90-91, 95-97, 99.

⁴⁰⁴ Valle Atilés, *El campesino*, 105.

sin intensidad, en donde no predominaban los sonidos graves; y aunque expresasen algo de creatividad poética —claro está, gracias a su herencia española— la imaginación no bastaba “para producir lo bello⁴⁰⁵”. Sus cantares, nos aclaraba Valle Atilés, tendían a estar enfocados/inclinados a lo pasional y lo sensible, centrados en el amor y los sentimientos pasionales. El galeno agrega que pese al pobre desarrollo intelectual del jíbaro “este infeliz anémico mantiene vivo, allá en su alma, el culto de la poesía, y puede y saber sentir la belleza y producirla a veces⁴⁰⁶”.

En términos morales, se decía que creían en Dios, pero cometían muchos errores respecto a su entendimiento, dándole atributos humanos al Ser Supremo —lo cual, obviamente no hacían los médicos cristianos racionales—⁴⁰⁷. Si bien eran identificados como católicos, su “roce con una raza como la africana” había llevada a cierta confusión de creencias. Para demostrar cuan profundo era este “roce” Valle Atilés alude cómo Abbad de la Sierra comentaba, como algo raro, esa proximidad entre los niños de raza criolla y raza africana. A eso se la añadía una inclinación jíbara a una imaginación fantaseadora —y vale recordar que esta al parecer no bastaba para producir lo bello—, y esta “mezcla” de fantasías y proximidades los había llevado a creer en el espiritismo —el cual, al parecer, ofendía y afeaba al cristianismo—⁴⁰⁸. Si la degeneración religiosa y lingüística no bastaba para reiterar la imagen de infantilización y primitivismo idiota en el jíbaro, Valle Atilés, cónsono con otros como Brau, apuntaba a que ocasiones su ignorancia los llevaba a ejercer cierto tipo de “comunismo⁴⁰⁹” al tomar cosas prestadas y no pagar por ellas. Aun así, la inclinación natural del jíbaro era la democracia como modo de gobierno —Valle Atilés insiste que no hay

⁴⁰⁵ Valle Atilés, *El campesino*, 106-107.

⁴⁰⁶ Valle Atilés, *El campesino*, 110.

⁴⁰⁷ Valle Atilés, *El campesino*, 127.

⁴⁰⁸ Valle Atilés, *El campesino*, 128.

⁴⁰⁹ Nos dice Valle Atilés “un jíbaro no cree violar ningún derecho cuando se apropia de un ave de corral, un racimo de plátanos ú otra pequeñez (...) Seguramente no todos los jíbaros profesan este comunismo, pero sí hay muchos que no muestran escrúpulo en practicarlo, ya en esta forma, ya tomando á prestamos dinero sin intención de pagar la deuda ó bien comprando algo cuyo importe no satisfacen”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 105, 131.

comunistas ni socialistas en Puerto Rico—⁴¹⁰. La moralidad del jíbaro, pese a todas estas confusiones, los inclinaba a la caridad, la hospitalidad y el perdón, y —muy a tono con la imagen del salvaje idiota, inocente e infantil— eran descritos como dulces e inofensivos⁴¹¹.

Ante todo, ¿cuáles eran las recomendaciones de Valle Atilés? Nada muy distinto a lo que hemos presentado: 1) reglamentar las industrias malsanas, sujetando á un plan higiénico; 2) la construcción de mataderos, hospitales, cementerios, etc.; 3) regular el uso de las corrientes de agua; 4) dar protección á los niños; 5) protección administrativa, instrucción y estímulo de la instrucción del campesino ignorante; 6) más escuelas e instrucción⁴¹². Valle Atilés celebraba como la Ciencia había logrado romper con las rutinas y buscaba “el bien social de todas las clases”, y tal bien radicaba “en la educación”—“el remedio, no es permitido dudarle, es la escuela⁴¹³”. El reiterado énfasis en la educación tenía también unas finalidades de “cultivar” y “regenerar” que correspondían con las preocupaciones maltusianas de sobrepoblación y las de degeneración de índole clasista y racial (que para principios del siglo XX serán rearticuladas a través de las teorías y discursos eugenistas). Ya esto asunto lo veremos con mayor claridad en los próximos capítulos, cuando las teorías eugenistas y neomaltusianas son defendidas y promulgadas por varios médicos.

La imagen del médico como autoridad, consejero y maestro de los “incultos” era utilizada oportunamente para destacar que los campesinos requerían de intervenciones higiénicas so pena de dejarse ir por sus inclinaciones. Por eso una y otra vez se destacaba la necesidad de “cultivar” a través de la instrucción, sintetizada en la siguiente imagería de “regeneración” y de lógica demagógica: “La tierra está dispuesta; sólo falta el jardinero que venga á sembrar las flores (y ojalá sea pronto)”. Para reforzar la analogía entre el médico y el jardinero, Valle Atilés cita a Samuel

⁴¹⁰ Valle Atilés, *El campesino*, 105, 140.

⁴¹¹ Valle Atilés, *El campesino*, 105, 132.

⁴¹² Ver Valle Atilés, *El campesino*, 105, 92.

⁴¹³ Valle Atilés, *El campesino*, 105, 82.

Smiles quien decía “arcilla vulgar era yo ántes que en mí hubieran sembrado rosas⁴¹⁴”. La alusión a Smiles resulta interesante (de su libro *Character*⁴¹⁵) y refleja un apego a un voluntarismo e individualismo que, por lo general, tiende a responsabilizar a los individuos, en particular a los pobres, de su malestar. Además, en esta analogía el jíbaro era esa arcilla vulgar que, a través de la educación y la Higiene, podía “embellecerse” (como supuestamente decía una “fabula oriental”).

En otras palabras, para poder “progresar” lo más importante era la voluntad y convicción del individuo a “cambiar”, y para lograr esto los pobres e ignorantes debían obedecer los dictámenes de los letrados y la “buena educación”. Lo mismo, pero con otras finalidades, se decía en torno a las mujeres. Se debía regular su reproducción y su “calidad” para así poder “regenerar” al país. Ya aquí notamos como algunos médicos, como Valle Atilas, señalaban el problema de la sobrepoblación y la necesidad de controlar y regular la natalidad —“este pequeño Rincón de la Tierra tiene una población tan densa cómo es posible”— para que así reprodujeran los más aptos, vigorosos y sanos, en vez que los más débiles, anémicos y viciosos—“sin hombres vigorosos,

⁴¹⁴ Valle Atilas, *El campesino*, 144.

⁴¹⁵ El libro *Character* se publicó originalmente en el 1871 y la cita aludida parecer ser una traducción del siguiente fragmento:

Communication with the good is invariably productive of good. The good character is diffusive in his influence. “I was common clay till roses were planted in me,” says some aromatic earth in the Eastern fable. Like begets like, and good makes good. “It is astonishing,” says Canon Moselev, “how much good goodness makes”. Nothing that is good is alone, nor anything bad: it makes others good or others bad—and that other, and so on: like a stone thrown into a pond, which makes circles that make other wider ones, and then others, till the last reaches the shore. . . .

Smiles era reconocido por su libro de autoayuda, llamado así mismo (*Self Help*). *Character* es un libro que sigue el mismo tono que reforzaba la importancia del voluntarismo y el individualismo para progresar. Sus libros fueron *best-sellers* (con 25,000 copias de *Self-Help* vendidas para finales del siglo XIX) y son, en muchos sentidos, las bases para muchos de los libros actuales de autoayuda y “psicología positiva” (liderada por Martin Seligman desde principios del siglo XXI). Los libros de Smiles enfatizaban el autocontrol y la “educación interior” como modos para ser exitosos, nobles y buenas personas. No debe sorprender que Smiles pensase que el trabajo era uno de los mejores “educadores” del carácter. Smiles puede considerarse parte del *New Thought* anglosajón de finales del siglo XIX que se centraba en la “psicología” del “pensamiento positivo”. Como apunta al respecto Helena Béjar, tenemos aquí un tipo de “mentalismo antimaterialista basado en un optimismo sin límites”. Hasta cierto punto, este tipo de “psicología” puede verse como una reacción en contra de las teorías de la neurastenia de George Beard, quién consideraba dicha enfermedad una fisiológica y no mental (aun si su teoría se prestó para muchas interpretaciones “psicológicas”). Lo pertinente a notar no es solo este mentalismo voluntarista de Smiles, sino como tal apelaba a las clases medias y a los discursos de liberalismo económico de finales del siglo XIX. Samuel Smiles, *Character* (The Pioner Press, 1889), 86; Helena Béjar, “Los orígenes de la tradición del pensamiento positivo”, *Athenea Digital* XIV, n°2 (2014): 227-53, 232-33, 238-44.

sanos, la multiplicación de la especie debería retardarse” ante la inmensa cantidad de anémicos—
416.

B. La mujer “reformada”

Como es de esperar en la época, abundan los significantes que reducen a las mujeres a una serie de imaginarios: “la cara mitad del hombre, el ser privilegiado de la Creación⁴¹⁷”, casi naturalmente casera —no acostumbraba a salir de la casa e ir de “paseo” para ejercitarse — e inclinada “en sus gustos á lo bello y a lo delicado”, menos robusta y con músculos menos desarrollados para los trabajos fuertes —exigirle dichas fuerzas fuera ir contra el “orden de las cosas”—⁴¹⁸. Los médicos aconsejaban y exigían a sus lectoras una serie de regulaciones respecto a: 1) cómo bailar —“su soñada” y “privilegiada actividad”—, lucir —con “rico vestido”— y entretenerse —porque la Higiene sí permite diversiones⁴¹⁹— de acuerdo con las exigencias de la higiene —evitando trajes apretados y bebidas frías⁴²⁰—; a la vez que las mujeres debían evitar fatigarse con horas de baile sin receso dado que esto causaba irritación en el sistema nervioso y debían cuidarse de no incitar las pasiones a través de la danza “moderna” —se podía, por ejemplo

⁴¹⁶ “Tres causas de atraso, I”, 51.

⁴¹⁷ El médico que utiliza estos eufemismo no aparece identificado con nombre y apellido (solo el apellido). Hemos de suponer, por proceso de eliminación a partir del catálogo de médicos y el diccionario de médicos de Arana Soto que se trata de Martín Travieso y Quijano. Travieso, “Breves consideraciones sobre el uso del corsé”, *LS I*, nº4 (1883), 61-63; Arana Soto, *Catalogo*, 424-25.

⁴¹⁸ Vale notar cómo la mujer puede ser deformada si es “masculinizada” en sus fuerzas o si, en el proceso de domesticación, terminaba esclavizada/habituada/mal-acostumbrada a una “segunda naturaleza”, sujeta a lo domestico sin salir jamás de casa:

Si exigiéramos de la mujer una actividad física igual á la del hombre, iríamos contra el orden de las cosas; la constitución ménos robusta de aquella, sus músculos ménos desarrollados, sus limitadas fuerzas, nos dicen que los trabajos fuertes corresponden al hombre y los del hogar á su bella compañera. Pero si esto es exacto, también lo es que la mujer á fuerza de estar en la casa llega á hacerse de esta necesidad, un hábito con el que nunca rompe; conocemos muchas señoras que cuentan por años el tiempo durante el que no han salido á la calle, y con ello han hecho á su organismo esclavo de una segunda naturaleza creada por aquella costumbre

“La mujer casera”, *LS I*, nº6 (1883), 85-87, 85-6.

⁴¹⁹ Un galeno aclaraba que la Higiene no es regañona, caprichosa, avinagrada ni tiránica —casi como si fuese una viejecilla o matrona severa— y no viene a quitarles a las mujeres el baile, esa “diversión predilecta”, sino dictar como hacerlo de forma saludable/higiénica. Ver “El Baile ante la Higiene”, *LS I*, nº1 (1883), 27-30, 27.

⁴²⁰ “A tomar un refresco”, *LS I*, nº10, 148-50.

“bailar inocentemente” el merengue—⁴²¹; 2) evitar el uso de corsés —producto que “para presentarse hermosa ante el hombre” las llevaba a someterse “á los caprichos despóticos de la moda”—⁴²²; 3) ejercitarse yendo de paseo —evitando esa inclinación por estar encerradas en la casa— dado que por influencia del clima (y no otra cosa) las “inclina al reposo”; 4) evitar el uso excesivo de maquillajes —marca de exuberancia y de dejarse ir por las modas reinantes, que en nombre del “refinado hermosteamiento de la dama” terminan convirtiéndolas en mujeres insalubres, nerviosas, histéricas y locas—⁴²³; y, entre otras cosas, 5) el mal uso de los lavaderos⁴²⁴.

Muchas de las regulaciones remitían a la sexualidad o a, lo cual pudiese ser casi idéntico, los peligros de la pasión amorosa y la sensibilidad. En ese sentido la “conservación de la salud”⁴²⁵ era también “preservar la descendencia”. Al respecto de lo reproductivo, las indicaciones iban desde evitar la influencia atrevida de “curiosas” (un eufemismo para referirse a las comadronas o a cualquier mujer que percibiera como una amenaza a la autoridad médica) en el “alumbramiento” hasta el incesto y el uso de vestimentas, brebajes o actividades que afectasen la progenie futura o el “Progreso de la Especie” en la “Lucha por la Existencia”. Las mujeres, en particular las campesinas, debían ser protegidas de las “malas influencias” dado que su supuesta casi natural “sobriedad”, ya descrita en Brau⁴²⁶ y Valle Atilés, las inclinaba a cierta pasividad, superstición e ignorancia.

La imagen de la mujer como objeto de domesticación y civilización resultaba muy oportuna para el discurso médico-higiénico, y la ubica siempre en un lugar de fragilidad, sensibilidad e

⁴²¹ Valle Atilés, *El campesino*, 112.

⁴²² Travieso, “Breves consideraciones”, 62.

⁴²³ “Dos cuadros”, *LS I*, n°12 (1883), 190-92; “Dos cuadros”, *LS I*, n°13 (1883), 202-03; “Dos cuadros”, *LS I*, n°14 (1883), 221-223. En el último artículo es donde mejor puede verse la descripción de una dama maquillada como “histeriosa”, nerviosa y loca furiosa, casi como “bruja poseída por el diablo” en medio de todas las píldoras, cremas, bálsamos y elixires cuestionables.

⁴²⁴ Ver “Lavaderos de la capital”, *LS I*, n°3 (1883), 41-44, 41.

⁴²⁵ Travieso, “Breves consideraciones”, 61.

⁴²⁶ Brau, *La Campesina*, 17-19.

histerización. En un sentido, se decía que los progresos de la civilización habían “rodeado a la mujer” con un “medio artificial” que había “amoldado su organismo” y, cónsono con todo país civilizado, la madre era objeto de una serie de requerimientos y atenciones especiales⁴²⁷. Eso dicho, también eran descritas como más vulnerables a toda clase de intervenciones, influencias y enfermedades —distintas a las fémias del mundo animal o inclusive de ciertas tribus primitivas—. Aquí encontramos otra serie curiosa de tensiones, que se reciprocán entre sí, respecto a la relación entre Higiene, Progreso y Modernidad: lo moderno nos hace progresar a costa de debilitarnos y hacernos más “sensibles”, nerviosos o histéricos a las influencias externas (como proponían las teorías de neurastenia). En la mujer estas sensibilidades iban a remitir, una y otra vez, a la ingobernabilidad de su “sexo”.

Por esa razón, en términos de salud, los padecimientos de las mujeres campesinas eran usualmente reducidos a trastornos funcionales de los órganos de generación/procreación, y cónsono con ello, temperamentos linfáticos y nerviosos, una constitución pobre (padecían de leucorrea⁴²⁸), un flujo menstrual temprano —en particular en las negras— y una notable actividad genital y de fecundidad⁴²⁹. Esta constelación de trastornos genitales, de precocidad y de nerviosismo (o neurastenia) justificaba la medicalización-histerización del cuerpo de las mujeres. Dicha histerización acentuaba también la particular ingobernabilidad de estos cuerpos y de sus efectos en la progenie. Por eso las mujeres eran “débiles en la dirección de sus hijos⁴³⁰”, y confundían el amar con hacer lo correcto según los dictámenes de la Higiene, y traicioneramente tendían a hacer caso a las curanderas/curiosas/comadronas. Requerían ser vigiladas, protegidas y reguladas en sus relaciones ilícitas —“los placeres del amor deben ser satisfechos sin

⁴²⁷ Valle Atilés, *El campesino*, 34-35.

⁴²⁸ Valle Atilés, *El campesino*, 40-43.

⁴²⁹ Valle Atilés, *El campesino*, 30.

⁴³⁰ Valle Atilés, *El campesino*, 137.

desenfreno”—, evitando el incesto que tanto enfermaba y que importaba para “el bien de la descendencia⁴³¹”.

Aún en los argumentos respecto a la vestimenta encontramos, además de las curiosas alusiones que buscaban apelar a la bello (o a la vanidad por ello)⁴³², un modo de objetivar el cuerpo femenino que estaba entretejido por un discurso racalista y clasista que servía de base —“terreno fértil” si nos permitimos la analogía eugenésica— para dictaminar sobre cómo regular y vigilar diferenciadamente la reproducción de las mujeres de clase alta y las de mujeres pobres/campesinas. Por un lado, tenemos un acento respecto a lo “impropio” en donde los bailes de las clases bajas y negras eran percibidos como inmorales e hipersexualizadas mientras que, en las mujeres acomodadas, un poco de baile servía bien para evitar el sedentarismo —remedio y veneno para histerismos y neurosis—⁴³³. Por el otro lado, aquí podemos ver cómo se proponía invertir en “preservar” unos grupos y en “regenerar” /corregir/disciplinar a otros. Vale notar aquí la similitud con el aludido argumento respecto a los ejercicios necesarios en hombres ricos y hombres pobres, evitando en unos un exceso/explotación en la economía vital del cuerpo y en otros un descanso que les hiciese perder sus riquezas/vitalidad. En las mujeres “acomodadas” —término también muy equivoco—, o mejor digamos de clases altas, la preocupación por el sedentarismo, el abuso de maquillaje y uso de corsé tenía que ver con “preservar la clase” y no dejarla degenerar. Por ejemplo, un médico advierte cuán peligroso hubiese sido para los famosos trescientos héroes en las Termópilas⁴³⁴ si sus madres hubiesen usado corsé; advertencia muy sugestiva y que pareciera

⁴³¹ Valle Atilas, *El campesino*, 91.

⁴³² “Pero por Dios, señoras y señoritas, la Venus de Milo con un corsé quedaría deforme...creedlo, además antihigiénico es antiestético el corse ajustado”. “Variedades”, *LS I*, nº15 (1883), 239.

⁴³³ A tono con ello Duprey ha señalado: “Durante el siglo XIX, esta diferenciación del cuerpo femenino a partir de sus condiciones y características económicas y raciales marcará una relación de impropiedad políticamente importante (...) Tanto con relación al corsé como en lo relativo a las mujeres de escasa ropa el tono es paternalista y policiaco”. Ver Duprey, “Los discursos de la higiene”, 73.

⁴³⁴ Dice Travieso: “Los trescientos héroes en las Termopilas (...) habrían carecido de toda la energía física y moral que tuvieran si en el claustro materno hubieran sufrido una compresión que detuviera su natural desarrollo”. Ver

fijarse en asegurar la reproducción de los más aptos.

Aún en el caso de las lavanderas, puede volver a entrecerse la imagen de la “mezcla”, de clase y raza, a través de las mezclas de ropas y de aguas sucias. Por ejemplo, hay una curiosa imagen, evocada en un artículo sobre los lavaderos privados, destacándose cómo se mezclan las ropas de distintas procedencias, sin orden ni jerarquías, tanto la del magistrado como la del acusado, del virulento y del hombre “sano y escrupuloso”⁴³⁵. Esta imagen de la mezcla, tan conocida y propia del país no dejó de evocar incomodidad en los criollos letrados, y la elite en general, sea ya reducido a un problema de clases o educación —equivalencia equívoca que también reduce toda educación a escolaridad y esta a una suerte de dudosa promesa de ascenso social—. Otra imagen que evocaba cierta hibridez o liminalidad era la prostituta.

La figura de la prostituta ponía en evidencia toda suerte de contradicciones ante los ojos de los higienistas, que debían visitarlas y certificar que estuviesen sanas. Si bien la prostitución era identificada como un vicio y algo sucio o impuro, las prostitutas no eran valoradas como otras mujeres, y esto las ubicada en lugar curioso entre la visibilidad y la invisibilización. Por ejemplo, no eran consideradas “vagas” o ajenas a la vida social —y en eso se distancian de los imaginarios de las mujeres tanto campesinas como “acomodadas”—, porque laboraban en las calles. Pero sí había cierta reserva a hacer visible su presencia, presencia que era designada de forma negativa con términos eufemísticos como “mujeres públicas”, “vida airada” y “vida licenciosa”⁴³⁶. Aunque no se podía expulsar o multar a una mujer por ser “mujer licenciosa”, sí se podían limitar sus actividades e interacciones con el espacio público. Si bien el enfoque de nuestro trabajo no es la

Travieso, “Breves consideraciones”, 63.

⁴³⁵ “Lavaderos de la capital”, 42

⁴³⁶ Estos términos aparecen empleados en: San Juan, Ayuntamiento. *Reglamento de higiene de la prostitución* (Tipografía al Vapor de la Correspondencia, 1893), 3,7-8; Manatí. *Ordenanzas*, 3; Bayamón, *Ordenanzas*, 20

prostitución, el cual ya ha sido abarcado por otros en mayor detalle⁴³⁷, sí vale la pena detenernos brevemente y retomar algunos significantes que parecieran reflejar las posibles significaciones políticas en el lenguaje higienista: “airado”, “licencioso” y “público”.

No deja de sorprender cómo el uso de estos términos en el contexto de la prostitución permite recordar cómo lo “airado” aludía—a partir del latín *iratus*—a lo “violento”, al estar poseído de la ira o “indigado” —en inglés *to enrage, to put into passion*—⁴³⁸. Lo licencioso, que remite a tener demasiada libertad —aún si técnicamente significa tener licencia y libertad de hacer—⁴³⁹ pareciera entrecruzarse o problematizar lo público, si bien significaba lo “común del Pueblo ó Ciudad” también se tomaba “por vulgar, común, y notado de todos” —como era el caso de la “muger pública” y el “ladrón público⁴⁴⁰”—. Estos tres significantes ofrecen claves interesantes sobre cómo la prostituta era asociada a una libertad excesiva, a un “airarse” en el sentido de apasionar y con ello revelar e indignar y a un hacer en público algo que suponía ser privado. Varios higienistas que, como Valle Atilas, se oponían a la prostitución, destacaban la peligrosidad y fuente de infección que era dicha libertad airada, a la vez que invocaban el discurso de la abolición como salvación. Sin dudar sus buenas intenciones, lo que aquí llama la atención, nuevamente, es el lugar

⁴³⁷ Ver Eileen Finlay, “La raza y lo respetable: las políticas de la prostitución y la ciudadanía en Ponce en la última década del siglo XIX”, *OP. CIT.* XVI (2005): 99-136; Jorge Enrique Flores Ramos, “Eugenesia, higiene pública y alcanfor para las pasiones: La prostitución en San Juan de Puerto Rico, 1876-1919” (Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 1995).

⁴³⁸ Real Academia Española, “airado, da”, *Real Academia Española*, 2021, accesado en <https://dle.rae.es/?id=1Kxffrn>; Richard Percival, “airado”, *Diccionarios de los siglos XV-XVIII* (Londres: John Jackson y Richard Watkins, 1591), accesado en <https://apps.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0.>; John Stevens, “airado”, *Diccionario de los siglos XV-XVIII* (Londres, George Sawbridge, 1706), accesado en <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?Cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0.>; Real Academia Española, “airado”, *Diccionario de la lengua castellana [...]* (Madrid: Imprenta de Francisco del Hierro, 1726), accesado en <https://apps.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0.>

⁴³⁹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española* (Madrid: Imprenta de la RAE, por los herederos de Francisco del Hierro, 1734), accesado en <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.1.0.0.0.>; Douglas Harper, *licentious*, *Online Etymological Dictionary*, accesado en <https://www.etymonline.com/word/licentious>.

⁴⁴⁰ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua castellana* (Madrid: Imprenta de la Real Academia Española, por los herederos de Francisco del Hierro, 1734), accesado en <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.2.0.0.0.>

liminal y ambiguo en el cual es ubicada la mujer, su sexualidad y los equívocos que la reducían a una suerte de animal sensible, “histericoso” y que requiere, de un modo u otro, servidumbre/domesticación. Esto lo retomaremos en el próximo capítulo, cuando encontramos más textos médicos elaborando con precisión sobre el tema.

C. Lo negro, la raza, y la “prole”

Ya hemos mencionado cómo la genealogía supuestamente explicaba, según Valle Atilés, la “herencia” e “influencia” de los vicios del campesino. Valle Atilés alude aquí a un modelo racialista relativamente común en la época de la “guerra de las razas” y la “fusión de las razas”, la cual coincidió también con algunas interpretaciones del darwinismo social respecto a la “lucha por la existencia”, en donde una raza “más viril y civilizada” —por lo general también la “raza invasora”— tendía a explotar, maltratar y aniquilar a la raza primitiva, salvaje y/o inferior. En este caso la raza blanca tenía una “desastrosa influencia” que aumentaba la mortalidad y llevaba al descenso de la natalidad de las inferiores⁴⁴¹.

Dicho proceso de “descenso” aludía a la supuesta inclinación natural de cada raza por optar por su preservación. Contrario a lo que han demostrado algunas investigaciones recientes⁴⁴², Valle Atilés aseguraba que la mujer campesina blanca tendía a tener una repugnancia a mezclar su sangre —contraer “lazos amorosos con el negro”— con los de una raza inferior, y asimismo también los hombres campesinos “rehuyeron al matrimonio con negras”. Esto permitía señalar que la familia del campesino era distinta a la del negro y mestizo: su “afiliación caucásica pura no es discutible”⁴⁴³. Esto explicaba, según Valle Atilés, porque siempre hubo un “predominio” del

⁴⁴¹ Ver Valle Atilés, *El campesino*, 10-11, 32

⁴⁴² Se puede encontrar varios ejemplos en los análisis de Findlay, de mujeres blancas relacionándose con hombres negros, mulatos, libertos etc—inclusive inicia con un ejemplo de ello en el primer capítulo de su libro *Imposing Decency*. Eileen Findlay, *Imposing decency, The politics of Sexuality and Race in Puerto Rico, 1870-1920* (London: Duke University Press, 1999), 18-27, 37-47.

⁴⁴³ Vale reproducir lo dicho por Valle Atilés al respecto:

Obsérvese, además, que la mujer muestra siempre mayor repugnancia á mezclar su sangre con la de una raza

“elemento caucásico en la Isla”⁴⁴⁴.

Sin embargo, los negros no habían sido aniquilados, en gran parte y gracias a que los hombres blancos fueron menos escrupulosos que las mujeres blancas. Sin embargo, llama la atención que dicha supuesta “falta de escrúpulos” no se explica como efecto de deseos sexuales o libidinales sino como un efecto benevolente, casi progresivo, de condicionamiento. Valle Atilés utiliza la proximidad física de las razas como explicación de dichas interacciones: el “hábito y la vida en el mismo suelo” había “suavizado las esperezas” que existen “naturalmente” entre razas distintas. Esto había llevado a unos “cruzamientos” cada vez más generalizados y por eso “la pureza de razas va siendo cada día más rara⁴⁴⁵”. El galeno aclaraba que era difícil saber los efectos y resultados finales de este cruzamiento, dado que para que dichos “caracteres” sean “poseídos” —notemos nuevamente el lenguaje económico y agrícola de la herencia— dependería de un proceso lento de adaptación al medio y de una transmisión regular⁴⁴⁶. Sin embargo, la apuesta era que iba a predominar o “ganar” el “europeo blanco” (y no viceversa). Nuevamente, recordemos que, desde esta perspectiva, la “cultura dominante” y más asociada a los “invasores” es la que iba a siempre definir la raza y cultura de un país.

De acuerdo con estas interpretaciones, el europeo había logrado una indudable “adaptación al medio” y resistido las condiciones climatológicas. Era este europeo blanco quien, a través de estos cruzamientos, iba a lograr producir una “raza apropiada á las necesidades del clima ó mejor del

inferior, y si tenemos en cuenta la degradación que la esclavitud imprime á los que la sufren, se explica el porqué la mujer blanca de los campos, aunque pobre, huyó por largo tiempo de contraer lazos amoros con el negro. Las mismas circunstancias influyeron en que muchos blancos, aún los que se dedicaron á las mismas labores del campo que el esclavo, rehuyeran el matrimonio con negras. Tales causas creemos que son bastantes para explicar el hecho de que hoy, en nuestra población rural, puede distinguirse de las familias negra, mezclada de blanco y negro, y mestiza—en la que el sello indio es perceptible por caracteres físicos apreciables para todo el mundo—otra cuya filiación caucásica pura no es discutible.

Valle Atilés, *El campesino*, 12

⁴⁴⁴ Valle Atilés, *El campesino*, 12.

⁴⁴⁵ Valle Atilés, *El campesino*, 12.

⁴⁴⁶ Valle Atilés, *El campesino*, 13.

medio”, raza que iba a necesitar de la saludable influencia de la educación⁴⁴⁷. No obstante, el clima del trópico no le era perjudicial a la raza africana y se había logrado aclimatar, mientras que en el europeo la “acción morbosa de la temperatura” podía variar acorde con el clima del país de procedencia —cuanto más al Norte más en peligro están de ser víctimas de una anemia térmica—⁴⁴⁸. Aquí Valle Atilés cita las “leyes de herencia” —que parecen mezclar darwinismo y lamarckismo— para indicar que, si los padres lograban triunfar sobre dichas condiciones térmicas, mejor le iba a ir a la progenie, que había “ganado facilidades para habituarse á las influencias del nuevo clima⁴⁴⁹”.

La aludida “preocupación por el color” —en la cual cada raza opta por la suya— junto a las promiscuidades de los hombres blancos, iba a llevar a una suerte fusión que reflejaba una “evolución ascendente” y de “mejoramiento de las razas llamadas inferiores” —algo que aparecía ya como preocupación en la obra de Josep Arturo, conde de Gobineau⁴⁵⁰—. Esta mezcla entre

⁴⁴⁷ Valle Atilés, *El campesino*, 13.

⁴⁴⁸ Valle Atilés, *El campesino*, 48.

⁴⁴⁹ Valle Atilés, *El campesino*, 49.

⁴⁵⁰ El conde Arturo de Gobineau, un aristócrata francés que supuestamente escribía “antropología”, publicó para mediados del siglo XIX *“Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas”* (*Essai su l’inégalité des races humaines*). Dicho texto va a ser crucial para entender muchas de las nociones racialistas europeas y anglosajonas que justificaron prácticas y actitudes racistas a través del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Su postura en torno al mestizaje coincidía con la de otros pensadores franceses, como Boudin (y sus teorías de aclimatación) y los que se oponían al cosmopolitanismo, entre ellos Ernest Renan e Hippolyte Taine. Gobineau dividió las razas por “color”, en blancas, negra (o “melanoderma”) y amarilla (o “finesa”). Según Gobineau no solo era el “color” lo que determinaba a la raza, sino también la forma del cuerpo (en particular el cráneo), el sistema piloso, y las capacidades físicas e intelectuales. La raza blanca era llamada también la “raza aria” y esta era la única capaz de pensamiento creativo e inteligente, además de ser también la más fuerte y bella. Cualquier mezcla con esta “raza superior” iba a llevar a una degeneración de la superior y una mejoría de la inferior. A partir de esta premisa, Gobineau consideraba que la “mezcla de razas” era una degradación, en el sentido de que ya no poseían el valor intrínseco que tenían. Algo de esto podemos verlo claramente en Valle Atilés y otros intelectuales puertorriqueños. Sin embargo, y he aquí el aspecto supuestamente “positivo” y atractivo para los letrados criollos, Gobineau consideraba que una sociedad era más fuerte cuantas más “gentes” había logrado asimilar. Hasta cierto punto Gobineau sí consideró la “mezcla racial” como algo positivo en la conformación de una civilización, en donde la estabilidad podía ser una virtud, pero a la vez se necesitaba cierta movilidad y armonía de características heterogéneas, para así progresar al “consolidarse” /asimilarse las diferencias. Gobineau, con nostalgia, lamentaba que ya habían sucedido demasiadas mezclas, pero a la misma vez consideraba que sin estas mezclas, un pueblo podía estancarse y no llegar a ser una nación o civilización. Sin embargo, el aristócrata francés advertía que ciertas civilizaciones eran imposibles porque ciertas razas eran infértiles o imposibles de fusionar. Asimismo, y a tono con otros intelectuales, esta “incomunicabilidad” entre las razas no solo se daba a nivel de la reproducción sexual, sino en torno a la “comunicabilidad” o la educación cultural. Por ejemplo, Gobineau consideraba que las Américas era un caso que demostraban la incomunicabilidad de la cultura entre ciertas

cruzamientos y preservación iba a llevar a que predominara, en la “nueva raza”, un “tipo orgánico”: la europea⁴⁵¹. Este futuro tipo orgánico, ya previsto por Gobineau, requería un descenso en la pureza de la raza superior y una mejoría en la inferior; sin embargo, al fin y al cabo, iban siempre a predominar —o esa era la apuesta ideológica al menos— los elementos de la superior. La educación era necesaria para que esta futura raza, ante la “lucha de la existencia”, pudiese sobrevivir y llegar a una armonía orgánica entre las condiciones físicas, intelectuales y morales (y con ello no tener nada que recelarles a sus vecinos anglosajones)⁴⁵².

En términos antropométricos podemos notar cómo las supuestas medidas objetivas reflejaban apreciaciones estéticas racialistas y muy propias de la época. A diferencia de los campesinos blancos, los campesinos negros eran descritos como poco simétricos y proporcionales —tenían una mayor longitud de los brazos que “propia de la raza”—, generalmente lampiños y con el pelo encrespado; mientras que en el caso de las negras eran descritas como con “piel suave y como satinada es más espesa”, cualidad que hacía que, según Valle Atilés, las negras fuesen

razas, en particular de una superior a una inferior, y por lo general, una raza inferior lo que hace es degradar una superior. En ese sentido, Gobineau y Taine se oponían a las posturas de los enciclopedistas en torno al poder de la educación para hacer avanzar al género humano. En ese aspecto, Valle Atilés se diferencia del racialismo y nihilismo de Gobineau y Taine. Sin embargo, el asunto se complica, como veremos en el próximo capítulo, cuando Valle Atilés asume, a través de las teorías de eugenesia, que existían ciertos degenerados que eran incurables e imposibles de (re) educar y reformar. En torno al racialismo de Gobineau ver Todorov, *Nosotros y los otros*, 156-165, John P. Jackson, Jr. y Nadine M. Weidman, “The origins of scientific racism”, *The Journal of Blacks in Higher Education* 50 (2005/2006): 66-79, 70-71; Thomas Teo, “The historical problematization of “mixed race” in psychological and human-scientific discourses”, en *Defining difference: Race and racism in the history of psychology*, ed. Andrew Winston (Washington: APA, 2004), 79-108, 85; Gabilondo, “Genealogía de”, 800.

⁴⁵¹ De acuerdo con Valle Atilés: “La preocupación del color concurre, pues, al mejoramiento de las razas llamadas inferiores; y esa misma preocupación que tienen las familias blancas para aceptar en su seno a una persona de color, la tiene el mestizo para unirse con elementos inferiores, y aún mayor a veces es en él esta prevención (...) De suerte que en la sucesión de los tiempos, a beneficio de esta evolución ascendente lenta, pero continua, surgirá el tipo orgánico que hoy no encontramos, y procederá de un cruzamiento en el cual predominará la sangre europea”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 74.

⁴⁵² Valle Atilés, al referirse a la emergente o tal vez futura raza de estos cruzamientos: “(...) raza que bajo la saludable influencia de una educación ajustada a los progresos que la civilización ha realizado se podría encontrar en condiciones físicas, intelectuales y morales buenas para subsistir, sin tener que mirar con recelo a la familia anglo-sajona vecina. Poner al habitante de Puerto Rico en condiciones favorables para la lucha por la existencia, no es una utopía; todo es obra de la educación. Únicamente por medio de ella se puede alcanzar esa ‘acorde armonía del organismo con su objeto’, esa condición de vida sine qua non para el hombre de todas las regiones habitables del globo”. Ver Valle Atilés, *El campesino*, 74.

supuestamente muy estimadas en los harenes⁴⁵³. Sin embargo, el galeno aclara que en las jibaras blancas no está la esteatopigia característica de la Venus de Hotentote —imagen que obsesionó tanto a los europeos franceses y británicos—, mientras que en las mestizas hay raros casos de ello y en las negras, particularmente las “africanas puras” es muy notable la protuberancia⁴⁵⁴. La alusión a la Venus de Hotentote no es inocente y demuestra la obsesión que tenía la elite criolla con demostrar que la negritud en Puerto Rico era una característica menor, tanto a nivel fisiológico, cultural y estético. Por eso era importante destacar la figura del mestizo como una raza “fusionada” y en la cual dominaba el elemento blanco/caucásico/europeo. Al describir al mestizo Valle Atilés aclaraba que “se encuentran personas no exentas de hermosura, máxime cuando en ellas predomina el elemento caucásico”; no obstante “el elemento africano se transmite al mestizo con sus formas características afeando las facciones⁴⁵⁵”.

Si por un lado los elementos blancos parecieran ser lo que “embellecen”, también mostraban unas particulares y oportunas fragilidades. En el caso del negro sus glándulas sebáceas los hacían sudar más y de forma distinta, produciendo un olor “penetrante” y “desagradable que se percibe en los negros y en muchos mulatos⁴⁵⁶”. No obstante, su constitución glandular los hacía más aptos a resistir mejor el calor⁴⁵⁷. El calor del trópico podía ser razón suficiente para que a un hombre blanco le diese anemia —y vale recordar como la “raza europea” era la “mejor adaptada”—, dado que su “gasto orgánico es más considerable que el del negro⁴⁵⁸”, y aquí encontramos nuevamente otra metáfora económica que remite a la vitalidad y resistencias del cuerpo-orgánico que opera para justificar una serie de divisiones socioeconómicas como biológicas/naturales/orgánicas.

⁴⁵³ Valle Atilés, *El campesino*, 222-23.

⁴⁵⁴ Valle Atilés, *El campesino*, 24.

⁴⁵⁵ Valle Atilés, *El campesino*, 23-24.

⁴⁵⁶ Valle Atilés, *El campesino*, 23, 59.

⁴⁵⁷ Valle Atilés, *El campesino*, 59.

⁴⁵⁸ Valle Atilés, *El campesino*, 59.

Mientras los jíbaros blancos tenían un cráneo sin deformidad, una cara con “rasgos agradables” y ojos “grandes y vivos”, los negros tenían una nariz ancha, labios gruesos, “deformando la boca, grande por lo general⁴⁵⁹”. Cuando Valle Atilas alude a la craneometría, y muy a tono con las “medidas” de los tiempos señala que las mujeres y los negros tienen el cráneo más pequeño —y también menos pesado— que los hombres blancos. No obstante, aclara que dicho tamaño no puede utilizarse para inferir el grado de desarrollo intelectual⁴⁶⁰. La selectividad de las diferencias individuales de la raza se reflejaba también en las inmunidades o exposiciones selectivas (confundiéndose ambos conceptos en ocasiones). Se asumía, por ejemplo, que la raza negra estaba menos “expuesta” al paludismo —el negro “resiste más al envenamiento”⁴⁶¹ y la anemia—⁴⁶².

Siguiendo la tendencia de una medicina acoplaba clima y raza para explicar ciertas resistencias y vulnerabilidades orgánicas, Valle Atilas consideraba que los blancos eran mucho más vulnerables al paludismo que los negros: “la fiebre amarilla castiga también á los campesinos; pero más a los blancos que á los negros, los cuales tampoco están exentos de padecerla⁴⁶³”. Esto explicaba inclusive la distribución demográfica entre campesinos blancos y negros, quienes seguían una suerte de instinto climatológico, ya que los primeros preferían el centro de la Isla, dado a que en tales regiones era menos propensas a la fiebre amarilla, mientras que el negro se aglomeraba en las costas⁴⁶⁴. Sin embargo, estas distinciones raciales y climatológicas no ofrecían

⁴⁵⁹ Valle Atilas, *El campesino*, 23.

⁴⁶⁰ Como ejemplo de ello cita el caso de los negros criollos de América del Norte, cuyo cráneo es inferior al del africano aún cuando es superior en inteligencia. Sin embargo, los climas fríos podían afectar su inteligencia e incluso enloquecerlo. Valle Atilas menciona la “estadística horriblemente dolorosa” de que hay un loco por cada 14 negros en Maine. Valle Atilas, *El campesino*, 26, 31.

⁴⁶¹ Valle Atilas, *El campesino*, 58; ver también Rey, “Estudios sobre el paludismo”, 25;

⁴⁶² Valle Atilas, *El campesino*, 58-59.

⁴⁶³ Valle Atilas, *El campesino*, 53

⁴⁶⁴ De acuerdo con Valle Atilas:

(...) pero veamos cómo aún en un terreno tan limitado como lo es el de la Isla de Puerto Rico, el instinto humano se acomoda á la ley de la patología del clima (...) El jíbaro blanco apenas viene, á menos que esté muy necesitado, á las poblaciones de las costas á buscar trabajo; en cambio el negro abandona el interior y se aglomera en las poblaciones de las costas. ¿Obedece esto á un capricho? No ciertamente; es que en la costa la fiebre amarilla aflige al jíbaro blanco y respeta al negro; y es, además, que el negro es muy sensible al frío

nada novedoso para el trato de la fiebre amarilla u otras enfermedades. Como ya mencionamos, aún para finales del siglo se insistía en una serie de dictámenes generales de la higiene y de la moral como “preservativos”.

Si algo podemos notar en Valle Atilas es como su racialismo iba a tono con ciertas concepciones de la “raza latina” que permitían ciertas flexibilidades e inclusiones que son inconcebibles en el racialismo y racismo anglosajón. No obstante, sus interpretaciones mezclaban y confundían la apreciación estética común de su clase social y afiliación racial —europeo blanco— con juicios supuestamente imparciales y universales respecto a fisiología, conducta y moral. En ese sentido, no pocas de estas interpretaciones van a fundamentar una perspectiva higiénico-racial que ira constelándose a través de las primeras décadas del siglo XX. Obviamente, esto no se daba con las mismas connotaciones ni practicas de la eugenesia anglosajona pero tampoco con las flexibilidades de la latinoamericana. No hay que olvidar que bajo Estados Unidos se conformará una Junta Insular de Eugenesia, y que se logró sin muchas resistencias de la clase médica del país. No obstante, nos adelantemos.

Antes de culminar esta sección vale la pena detenernos en un texto, breve, pero “iluminador” de ciertos entendidos (y malentendidos) respecto a la relación entre raza, evolución —en particular el concepto de adaptación— y gobierno. Se trata de un estudio de “historia natural” que Betances publica en el 1891 (en la revista *América en Paris*⁴⁶⁵) que traza una analogía entre el proceso biológico de la adaptación y la estrategia política del anexionismo. Para ello, compara dos tipos de organismos: los coprófagos de la isla de Madera (hoy Madeira) y los coleópteros voladores en

y huye del fresco del interior, mientras que el blanco le teme al calor del litoral.
Valle Atilas, *El campesino*, 62.

⁴⁶⁵ Como ya mencionamos en otra nota, esta revista estaba hecha, principalmente, por cubanos residentes en el extranjero, y era publicada quincenalmente en Paris. Ver EcuRed, “Revista América en Paris” en https://www.ecured.cu/Revista_Am%C3%A9rica_en_Par%C3%ADs

Haití. El primero es escrito como “indolente”, “tímido” e “infeliz”, una especie de Sísifo, entregado a una afanosa e inmunda tarea que lo va degradando. Es tal la degradación de este “estercolero” que al parecer todo lo espanta —por ejemplo, las olas y la brisa—. Estos están destinados a ser víctimas de su “indolencia” y de sus temores, y como “raza” estarán condenados a trabajos forzosos y servidumbre. No es casual que los significantes que hemos destacado corresponden con los que hemos visto empleados para referirse a los campesinos y obreros (tanto blancos como negros). Sin decirlo explícitamente, Betances parece remitir de esta forma a los puertorriqueños en su descripción de los coprófagos y aunque resulta difícil saber si se está aludiendo específicamente a los campesinos blancos o a los negros libertos (o a ambos), lo pertinente es la imagen que nos presenta: un organismo patético cuya mal-adaptación lo ha degradado y vuelto indolente y temeroso. Como veremos en los próximos capítulos, esta imagen del puertorriqueño como vago, indeciso, mal-adaptado e incluso miedoso va a recurrir.

Retornando al estudio de “historia natural”, Betances describe a los coleópteros como “bravos” y “audaces”, con una “noble intención” que sobrepasaba todo obstáculo vía su volición y sacrificio. No solo eso, sino que también son descritos como bellos y de una “raza noble” que ama la libertad. Betances ve aquí una especie de adaptación biológico-política: “Uno y otros han operado en ellos lo que se llama la adaptación, que, por sus opiniones políticas, los mutilados incapaces de volar quisieron llevar hasta el anexionismo⁴⁶⁶”. El texto resulta curioso por el modo en que se entrecruzan el lenguaje político y el evolucionista, en particular cuando Betances describe su fracaso en poder, de forma “tiránica” y “civilizadora”, domesticar uno de los coleópteros, quienes son un producto digno de un país que se resiste a la esclavitud⁴⁶⁷. De ese

⁴⁶⁶ Ramón Emeterio Betances. “Adaptación y anexionismo (Estudio de Historia Natural), 1891”, en *Obras Completas*, 169-70.

⁴⁶⁷ Betances hace una pequeña anécdota, en donde cuenta cómo logra capturar uno de estos escarabajos en Haití. Lo curioso es cómo Betances no pudo retener, domesticar y “esclavizar” a dicho escarabajo, que al parecer había

modo, Betances relataba y justificaba cómo estos escarabajos eran un reflejo de la resistencia de los haitianos contra la esclavitud. Los equívocos aquí entre voluntad política y “evolucionar” son evidentes, y aunque el racialismo de Betances resulta relativamente inclusivo y destacaba la noble libertad de los haitianos —y eso sí era un argumento menos generalizado entre muchos racialistas—, no hay que olvidar que aquí se destacaba también la influencia de la educación militar francesa y de líderes que se habían apropiado de la influencia europea—como Toussaint Louverture— para liberarse de ellos.

No solo eso, sino que las analogías trazadas entre ambas razas, una que trabaja afanosamente con sus propios desperdicios y otra que vuela gracias a sus sacrificios, resulta increíblemente banal, tanto en términos de una Historia Natural o para repensar lo que era la voluntad política. El juicio moralista aquí vuelve apuntar con el dedo no a los procesos circundantes del ambiente —y en ese sentido ignora tanto la Selección Natural como las circunstancias socioeconómicas— sino a la voluntad individual o colectiva de los “indolentes”. No solo refleja una pésima lectura de Darwin, Wallace y Lamarck —casi asemejándose más a Spencer— sino que refleja una biologización de la voluntad política que no ofrecía en realidad salida alguna. Es este particular nihilismo biopolítico el que también creará un impasse contra la propia aquejada elite criolla. Como veremos próximamente, la llegada e intervención de los estadounidenses será tanto una ruptura como una continuación de este nihilismo biopolítico, de una misión de “redención” que constantemente tropezó entre ilusión y decepción.

adquirido el carácter revolucionario de los haitiano. Su recuento sobre la captura, “esclavitud” y “liberación” de este escarabajo haitiano (y lo llamamos así, ya que al parecer los insectos tienen en Betances identidad política y étnica) muestra una analogía entre adaptación y voluntad política; casi como si el devenir político de un país afecta la naturaleza biológica de los que la habitan: “Mi primera idea de hombre civilizado fue utilizarlo, y para esto esclavizarlo. Lo hice, pues, prisionero, y me propuse traerlo a Europa (...) Al amanecer (...) encontré el frasco vacío (...) burlando mis proyectos de tiranía, había vuelto a su encumbrada y suntuosa morada (...) hay escarabajos así, que prefieren la libertad a la riqueza y hasta a la gloria. Y yo, hijo humilde y apasionado de las Antillas, comprendí que un país que os produce de esa especie pudo bien haber dado hombres de la talla de Pétion y de Toussaint Louverture”. Ver Betances. “Adaptación y anexionismo”, 169-70.

V. Transiciones, transformaciones y repeticiones: 1898

A. Llegan “Los Redentores”

Ante la intervención estadounidense encontramos reacciones distintas, cuando no ambivalentes, no solo en la clase médica sino en las demás profesiones y grupos sociales. En lo concierne nuestra discusión encontramos algunos médicos, como Esteban Jiménez López, que significaron la intervención como un ataque y un trauma contra su patria y sus lealtades⁴⁶⁸, mientras que otros, por razones y registros ideológicos muy distintos, como Zeno Gandía, Celso Barbosa, Betances, Goenaga y Valle Atilas vieron una oportunidad de cambio e incluso de Progreso en lo que concernía las condiciones higiénicas, educativas y socioeconómicas. En este sentido, autores con afiliaciones e ideológicas políticas aparentemente distintas —desde los anexionistas más “americanistas” hasta los autonomistas que buscaban el gobierno propio o inclusive la independencia⁴⁶⁹—, compartían/participaban de un discurso similar respecto a la relación entre Modernidad, Higiene y Progreso. En realidad, aún aquellos leales a España —y con poca simpatía a los estadounidenses—, y/o que celebraran la Carta Autonómica, reconocían las carencias a nivel higiénico bajo el régimen español, y muy pocos en este contexto pudiesen considerar a Estados Unidos como inferior en estos aspectos (aún si no se destacaba tanto como

⁴⁶⁸ Giménez López, en su breve crónica del 1898—escrita en el 1900—relata los sucesos del “cambio de nacionalidad” en Fajardo y la confusión que hubo dada a la intervención de un médico “yankofilo”, el Dr. Santiago Veve: “Yo estaba sumamente disgustado porque nunca fui simpatizador, y sentía de todo corazón cambiar de nacionalidad; porque quise a España; no fui separatista, y si bien odiaba los gobiernos de España aquí, amaba a mi Madre Patria; a mi raza hispano latina; a mi religión católica apostólica romana, a mi idioma, tan rico, en el que he pensado, en el que me encomiendo a Dios pidiéndole la salvación de mi alma y de mi pobre terruca”. Vale notar también su identificación como “raza hispano-latina”. Ver Giménez López, “Época de dolor. Páginas tristes”, 51-74, en *Crónica del '98*, 51.

⁴⁶⁹ Pese a que en el siglo XX habrá una insistencia en selectivamente representar al médico como “apolítico” o desinteresado en la política (nacional o local), una cantidad significativa de médicos sí participaban de partidos políticos. Por ejemplo, para finales del siglo XIX, José Gómez Brioso, Manuel Zeno Gandía, Celso Barbosa, José Carbonell, Francisco del Valle Atilas, Isaac González Martínez y Santiago Veve y Calzada, entre otros formaron parte del Partido Autonomista, siendo Gómez Brioso su presidente. Celso Barbosa, junto a otros médicos y profesionales y, se separa de este partido y funda el Partido Autonomista Ortodoxo en el 1897, posteriormente transformándolo en el Partido Republicano en el 1899 (siendo su primer presidente el médico Gabriel Ferrer Hernández). Este asunto lo retomaremos en el próximo capítulo. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 122, 157, 185; Arana Soto, *Diccionario*, 256.

Alemania, Francia y Gran Bretaña en asuntos de salud pública⁴⁷⁰).

No se trataba de que todos, de un modo u otro, aceptasen o consintieran con la intervención estadounidense, y más que un asunto de lealtades ideológicas se trató más de las oportunidades en términos de su profesión como clase social —y en este sentido sus razones no eran más objetivas que las de otras profesiones y clases sociales—. Ya varios médicos habían apelado a la cierta indiferencia que existía en la propia clase médica para unirse y establecer lazos de solidaridad que pudiesen tanto apelar y hacer reclamos de clase, incentivar los recursos, económicos, tecnológicos e infraestructurales necesarios para ejercer la profesión a las alturas que lo hacían los países “civilizados” —en muchas ocasiones aludiendo inicialmente a Europa y paulatinamente a Estados Unidos—. Estos asuntos son muchos más palpables para principios del siglo XX, y los indagaremos en el próximo capítulo, en particular a partir de la fundación en el 1902 de la AMPR (Asociación de Médicos de Puerto Rico).

Vale nuevamente recalcar como se destacaba a la “falta de unión” como si fuese un síntoma de esa “indiferencia” que parecía caracterizar a los puertorriqueños, afectando todavía más a los vulnerables y débiles, a los que habían sido más explotados o cargaban entonces con la herencia nefasta de las razas esclavas, de la indolencia indígena y sus mezclas. En este sentido, el círculo vicioso de padres y autoridades negligentes e indiferentes servían para producir, a través de la pobreza, una “raza anémica”, ignorante, indiferente y carente de voluntad. Como ya hemos visto, los “bien educados” —formados con una escolaridad fuera de la Isla— estaban menos afectados y eran más afortunados. Entre los intelectuales criollos convenía reconocer este juego, el malabarismo de una clase que tendía a identificarse como blanca/caucásica pero procedente de

⁴⁷⁰ Nicole Trujillo-Pagán, "The Politics of Professionalization: Puerto Rican Physicians during the Transition from Spanish to US Colonialism", en *Health and Medicine in the circum-Caribbean 1800-1968*, eds Juanite De Barros, Steven Palmer & David Wright, (New York: Routledge, 2009), 142-164, 144-47.

cruzamientos raciales y que asumía selectivamente una especie de “lamarckismo social” que insistía en la posibilidad de “regenerar la raza”. En otras palabras: tenían un modelo eurocentrista pero que reconocía el destino del mestizaje —en un tono menos nihilista y catastrófico que Gobineau—, en particular cuando dicho destino los reivindicaba como parte de una clase modelo.

En este sentido, vale recalcar lo que ya hemos señalado en este capítulo respecto a lo que los médicos criticaban en torno a los “males” de la Isla: la causa de los vicios y de los males sociales yacía no en el ambiente en sí —digamos, en el clima y el entorno botánico— sino en los mecanismos que la regulaban. Dichos “mecanismos” apuntaban mayormente a problemas asociados a la educación, la voluntad, y, parcialmente, la constitución débil/anémica de la mayoría de los habitantes. El problema yacía en la gente, descrita como una muchedumbre ignorante, y en las autoridades, tanto las locales como las centrales —aunque la mayoría de las quejas acentuaban más la corrupción de políticos locales y de los gobernantes en la Isla que, necesariamente, la ineptitud de las autoridades en España—. Diera la impresión de que había algo en el país que enervaba y degeneraba las cosas. No fuese raro que algunos viesan la llegada/intervención de los estadounidenses como el momento oportuno para expiar, purificar o redimir.

Tampoco olvidemos cómo en el discurso médico-higiénico “aislar” y “desinfectar” conformaban métodos sanitarios aceptados y, dentro de esta lógica, que también equivalió tratar y (re) educar, lo que se buscaba era localizar el “agente” o “germen” para higienizarlo. Si bien estas técnicas producen resultados considerablemente formidables en la bacteriología, también pueden llevar a ciertos reduccionismos, a remedios incompletos —o donde el remedio es peor que la enfermedad— o a la “alienación” irreflexiva o “miope” de las autoridades y los científicos. Claro estos asuntos, serán muchos más evidente en los próximos capítulos, cuando la tensión entre, por un lado, las autoridades y médicos estadounidenses, y por el otro con los médicos puertorriqueños

va, por un lado, aumentando y por el otro consolidando ciertos espacios de negociación y apropiación. Por el momento lo que llama la atención son estas instancias de oportunidad, apertura y resistencia, que no pocas veces culminaron en decepción.

Las cartas de los doctores Zeno Gandía y Julio Henna al presidente McKinley son un ejemplo de dicha decepción. El entusiasmo inicial, que destacaba la “labor humanitaria” y de “redención” por parte de los estadounidenses y de la bienvenida y asistencia que recibieron de los puertorriqueños⁴⁷¹, fue convirtiéndose en frustración ante el espectáculo de un gobierno militar, por el “país más libre del mundo” (*freest country in the world*), que no daba prospecto alguno de mejorar, no oía la voz de los puertorriqueños ni tomaba en cuenta su consentimiento⁴⁷². Llama la atención cómo Zeno Gandía y Henna definían a los puertorriqueños como una “gente noble”, “masculina/viril”, “muy educada” y perteneciente a la “raza caucásica” —y a la civilización latina—, y con ello destacaban que no iban a permitir ser tratados como salvajes, inferiores, dependientes o esclavos⁴⁷³. Estas distinciones llaman la atención porque la identificación con la “civilización latina⁴⁷⁴”, entendida según ellos como caucásica, evocaba la imagen de una supuesta “cultura pura”— y esta insistencia en la pureza será recurrente aquí y a inicios del siglo XX—. Bajo este registro no es de sorprender cuán insultante fue para estos doctores que en Washington hubiesen utilizado la figura de un pequeño y desmoronado “negrito” en un pequeño y similarmente

⁴⁷¹ Inicialmente destacaban cuán receptivos, francos y entusiasmados fueron los puertorriqueños ante la incomparable guerra de redención (*unparalleled war of redemption*), hecha en nombre y para la Humanidad, que aconteció en el 1898 cuando llegaron sus redentores (*redeemers*) —para redimirlos de la tiranía y esclavitud española—, e insistían que si recibían la influencia completa de la “libertad americana” (*the full sway of American Liberty*) podían ser el país más feliz y próspero del mundo. Ver J.J. Henna y M. Zeno Gandía, *The Case of Puerto Rico* (Washington: Press of W.F. Roberts, 1899), 11-12, 31

⁴⁷² Zeno Gandía y Henna, *The Case of Puerto Rico*, 7-9.

⁴⁷³ Zeno Gandía y Henna, *The Case of Puerto Rico*, 9,15.

⁴⁷⁴ Una y otra vez, se ignoraban sus reclamos e incluso se identificaba a la cultura puertorriqueña, en tanto y en cuanto cultura latina, como inferior a la estadounidense/anglosajona. El uso de *Porto Rico* en vez Puerto Rico era interpretado por los autores no solo como un craso error histórico, gramatical y filológico sino como un híbrido erróneo que mezclaba un sustantivo portugués y un adjetivo español. *Ibid*, 31, 33

ruinoso pony para aludir al país y sus procesos —bajo el slogan *Puerto Rican Express*—⁴⁷⁵. El cinismo estadounidense no se detuvo ahí.

B. Informes que repiten, omiten y reinterpretan el pasado

El contexto de frustraciones y decepciones puede también verse en los informes redactados por los oficiales y médicos estadounidenses, pero con objetivos y entusiasmos distintos, enmarcados en evaluar y determinar los cambios posibles u oportunos. Durante este periodo sobresalen los reportes de la *PHS*, de los oficiales militares, el informe investigativo de Henry Carroll y el reporte de Ashford sobre su descubrimiento de la anquilostomiasis.

El 28 de diciembre de 1898 se establece la “Junta de Sanidad” (*Board of Health*) en San Juan, y los oficiales médicos mandados inicialmente —como John Van R. Hoff— resaltaban el desorden administrativo legado por los españoles. Los médicos oficiales del MHS (*Marine Hospital Service*) que reportaban en *PHS* —como Arthur H. Glennan y sus sucesores Claude H. Lavinder y Henry S. Matheson— criticaban las pésimas condiciones con un sesgo antiespañol que pareciera asociar la mala higiene con el mal gobierno⁴⁷⁶. Entre las fallas estaba la falta de vacunación y de cuarentenas adecuadas⁴⁷⁷. El General George W. Davis informó que, a partir de la llegada de las tropas estadounidense, podía apreciarse una gran negligencia en asuntos sanitarios —“*an entire disregard of the simplest laws of cleanliness and hygiene*”—, “heredada” de los españoles —“*a people notoriously careless in all matters of hygiene*”— y una casi completa carencia de

⁴⁷⁵ Dicen Zeno Gandía y Jenna, en la introducción al panfleto:

[the Puerto Rican people] They are treated as inferior, dependent people, needing to be educated and Christianized and civilized—and in the procession of the Peace of Jubilee celebrated with great pomp at Washington, which the President reviewed surrounded by his Cabinet, and the diplomatic body and the elite of the Washington society, no other symbol was made to appear to represent Puerto Rico and Puerto Rican civilization than a dilapidated little negro boy, poorly riding on the back of a no less dilapidated little pony, with the announcement, which excited the joyous shouts of the multitude, of “Puerto Rican Express”.

Zeno Gandía y Henna, *The Case of Puerto Rico*, 6.

⁴⁷⁶ Ver José G. Rigau-Pérez, “El servicio de salud pública de los Estados Unidos en Puerto Rico, 1898-1918”, *Op. Cit.* 19 (2009-2010), 143-77, 149; Nicole Trujillo, “Health beyond prescription: A postcolonial history of Puerto Rican Medicine at the Turn of the Twentieth Century” (PhD diss., University of Michigan, 2003), 62-67.

⁴⁷⁷ Davis, *Annual Report*, 154.

organización a nivel local de juntas de sanidad y de leyes sanitarias —“*no sanitary code for Porto Rico could be found*”—⁴⁷⁸.

No queda del todo claro cómo fue posible esta carencia absoluta de códigos sanitarios—reducida a regulaciones hechas solamente en tiempos de emergencia⁴⁷⁹. Aunque la pérdida de documentos pueda deberse a los efectos de la guerra o a los problemas administrativos locales —asociados tal vez a la corrupción municipal denunciada por algunos médicos—, la omisión de estos asuntos resulta aún más desconcertante cuando los oficiales estadounidenses sí tuvieron contactos con médicos puertorriqueños —inclusive dentro de la recién fundada Junta de Sanidad⁴⁸⁰— y tuvieron acceso a textos higiénicos del país que sí reproducían y discutían los códigos sanitarios (por ejemplo, *La Cartilla de Higiene* de Valle Atilés). Algo similar sucede cuando buscan datos respecto a mortalidad, y si bien, como ya hemos mencionado anteriormente, dichas discrepancias eran reales, no eran absolutas.

En algunos casos de los informes del *PHS* el tono buscaba acentuar la ignorancia casi absoluta de las autoridades y los profesionales encargados, llegando al punto de presentarlos como idiotas que desconocían los más simples cálculos matemáticos⁴⁸¹. En otros puede notarse cierto tono de

⁴⁷⁸ Davis, *Annual Report*, 147-8, 154.

⁴⁷⁹ De acuerdo con el General Davis:

At the time of the American invasion the sanitary laws of the island had never been codified and published. It seems to have been customary for each governor-general to issue such regulations as he thought proper. These were generally enforced to a greater or less degree during the continuance of the special danger or emergency that called them forth, after which they were allowed to gradually fall into disuse. Little or no attention would then be paid to sanitation until some new agitation of the question, usually the result of a threatened or prevailing epidemic of some kind, would once more stir the government to action. Then more regulations would be issued, in most cases without repealing or otherwise taking notice of the measures supposed to be already in force.

Vale notar que lo observado no es del todo falso, pero sí omite, de forma muy conveniente, como operaban las regulaciones locales respecto a higiene vía las ordenanzas, los bandos y los códigos de sanidad marítima. Ver Davis, *Annual Report*, 146.

⁴⁸⁰ Ricardo Hernández, junto a Gabriel Ferrer, fueron los únicos dos médicos puertorriqueños que formaron parte de la aludida Junta de Sanidad, compuesto por médicos estadounidenses y militares (John Van R. Hoff, Arthur H. Glennan, F.W.F. Wieber, George G. Groff). Ver para más detalles Davis, *Annual Report*, 148, 616-20.

⁴⁸¹ Glennan, al buscar datos sobre las estadísticas en Arecibo cuenta: “The total numbers of deaths (of defunction) for the calendar years were as follows: 1893,887; 1894,965; 1895, 871; 1896, 962; 1897, 969; 1898, 1,269. These figures were ascertained by making the additions, a matter of wonder and curiosity to the local officials”. Es evidente que el

preocupación paternalista, aunque no por ello quizás menos sincero desde dicha mentalidad, destacando que las faltas que existían eran demasiadas, el retraso era inmenso —“los puertorriqueños estaban 100 años atrás de los tiempos”— y existía una pobreza, ignorancia y degradación abyecta. Por ejemplo, este tipo de retórica paternalista podemos verla en el cirujano estadounidense y presidente de la Junta de Sanidad J.V.R. Hoff, quien aclaraba que no era propio exigirles “demasiado” a los puertorriqueños porque en la Isla no se encontraba la “sobrevivencia de los más aptos” (*survival of the fittest*) sino de la sobrevivencia de todos los “tipos”, producto de generaciones que habían legado/heredado la tríada de pobreza, ignorancia y degradación. Hoff sugería que para poder “cultivar” el “terreno” —casi al modo del “régimen de la estatua”— era necesario alimentar la tierra: primero dar comida y vestimenta y después las “semillas del conocimiento”⁴⁸². Vale detenernos un momento en esta imagen que buscaba “cultivar” un “terreno” que no contenía a “los más aptos”

Lo interesante de esta imagen de la “sobrevivencia de todos los tipos”, que contradice los ideales del darwinismo social, es que apuntaba, de forma indirecta, a la resistencia de los puertorriqueños bajo condiciones que eran estimadas como infrahumanas y enfermizas. Como veremos en los próximos capítulos, esta imagen paradójica de los puertorriqueños como

comentario no tiene ningún valor científico y lo que buscaba era reiterar cierta imagen de retraso e ignorancia, e inflar las aportaciones y dominio científico de los oficiales, inspectores y médicos estadounidenses. Glennan, “Report of inspection of Arecibo”, *PRH* 14 (10) (March 10, 1899), 306-7; José Rigau-Pérez, “The Work of US Public Health Service Officers in Puerto Rico, 1898-1919” *PRHSI* 36,3 (2017), 131.

⁴⁸² Como señala John Van R. Hoff, cirujano y presidente de la Junta de Sanidad, en un informe el 13 de octubre de 1899, en donde solicita, en nombre de la caridad, más medicina para al secretario del Porto Rican Relief Committe en Nueva York:

The truth of the matter is, we expect too much of Porto Ricans. They are a hundred years behind the times, and with the best coaching it will take them fifty years to catch up (...) Nature has been kind to the individual and not to the race. The population is not a survival of the fittest, but of all kinds, so that the vast majority of Porto Ricans, descendants of unnumbered generations of semistarved ancestors, live in abject poverty, ignorance, and degradation. We can not let them starve; so we must feed and clothe them now, educate them later, and gradually bring them to an appreciation of the meaning and blessings of being a part of our nation. There is here a fallow field in which to plant the seeds of knowledge, but we must not expect a crop before we do the planting.

Davis, *Annual Report*, 756.

enfermizos, débiles/anémicos pero resistentes, voluntariosos (o deseosos de cambiar) y que, de un modo u otro sobreviven y se reproducen, va a recurrir en los discursos eugenésicos y neomaltusianos en la Isla. En muchos sentidos, los puertorriqueños eran una especie de pesadilla para los eugenistas y neomaltusianos: un organismo enfermizo que sobrevive, reproduce, y puede desarmonizar a los aptos. Sin embargo, lo propio no era “exterminar” al organismo degenerado sino (re) educarlo para que voluntariamente mejorase (u optara por no reproducirse más).

Retomando la discusión en torno a los primeros informes estadounidenses, tanto los médicos estadounidenses como los puertorriqueños convergían en el vínculo entre Higiene y educación — *"Mens sana in corpore Sana" is also an educational matter*⁴⁸³— aún si ambos discrepasen o no lograsen atinar con los mecanismos necesarios para llevarlo a cabo ni con su prioridad. También convergían en apuntar que la corrupción municipal era inmensa⁴⁸⁴, aún si fuesen a diferir con los modos de manejarla. Por ejemplo, los médicos criollos querían mayor autonomía y dirección en los nombramientos de médicos municipales mientras que las autoridades estadounidenses estaban interesados en hacer/imponer sus nombramientos e ignoraban, cuando no menospreciaban, la “formación” y carácter los médicos criollos⁴⁸⁵.

En este sentido, el conocido Informe de Carroll aporta una serie de observaciones interesantes al integrar entrevistas con diversas figuras y profesiones —entre ellos varios médicos— e incluso promover no solo la educación sino medidas que no coincidían necesariamente con las autoridades estadounidenses ni las elites criollas —por ejemplo, abogando a favor del gobierno propio y el sufragio masculino (incluyendo a los analfabetas)⁴⁸⁶. Claro, las

⁴⁸³ La frase aparece casi al final en una discusión respecto a la construcción de una cárcel provisional en las barracas de San Francisco —la cual no aprueban, sino que piden dismantelar dichas barracas una vez desinfectadas, y sugieren tal vez transformar dicho espacio en un parque público—, fechado 26 de agosto de 1899 y firmado por Glennan, Hernández y Ferrer (de la Junta de Sanidad). Davis, *Annual Report*, 515-17.

⁴⁸⁴ Ver Davis, *Annual Report*, 30.

⁴⁸⁵ Trujillo-Pagán, “The Politics of Professionalization”, 150-154.

⁴⁸⁶ Henry K. Carroll, comisionado por el presidente William McKinley, llega a la Isla el 15 de octubre de 1898, para

posturas de Carroll iban muy a tono con el discurso de Modernidad y Progreso, y tenían como finalidad promover también los mejores intereses de Estados Unidos. No obstante, las reproducciones y análisis de este documento nos permiten apreciar la complejidad y afinidades entre las condiciones higiénicas y los debates sociopolíticos que aludían a la gobernabilidad/gubernamentalidad.

El Informe de Carroll reforzaba muchas de las críticas mencionadas por los médicos criollos y de las fallas reportadas por los informes anteriores; pero también —y esto lo veremos más adelante— parece poner en evidencia ciertas contradicciones del discurso de los médicos y la elite criollos. Centrándonos primero en lo que coincidía con los informes anteriores, se señalaba que: 1) había pocos hospitales, laboratorios⁴⁸⁷ e instituciones caritativas —un médico no dudo en decir que el país era el más enemigo a los pobres que había conocido⁴⁸⁸— y que los pocos existentes no siempre estaban en las mejores condiciones (con algunas notables excepciones)⁴⁸⁹; 2) los médicos

investigar las condiciones civiles, industriales, financieras, sociales e higiénicas del país. Carroll recorre 24 pueblos, lleva a cabo dos visitas —una en el 1898 y otra en el 1899— y entrevista una variedad de personas (obreros, hacendados, médicos, figuras políticas, etc). Algunos como el historiador Gervasio García, lo califican como un “comisionado ilustrado” que “no exhala los prejuicios de otros norteamericanos recién llegados —como el General George W. Davis— ni rezonga por el calor y la transpiración copiosa”. Ver Gervasio García, “Puerto Rico en el 98: Comentario sobre el informe Carroll”, en *Historia crítica, historia sin coartas. Algunos problemas de la historia de Puerto Rico* (San Juan: Ediciones Huracán, 1989), 119-133, 120-21.

⁴⁸⁷ Esta falta de laboratorio fue reportada por el Dr. Pablo Font. Carroll, *Report on the Island*, 208.

⁴⁸⁸ El Dr. González Córdova, ante una vista ante el Comisionado de Estados Unidos, expuso la necesidad de ayuda médica en Puerto Rico, considerándolo el país más *enemic* (catalán para enemigo), por su falta de cuidado a los pobres. Similar a otros médicos, y al aludido presidente de la Junta de Sanidad, consideraba que la mayor prioridad debería ser la salud antes que la educación. Vale remitir a sus palabras ante el Comisionado de Estados Unidos: “I consider Porto Rico the most enemic country in the world. We are almost without charitable institutions; so much so, that among a people of 1,000,000 inhabitants we only have one hospital worthy of the name. That is at Ponce. We are continually seeing people in the country die for want of medical assistance (...) It is impossible to educate a people unless you can first attend their health. I make these suggestions because I recognize the good intentions of the great country which to-day protects us and which is striving to do everything for our good”. Ver Carroll, *Report on the Island*, 206-7.

⁴⁸⁹ El Hospital Tricoche es aludido en el Informe de Carroll y Mckinley como el mejor en la Isla, destacando que es privado, dirigido por las Hermanas de la Caridad y que estaba en orden y limpio —juicio que coincide con el Dr. Gonzalez Córdova, que fue uno de los entrevistados—. No obstante, el Dr. Vidal pinta una imagen distinta de los hospitales, en particular el de la alcaldía. Describe el estado del hospital de emergencia en la alcaldía como de abandono (*abandonment*) y desamparo (*distress*), en donde los pobres mueren por falta de tratamiento propio (*the poor man who goes there wounded is murdered for want of proper treatment*); por esa razón había decidido irse dado que consideraba que estaba “por debajo de él” (*beneath me as a doctor*) tratar a los pacientes con los pocos medios disponibles. Carroll, *Report on the Island*, 34, 205, 208.

eran mal-pagados y las autoridades locales corruptas⁴⁹⁰ ; 3) el clima era enervante (*enervating*) pero salubre (*salubrious*) y las condiciones higiénicas insanas —tan así, que las palabras no le hacían justicia⁴⁹¹—, en particular el hacinamiento —al respecto Celso Barbosa señalaba que las clases pobres tenían demasiados hijos⁴⁹²—, a tal grado que sorprendía que no fuese más alta la mortalidad —*the general disregard, hitherto, of the primary principles of sanitation makes it a matter of wonder that the scourges of Porto Rico have been so few*—⁴⁹³; 4) existía una mortalidad moderada a nivel general y una alta mortalidad infantil, en lo que predominaban las enfermedades pulmonares e intestinales⁴⁹⁴, siendo una de las peores la malaria —según lo testimonian también Barbosa y Font⁴⁹⁵—, las fiebres palúdicas —según Jiménez Cruz⁴⁹⁶— y la sífilis— que Azel Ames consideraba la “maldición del trópico”⁴⁹⁷; 5) la mayoría de los trabajadores estaban desnutridos —poca comida y de mala calidad—, muy pocos eran robustos y la mayoría eran pequeños, flacos y anémicos⁴⁹⁸.

⁴⁹⁰ Un ejemplo de ello puede verse cuando Carroll le pregunta al Dr. Pablo Font si, al ser un pueblo pobre o un “sitio pobre” (*poor place*), resultaba difícil que un médico fuese rico (*rich*). Font le contestaba en la afirmativa (*decidedly so*). Vale notar que en variadas ocasiones se destacaba que el ser mal pagados es relativo a lo que ganan los médicos en otros países. Otro ejemplo puede verse en la entrevista a Esteban Giménez López —quien aparece erróneamente como C. López en el Informe de Carroll— respecto a cómo los médicos titulares eran muchas veces obligados a dar testimonio experto a nivel forense y rara vez eran pagados. Giménez López alude a una deuda de 20,000 pesos por parte de la Corona española a médicos titulares, ignorada desde el cambio de soberanía, además de lo que se le adeudaba a él personalmente. Ver Carroll, *Report of the Island*, 210, 207-8, 315-16; Giménez López, “As to Coroners statements of Dr. C[sic] López of Fajardo”, en *Crónica del '98*, 199-201, 199-200.

⁴⁹¹ El Dr. Hernández Nuessa, un médico joven educado en Estado Unidos, fue asignado como oficial médico en Mayagüez por las autoridades militares (con el Mayor Ames como inspector sanitario) y describe a San Juan como “*the dirtiest and vilest city in the island*”. Describe que las condiciones son más insalubres (*unsanitary*) que cualquier otra población similar en los Estados Unidos, y que estaba densamente aglutinada (*densely crowded mass*). Es de tal magnitud el hacinamiento y la suciedad que declaraba: *Their condition may be better imagined than described; in fact there are no words equal to the task of telling it*. Carroll, *Report of the Island*, 210

⁴⁹² Carroll, *Report of the Island*, 206.

⁴⁹³ Carroll, *Report of the Island*, 210, 9-10.

⁴⁹⁴ Estos datos coinciden bastante con los cálculos y tabulaciones presentados en el informe del General Davis de mortalidad, donde se destaca que muchos han muerto de anemia (fluctuando de 3,450 o 13% en 1890 a 8,977 o 22.5% en 1899), disentería (de 518 o 1.95% en 1890 a 3,568 o 8.94 % en 1899) y tuberculosis (de 1,754 o 6.6% en 1890 a 2,094 o 6.28% en 1898). Davis, *Annual Report*, 150.

⁴⁹⁵ Carroll, *Report on the Island*, 206-7.

⁴⁹⁶ Carroll, *Report of the Island*, 208.

⁴⁹⁷ Carroll, *Report of the Island*, 10-11, 209.

⁴⁹⁸ Carroll, *Report of the Island*, 50.

Respecto a este último señalamiento, tenemos que detenernos y aludir al informe de Ashford, el cual va a sedimentar la discusión e incluso ciertos malentendidos respecto a las causas de la anemia y su tratamiento. En diciembre de 1899 Bailey Ashford reportó el descubrimiento de anquilostoma en la Isla, corroborado en 20 casos de anemia severa —*commonly seen among the poor of this island*—, llamándola también “*Porto Rican anemia*” o “*tropical chlorosis*”⁴⁹⁹. Como ya retomaremos en el próximo capítulo, este vínculo entre anemia y clorosis, en tanto y en cuanto son “enfermedades tropicales”, resulta muy importante y alude a ciertos imaginarios respecto a la debilidad, el nerviosismo y la histeria como características/patologías supuestamente constitutivas de los puertorriqueños.

A partir de este momento, Ashford va a aclarar que las causas de la anemia tendían atribuirse a la hambruna, la calidad de la comida, la malaria e incluso el “clima” —lo cual pone entrecomillas—. Prosigue, mencionando los tratamientos fallidos y cómo los médicos del país admitían que estaba fuera de su poder como tratarlo, dado que su origen era oscuro/desconocido (*obscure*). Aún así, nos aclara Ashford, él localizó los parásitos y llevó a cabo un tratamiento eficaz con timol⁵⁰⁰. Sus observaciones buscaban sedimentar la importancia de su hallazgo, a la vez que presentaba una serie de observaciones que buscaban definir y corregir los entendidos respecto a la anemia.

Vale detenernos en algunas de las observaciones que Ashford hace en su informe porque fundamentaron la discusión casi hegemónica, durante la primera mitad del siglo XX, respecto a la anemia como una enfermedad parasitaria: 1) la enfermedad (anemia perniciosa o severa) es la más

⁴⁹⁹ Una copia del reporte de Ashford aparece reproducida en las páginas 593-96 de Davis, *Annual Reports*. Davis, *Annual Reports*, 593.

⁵⁰⁰ Alude a cómo el campesino ignorante tendía a usar purgativos para remediar su condición, mejorando levemente, pero cayendo eventualmente. El uso de hierro y arsénico había tenido pocos beneficios. Cuando los médicos examinaban la excreta no encontraban gusanos y por eso descartaban estos como causa. No obstante, Ashford al examinar las excretas encontró varios huevecillos del parásito y trató a los campesinos con un timol. Ver Davis, *Annual Reports*, 593.

destruictiva y generalizada en la Isla, a la vez que es la más ignorada y “obscura”; 2) la anemia se encuentra típicamente entre los pobres o mal alimentados, en particular en los que están viviendo en las montañas; 3) el poder malévolo —“*its power for evil*”— de esta enfermedad tiene como causantes la mala comida y la mala higiene; 4) hasta el momento la existencia de dicho parásito no se había descubierto en la Isla; 5) al analizar el historial familiar de los campesinos muchos declaraban que en la familia ya alguien había muerto de esta enfermedad, confundida en ocasiones con malaria, diarrea o alguna fiebre extraña (*obscure fever*) —“*we must recollect that our own physicians have in the past placed on malaria responsibilities which do not belong to it*”—⁵⁰¹; 6) la dieta es un factor poderoso que determinaba las balanzas, a favor o en contra, de la triste víctima de anquilostomiasis; 7) los que trabajan en las haciendas tropicales no tienen un alto estándar de limpieza personal —“*bathing is not often practiced*”—, regándose las heces y contaminando los terrenos, y a ello agrega que los que tienen hábitos limpios, como la gente educada —“*the educated classes are a most clean people*”—son contaminados por la suciedad de los pobres e ignorantes⁵⁰²; 8) trata de identificar los síntomas subjetivos (los contados por los pacientes) y objetivos (los visibles, vistos por el médico), que destacan sensaciones de irritabilidad, inquietud y debilitamiento, y manifiestan la reconocida palidez sucia⁵⁰³.

No nos detendremos mucho ahora en Ashford —a quien le dedicaremos mucho más espacio en el próximo capítulo— y por el momento nos basta con señalar como su reporte reflejaba la supuesta victoria de un enfoque experimental de laboratorio para “iluminar” ignorancias y

⁵⁰¹ Davis, *Annual Reports*, 593.

⁵⁰² Davis, *Annual Reports*, 594.

⁵⁰³ De acuerdo con Ashford, los síntomas subjetivos son difíciles de adquirir pero generalmente se relacionan a una apetito variable, un poco de náusea y vómitos, dolor en el epigastrio, falta de sueño, tinitus, inquietud (*restlessness*), aturdimiento (*giddiness*), palpitaciones, fiebres pero no escalofríos (*chills*), y entre otras debilidad progresiva; los síntomas objetivos (los observables) tienen que ver con el color pálido, yendo de un *pasty yellow*, un *dirty brownish gray* o un *grayish white*, una expresión pasiva, edemas en los pies y tobillos, en la cara y escroto. Ver Davis, *Annual Reports*, 594.

obscuridades, a la vez que reforzaba el vínculo consabido de los médicos criollos entre clase baja, suciedad y falta de educación. Se trataba de nuevo de “hacer visible” al “enemigo invisible”, y, como veremos más adelante en los capítulos siguientes, el enfoque biológico-parasitario eclipsó la presencia de estrategias clasistas y racialistas que selectiva y oportunamente traducían los asuntos socioeconómicos, políticos y culturales a problemas biológico-higiénicos. Resaltamos selectiva y oportunamente porque ni si quiera Ashford podía negar o ignorar la relevancia de las diferencias nutricionales como un problema socioeconómico —ningún médico lo hubiese hecho públicamente tampoco— sino que se asumió más una “medicalización” de los “problemas sociales” que se nutrió de posturas biologicistas, maltusianas, eugenistas e higienistas.

Estas observaciones y hallazgos sirvieron para descualificar parcialmente los saberes y educación de los médicos criollos formados en España o Francia. La clase médica criolla se había presentado a sí misma como apta y capaz dentro de un medio pobre y degenerado. Sin embargo, con la llegada de médicos y militares estadounidenses notaban como dicha imagen fue utilizada para minusvalorar sus aportaciones y participación. Tampoco ayudó que el Informe de Carroll mencionaba que existía cierta desconfianza de los pobres hacia los médicos que no era producto exclusivo de la ignorancia de los primeros sino de negligencias⁵⁰⁴ y corrupción — no atendían a los pobres si intuían que no iban a ser pagados⁵⁰⁵— de los segundos (los propios médicos). Es una mención y no una condenación explícita, y tal vez Carroll generalizó al no matizar que esto tal vez

⁵⁰⁴ La estadística de Stahl de que solamente 1% de los muertos pobres habían sido atendidos por médicos reforzaba la opinión de que los médicos atendían solo a una clientela limitada. Por ejemplo, tenemos el testimonio del juez José Julián Álvarez que declaraba que los médicos rara vez atendían a los nacimientos de mujeres en los campos. Carroll, *Report on the Island*, 34, 567

⁵⁰⁵ Carroll entrevista a varias personas pobres del pueblo de Yauco en agosto de 1899 y entre los entrevistados pareció haber cierto consenso de que los médicos no atendían si no eran pagados, y los hospitales provocaban más muertes de las que remediaban. Algunos de los entrevistado, un zapatero y una pareja joven que parecían vivir en buenas condiciones —y en una casa alta, lo cual reflejaba un posible estatus socioeconómico— señalaban lo contrario, que los médicos eran decentes y visitaban cuando se les solicitaba. Evidentemente, del modo que era presentada la información reforzaba la idea de que los médicos eran clasistas o al menos corruptos e ineficientes. Carroll, *Report on the Island*, 752-53.

se daba más entre los médicos municipales que habían sido nombrados por alcaldes corruptos⁵⁰⁶; no obstante, esto importaba poco: los médicos, sus conocimientos y practicas no eran inmunes al propio medio que criticaban. Esta generalización burda justificó que los estadounidenses higienizaran a su modo, estableciendo solidaridades parciales, selectivas y erráticas.

C. Perfiles biopolíticos: la raza, el anémico y el gobierno propio

El vínculo entre higiene y gobierno estuvo presente tanto en los médicos criollos como en los estadounidenses, pero con algunas diferencias significativas. He aquí que nos topamos con un *impasse* que refleja las contradicciones y problemas del discurso de las elites y clases médicas criollas: la visión degenerativa respecto a la volición, condición moral, educativa y fisiológica no justificaba, ante la mirada de los estadounidenses “redentores”, razón alguna para fiarse de los intelectuales ni líderes políticos de la Isla. Aquí no importaba tanto si dichos males habían sido heredados o adquiridos. En otras palabras, sea que se asuma que el estancamiento había sido “heredado” por los vicios de los españoles —como raza latina, cultura o mentalidad gubernamental—, los efectos del mestizaje o que había sido “asimilado” por las mismas condiciones genealógicas e históricas de explotación colonial, ante la mirada de la mayoría de las autoridades estadounidenses ninguna de estas condiciones favorecía dar gobierno propio a los puertorriqueños.

Dentro de esta perspectiva, el “estancamiento” provenía de una misma “fuente” que contagiaba bajo la más mínima exposición —inclusive a través del lenguaje—, y en este sentido la particular conjunción del pensamiento racalista e higienista estadounidense justificaba que la mejor forma de “preservar” la intervención/inversión estadounidense era —pese a las sugerencias de Carroll y otros— creando unas condiciones radicalmente distintas. Era otra forma de ver y aplicar ese

⁵⁰⁶ Este argumento aparece, más o menos defendido en Trujillo, “The Politics of Professionalization”, 152

principio humanitario de aislar y desinfectar. En ese sentido, la visión promulgada por la elite criolla, que se percibía a sí misma como selectivamente inmune, del puertorriqueño como una “masa no instruida”, pasiva, bien intencionada pero ignorante fue estratégicamente utilizada para desacreditarlos.

Las autoridades estadounidenses trazaron analogías racialistas que supuestamente justificaban que los puertorriqueños, concebidos como inferiores a los chinos —a quienes no se les permitía emigrar a los Estados Unidos— y similar a los nativos americanos —segregados y sin verdadera participación política—, y si para no bastase, con más sangre negra de la que quieren aceptar, no eran aptos para gobernarse a sí mismos⁵⁰⁷. Todo apuntaba a una inclinación hacia la servidumbre, alimentada por la ignorancia y por dejarse llevar por los políticos corruptos.

En el informe de Carrol la “gente” (*people*) es descrita como pobre pero orgullosa y sensitiva (*poor but proud and sensitive*), muy habituadas a la obediencia (*habit of obedience is strong*), y con una ansiedad para aprender (*anxiety to learn*) y una disposición/inclinación (*willingness*) a aceptar el plan estadounidense de gobierno (*american plan of government*). Aunque la mayoría carecía de educación escolar o “experiencia”, eran moralmente buenas —y esto parecía tener mayor peso en este contexto—⁵⁰⁸. Para Carroll todo esto parecía reflejar un potencial y deseo por

⁵⁰⁷ De acuerdo con el General Davis los puertorriqueños no estaban aptos para gobierno propio ni para votar, considerándolos inferiores a los chinos y más cercanos a los “indios” (los nativos americanos). La argumentación se fundamentaba supuestamente en la ignorancia de la mayoría de los puertorriqueños y su propensión a ser manipulados por los políticos locales. Sin embargo, la retórica de Davis resulta muy sugestiva, no solo por sus argumentos racialistas sino porque define a los puertorriqueños como si estuviesen destinados a una relación sumisa de amo y esclavo:

If universal or manhood suffrage be given to the Porto Ricans bad results are almost certain to follow. The vast majority of the people are no more fit to take part in self-government than are our reservation Indians, from whom the suffrage is withheld unless they pay taxes. They certainly are far inferior in the social, intellectual, and industrial scale to the Chinese, who for very good reasons are forbidden to land on our shores. The ignorant masses will be manipulated and controlled and corrupted by the political bosses, just as they were accustomed to be by their former masters. They will be subservient to their new masters, and whatever party can sway and dictate to the masses will control their votes.

Davis, *Annual report*, 116.

⁵⁰⁸ Carroll aclara: “Education and experience, although too high a value can hardly be set upon them, do not necessarily make good citizens. Men may be well educated and yet be bad morally (...) Education is not the invariable line which

la autonomía gubernamental (*self-government*)⁵⁰⁹. Carroll aclaraba que, si bien los puertorriqueños iban a cometer errores, no iban a llevar a cabo insurrecciones o revoluciones —eran una gente pacífica—, y para aprender el arte del gobierno era necesario permitirles asumir responsabilidad junto a un sistema local de gobierno y educación gratuita para niños y niñas —aunque esto no implicaba una autonomía gubernamental o *independent self-government*—⁵¹⁰. Casi pareciera coincidir con Juan del Salto.

De repente esta imagen y predisposición “redentora” —que no terminó siendo para nada representativa del gobierno militar estadounidense en la Isla— parece contrastar con la de muchos de los profesionales, alcaldes, políticos y oficiales entrevistados que destacaban la corrupción de las autoridades locales y/o la falta general de voluntad de fuerza (*lack of will of force*) en el pueblo, como señalaba, por ejemplo, Manuel Fernández Juncos⁵¹¹. Si bien muchos de los significantes utilizados por Carroll para referirse simpáticamente a los puertorriqueños coinciden con la imaginería popularizada por las elites criollas —los puertorriqueños como gente con un carácter sociable (*very sociable*), respetuoso (*polite*), de disposición alegre (*cheerful disposition*), hospitalario (*hospitable*) y generosos (*kindly*)⁵¹²—, su tono, aún paternalista y reduccionista, no asumía que los puertorriqueños fuesen tan pasivos ni incapaces de gobernarse a sí mismos. Con esto no queremos inferir que Carroll fuese un individuo inmune o ajeno a las nociones racialistas o clasistas comunes de la época, sino que en su informe puede entreverse cómo las posturas clasistas y racialistas de las elites y médicos criollos se amparaban en el *status quo* para limitar ciertos prometidos “progresos” a la mayoría de la población.

separates good citizens from bad, but active moral sense”. Ver Carroll, *Report on the Island*, 57.

⁵⁰⁹ Carroll, *Report on the Island*, 36-7, 56-7.

⁵¹⁰ Carroll, *Report on the Island*, 58.

⁵¹¹ Carroll, *Report on the Island*, 36.

⁵¹² Carroll, *Report on the Island*, 36.

Por ejemplo, un farmacéuta y dueño de propiedades en Arecibo, José Ramón Rivera, describía a los campesinos como individuos inclinados al “juego” (*gambling*), que eran mal pagados y que tenían malos hábitos de gasto/ahorro (*want of saving habits*). Todo esto llevaba a la creación de una “raza anémica”, y según él, era un principio aceptado que una raza enfermiza es una raza viciosa (*a sickly race is a vicious race*)⁵¹³. El campesino, como ya vimos anteriormente, tiende a ser concebido como una especie de “enfermo de la voluntad”, inclinado a vicios, intelectual y moralmente degenerado y por consecuencia incapaz de cuidar de sí.

Esta imagen no contrastaba mucho con la reportada por los militares estadounidenses, que describían a las clases trabajadoras como asombrosamente ignorantes—*The ignorance of the laboring classes is beyond American comprehension*—, carentes de nutrición y anémicos; a la vez que describían a los nativos, en general, como vagos (*lazy*) y sucios (*dirty*) pero ingeniosos y listos (*sharp and cunning*) pese a ser indiferentes a las ideas americanas y las ventajas ofrecidas⁵¹⁴. En otras ocasiones los describían como callados (*quiet*) y laboriosos (*industrious*) y como vagos (*lazy*) y llevaderos (*easy-going*)⁵¹⁵.

Vale notar esa imagen del puertorriqueño laborioso pero vago y pasivo/llevadero, ignorante pero listo, y sobre todo indiferente a los potenciales a su alrededor. A esto puede añadirse como ciertas interpretaciones racialistas justificaban oportunamente cierto estancamiento a favor de las elites criollas. Por ejemplo, Muñoz Rivera se oponía a recortar la edad del voto a 21 años —unas de las sugerencias de Carroll— porque consideraba que a tal edad la raza latina, que de suyo es excitable (*excitable*) y no-deliberativa/irreflexiva (*undeliberative*), no había formado carácter; y

⁵¹³ Carroll, *Report on the Island*, 732.

⁵¹⁴ Respecto a la ignorancia de los trabajadores se trata nuevamente de un informe del capitán Macomb mientras que las observaciones respecto a la vagancia están en el reporte del teniente Blunt en Ponce, en 1899. Ver Davis, *Annual Report*, 43,46-7.

⁵¹⁵ Según lo reporta, nuevamente el teniente Blunt respecto a San Juan el 12 de mayo de 1899. Davis, *Annual Report*, 6.

esto era contrario a la noble raza anglosajona, cuyo pueblo/gente era considerada (*considering*), calmada (*calm*) y deliberativa (*debating*)⁵¹⁶. Algunos, como el Dr. Vidal en Ponce, no dudaban que lo que hacía falta era “americanizarlo todo” para deshacerse de la corrupción de los políticos locales⁵¹⁷, y que desde la llegada de los Estados Unidos habían acaecido mejorías notables, gracias a ese sentido de obligación y devoción para llevar a cabo el *White Man’s Burden*⁵¹⁸.

Como ya hemos discutido en el capítulo anterior, los anglosajones tenían cierta obsesión con regular y delimitar las diferencias raciales, y esto puede notarse en los reportes de los estadounidenses en la Isla. En sí, mucho de lo que presenta Carroll no se distancia demasiado del racialismo de la elite criolla, más allá de dedicarle más páginas y detalles al estudio de la mortalidad según las diferencias raciales⁵¹⁹. Cónsono con Valle Atilés y Brau, se describe que predominaban los blancos (64%) y que existía una disminución en las clases de color (*colored classes*)⁵²⁰. Esto coincidía con el censo de J.P. Sanger que apuntaba a una disminución desde el 1801 de una presencia de 52% de *colored* a 38.2% en el 1899⁵²¹. Aún así, algunos, como el Sr. Lucas Amadeo —un hacendado cafetalero que defendía la estadidad y consideraba que todo había empezado a degenerar a partir de la Revolución Francesa⁵²²—, incitaba la necesidad de una mayor

⁵¹⁶ Carroll, *Report on the Island*, 236; García, “Puerto Rico en el 98”, 124.

⁵¹⁷ Carroll, *Report on the Island*, 208.

⁵¹⁸ El Dr. Azel Ames destaca lo logrado desde la intervención estadounidense y no podía menos que imaginarse que iban a duplicarse los progresos durante un año. A esto añade: “When the American army established itself, intelligent officers of experience took up the ‘white man’s burden’ with an individual sense of obligation and a devotion worthy of the American citizen soldier”. Ver Carroll, *Report on the Island*, 211.

⁵¹⁹ La tuberculosis era la que más afectaba a los negros y los de “*mixed race*” y las intestinales más a los blancos—nuevamente, enfermedades más asociadas a la anemia. Carroll, *Report on the Island*, 10.

⁵²⁰ Carroll, *Report on the Island*, 11-12

⁵²¹ Lt. Col. J.P. Sanger, *Report of the Census of Porto Rico, 1899* (Washington: Government Printing Office, 1900); 57.

⁵²² Al parecer Lucas Amadeo también fue fundador del banco Crédito y Ahorro Ponceño en 1895, junto a Juan Gillet, Luis Muñoz Rivera, Ulpiano Colón y Antonio Frías. Aunque no lo diga, es evidente que el reclamo por una mayor inmigración de blancos, para así “blanquear” la raza, evocaba repetir una legislación similar a la Real Cédula de Gracias de 1815. Ver Ángel Pascual Martínez Soto, “Los orígenes del crédito y las instituciones bancarias en Puerto Rico 1814-1878: Mitos, proyectos y fundaciones”, *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, VI (2012), 210-254, 236; Carroll, *Report on the Island*, 690.

inmigración de blancos—para así llegar a una predominancia completa de la raza blanca— y no de razas heterogénea, evitando así llegar a una “confusión” dado que las mezclas de razas preceden a las “relaciones mixtas” en la política⁵²³. Aquí puede entreverse la noción de “fusionar razas”, de “mejorarla” a través de elementos que podían “regenerarla”, la cual no tendía a simpatizar mucho con el racismo estadounidense —quienes veían en tales mezclas la formación de cruzamientos disonantes—⁵²⁴.

Sin embargo, si bien muchos de la elite criolla se identificaban como “blancos”, dicha terminología no encajaba con las percepciones y clasificaciones racialistas estadounidenses. Aunque la información del censo provista por el teniente J.P. Sanger, en el 1899 identificaba que 3/5 partes del país eran “blancos puros” (*pure white*) y las otras 2/5 eran “de color” —lo cual incluye también unos pocos chinos junto a los “negros puros” (*entirely negro*) y los de “raza mezclada”⁵²⁵—, dichas cifras fueron cuestionadas por otros oficiales estadounidenses. Algunos, como el capitán Macomb, en Arecibo, informaban que muchos de los blancos tenían un extraño color marrón rojizo —supuestamente similar a los indios americanos— que no era en realidad indígena ni negroide o “negritico” (*negritic*), y pudiese casi sospecharse que fuese asiático sino fuese porque lo más probable era la presencia de influencia mora⁵²⁶. También ponían en duda los alegatos de Muñoz Rivera de que solamente 40% de la población tenía sangre negra, y Macomb aseguraba que cualquier persona inteligente que estuviese en la Isla podía notar que el número de *colored* o de sangre negra es mucho más alto (60-70%) si se consideraba la terminología racial

⁵²³ Respecto a las políticas de inmigración Amadeo señala: “this country is marching onward to the complete predominance of the white race. Should a heterogeneous emigration come here, we should arrive at a state of confusion in politics, because mixed races precede mixed relations in politics”. Carroll, *Report on the Island*, 347.

⁵²⁴ Para una discusión más detallada remitirse a Paul Lawrence Farber, *Mixing Races. From Scientific Racism to Modern Evolutionary Ideas* (Baltimore: John Hopkins University Press, 2011), 26-43

⁵²⁵ J.P. Sanger (Dir. War Department), *Census of Porto Rico. Bulletin no. II* (Washington: Government Printing Office, 1900), 7; Sanger, *Report of the Census*, 56; J.P. Sanger, Henry Gannet y Walter F. Willcox, *Informe sobre el censo de Puerto Rico. 1899* (Washington: Imprenta del Gobierno, 1900), 57-8.

⁵²⁶ Ver Davis, *Annual Report*, 43.

anglosajona de los *quadroons* y *octoroons* como *negroes*⁵²⁷.

Las dificultades con comprender las diferencias raciales o las distintas gradaciones fue algo recurrente, y en ocasiones podía entereverse como dicha postura era distinta a los particulares distanciamientos que asumía la elite criolla blanca y su modo particular de racialismo y racismo⁵²⁸. Vale recordar que este distanciamiento con lo negro por parte de varios criollos estaba ligado a esa interpretación “genealógica” y patologizante que identificaba los males de la esclavitud como males heredados. Por eso no debe sorprender que el licenciado Rivera pudiese contarle a Carroll que reconocía el hecho de que los negros fuesen explotados y “animalizados” laboralmente — “*made to work as animals*”—, pero a la misma vez justificaba dicho “mal” dado que moralmente descendían de una raza de esclavos y su condición moral no había mejorado⁵²⁹. El negro, similar al jíbaro anémico, era un sujeto degenerado pese a sus intenciones.

Sin embargo, he aquí que retornamos nuevamente al tema de la educación. A diferencia de Estados Unidos, según aclaraba Sanger, la falta de educación en Puerto Rico no se asociaba a las poblaciones negras y en ese sentido el analfabetismo afectaba, hasta cierto punto a ambas razas⁵³⁰. Eso dicho, se destacaba que había más analfabetos negros que analfabetos blancos, y los blancos tenían más entusiasmo en ser educados que los negros —aunque, según Sanger, los blancos del

⁵²⁷ Ver Davis, *Annual Report*, 45.

⁵²⁸ Vale también acentuar un incidente curioso en el Informe Carroll, en donde un soldado estadounidense fue asesinado por un puertorriqueño y entre los que ofrecieron peritaje en el asunto fue el doctor Giménez López, quien lo declaró un asesino de mala conducta que ya había herido a otros—pacientes que él mismo había tratado. Giménez López, que no tenía simpatía alguna con la intervención estadounidense, insistía que dicho acto de violencia no fue político ni reflejaba un sentimiento que tuviese el pueblo puertorriqueño contra el gobierno estadounidense—aunque sí un cierto nivel de cansancio por la conducta de embriaguez de algunos soldados. Ante ello Carroll pregunta por la raza del ofensor, destacando si tal era blanco —*is he a white man?*— y Gimenez López le contesta que era mulato, con antecedentes que no eran muy buenos dado que su madre era media-demente y bebedora. Este breve intercambio resulta interesante si tomamos en consideración que el acento que le da Giménez López sí es racista pero reforzando más la mala influencia del alcohol y la demencia que el mestizaje. Ciertamente es, como ya vimos en Valle Atilas y otros, que la raza y la clase social eran vistos casi como un determinante de degeneración. Aún así y sutil que sea, se trata de dos formas distintas de racismo. Carroll, *Report on the Island*, 597-98.

⁵²⁹ Según lo observa el aludido farmaceuta Rivera. Carroll, *Report on the Island*, 733.

⁵³⁰ Sanger, *Report of the Census*, 80.

interior (los jíbaros), en oposición a los de la costa, tenían menos oportunidad y ganas de adquirir educación/escolaridad—⁵³¹.

VI. Conclusiones e impresiones

En cierta medida, hay una curiosa correspondencia entre las críticas hechas por las autoridades estadounidenses y la clase médica puertorriqueña, pese a que tuviesen objetivos e intereses diferentes. Esa correspondencia reflejaba una tensión en torno a quiénes eran los más “aptos” para gobernar una isla que era percibida, en términos generales, como pobre, degenerada e ignorante. Los estadounidenses pintaron, por lo general, una imagen de un país decadente que había sido dominado por una nación/raza que era también atrasada y degenerada (y esto, lo veremos más claramente en el próximo capítulo). Los médicos puertorriqueños no se oponían necesariamente a esta imagen, pero sí resentían que dicha imagen minusvalorara su rol como clase social y autoridad para “regenerar” y “modernizar” al país. El discurso higiénico de ambos no era tampoco muy distinto, aunque ya las similitudes y tensiones de este aspecto lo veremos más claramente en el próximo capítulo.

Cuando se analizan las condiciones institucionales y servicios médicos que existían en Puerto Rico para finales del siglo XIX, encontramos un panorama de carencias de hospitales y servicios médicos que eran hartamente conocidos entre los médicos del país (e incluso, reconocido por médicos españoles). Había pocos hospitales y servicios de beneficencia, incluyendo un Manicomio que no llegaba a los estándares higiénicos y modernos de sus análogos en Europa. Igualmente, el desarrollo del alienismo/psiquiatría era escaso, como lo eran las investigaciones en términos estadísticos/epidemiológicos, microbiológicos y médico-clínicos. Existían pocas revistas y textos médicos e higiénicos, sea dirigidos a la profesión o al público en general. Una parte de estas

⁵³¹ Sanger, *Report of the Census*, 80-1.

carencias reflejaban ciertos atrasos relativos en España (como era el caso del sistema asilar y los desarrollos en microbiología), cuando lo comparamos con Gran Bretaña, Francia y Alemania. No obstante, esto no era realmente la causa de dichos problemas y pareciera que la impresión general que tenían muchos médicos puertorriqueños (como Valle Atilés, Zeno Gandía, Betances y varios autores que publicaron en *EFMPR* y *LS*) en torno a la negligencia de las autoridades coloniales era atinada. Igual, los médicos destacaban la corrupción local y la ignorancia de la población general, lo cual supuestamente explicaba la apatía, indiferencia y adherencia a supersticiones y remedios falsos.

Es ahí, en esa crítica a la ignorancia de las “masas”, que nos topamos con uno de los problemas más relevantes en torno al discurso higienista: aunque era evidente que el país padecía de múltiples carencias que eran producto de la colonización y de las negligencias de las autoridades coloniales, los médicos selectivamente reconocían dichas negligencias como problemas del Estado mientras que en otras culpabilizaban y patologizaban a la población como si tal tuviese algo inherentemente degenerado o enfermizo. Hasta cierto punto, este discurso higienista, que acentuaba la necesidad de una “educación higiénica” y de un mayor reconocimiento de los médicos, como autoridades y líderes dignos de reformar y “sanear” el país, reflejaba las frustraciones de una clase médica ante la inacción gubernamental. El acento selectivo en el individualismo, el “psicologismo”, el trabajo y la voluntad parece ser un recurso, o al menos una estrategia discursiva, para tanto bregar con la negligencia estatal y local, como para demostrar que los puertorriqueños sí podían “progresar”.

Sin desestimar las frustraciones de la clase médica, no debemos olvidar que a los médicos puertorriqueños también les convenía demostrar que su “raza” no era degenerada y, por lo tanto, sí era posible “aclimatar”, “modernizar” e “higienizar” el país para que fuese “culto” y “civilizado”. Por esa razón, las posturas racialistas de algunos médicos, en particular Valle Atilés,

reflejaba algunas tensiones en torno al proyecto de higienizar, sanear y modernizar el país. Por lo general, los higienistas puertorriqueños apostaban a que el país podía ser mejorado a través de la educación higiénica y de reformas que modificasen y transformasen las condiciones concretas e infraestructurales asociadas a la buena higiene (viviendas mejor construidas y no hacinadas, la construcción de acueducto y alcantarillados, limpieza de las calles, control de calidad de alimentos, etc.). La apuesta por “aclimatar” el país es muy propia de países que asumían una postura racalista latina, en donde el mestizo no era señal de degeneración o, si lo era, tal podía ser “regenerado” (por ejemplo, a través de inmigración de blancos, mejor educación, etc.). Era una postura más inclusiva que el racismo estadounidense, pero eso no quitaba que no fuese racista, sexista o clasista. En donde mejor podemos notar esto es en la representación que hizo la clase médica del campesino.

Por lo general, los médicos en Puerto Rico representaban al campesino, en particular el jíbaro, blanco, como una figura anémica, débil, ignorante y apática. Esta imagen va a estar repleta de contradicciones que pervivirán a través de la primera mitad del siglo XX. Por un lado, el jíbaro blanco era la evidencia de que el europeo blanco sí podía reproducirse y aclimatarse al país. Por el otro, el aislamiento, pobreza y constitución “anémica” del jíbaro parecía pronosticar justamente lo contrario. La figura del negro en estos discursos no es frecuente, y las pocas menciones tienden a fluctuar entre un paternalismo que infantilizaba al liberto y lamentaba su condición, y un racismo que veía en el negro atavismos primitivos que anunciaban su extinción. El negro no es generalmente discursado como un elemento constitutivo ni esencial de la “raza” o “cultura” de Puerto Rico, sino más bien era descrito como un elemento que se añadía a las fundaciones blancas/caucásico europeas del país. Esta representación va a continuar en las próximas décadas, y el acento en higienizar, sanear y redimir al jíbaro blanco reflejaban ese deseo de la elite criolla y

la clase médica de demostrar que Puerto Rico sí era aclimatable a la Civilización y el Progreso. Por eso la crítica en torno a la ignorancia de las mujeres no solo iba dirigido a reducir la mortalidad infantil sino a asegurar que se pudiese regenerar/mejorar la raza.

La imagen estadounidense de un país degenerado y retrasado, particularmente en asuntos higiénicos y médicos, comprometía los proyectos de la elite criolla y la clase médica. Y, como veremos en el próximo capítulo, hubo una tendencia entre las autoridades estadounidenses, incluyendo los médicos estadounidenses (como Ashford), de minusvalorar las capacidades de los médicos puertorriqueños. Si algo podemos notar en este capítulo es que los médicos puertorriqueños no eran un grupo de ineptos atrasados que desconocían de los adelantos más recientes de la medicina, la biología y las emergentes teorías de infección. Ciertamente hubo inconsistencias y limitaciones entre los médicos del país, en torno a la actualidad de algunas publicaciones, el uso de terminología y la falta de investigaciones empíricas. No obstante, en términos del saber que manejaban, no da la impresión de que las inconsistencias y contradicciones fuesen mayores a las vistas, en esa época, en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Inclusive, y esto lo veremos mejor en el próximo capítulo, los médicos puertorriqueños tenían una mejor preparación y educación médica que sus análogos estadounidenses. Esto es importante destacarlo, porque aún existe (como ya mencionamos en los primeros dos capítulos) un discurso progresivista que considera que sin la intervención de los Estados Unidos la medicina jamás hubiese tenido los adelantos que tuvo (y tiene) en el país. Dicho discurso presume que en Puerto Rico la clase médica no conocía de los adelantos higiénicos ni conocía los medios para emplearla. Cuando vemos los textos de Valle Atilés, Corchado, Pina y Casas, y Betances, resulta evidente que la clase médica no era ignorante en términos de saber médico e higiénico.

Lo que sí ignoraba la clase médica puertorriqueña, pero igualmente lo hizo la clase

estadounidense (como iremos viendo en los próximos capítulos), era la complejidad de los problemas sociales del país, en gran parte porque en el saber médico existían sesgos de clase, raza y género. Es preciso recalcar como un análisis de lo escrito por los médicos nos permiten ver que la clase médica, ni el saber que manejaban, era neutral, objetivo ni inmune a las influencias y contextos sociales de la época. En ese sentido, hay que contextualizar el discurso heroico médico que, al destacar más el individualismo, la sacralidad de la profesión, la pobreza y sacrificio del médico, eclipsaba dichos sesgos. Esto podemos verlo en las interpretaciones higiénico-moralistas que, entre otras cosas: 1) vinculaban imágenes de la teoría miasmática con prejuicios de clase y raza (resaltando como cierta “suciedades” y “vicios” eran inherentes/endémicas a ciertos ambientes/clases sociales, géneros y razas); 2) utilizaban la teoría de gérmenes para reforzar la existencia de un “enemigo invisible” que se asociaba exclusivamente a la pobreza y a ciertas razas; 3) acentuaban cómo la ignorancia y la inmoralidad facilitaban enfermedades, y para remediar dichos problemas se debía utilizar una educación demagógica, sensacionalista y horrificada (para que así las “masas” aprendieran); 4) consideraban que los médicos eran las personas ideales para regenerar la raza y la nación.

A su vez, ya aquí podemos notar cómo se auspiciaba cierta concepción de “salud” que ligaba al trabajo, la voluntad, la productividad y la armonía como actividades vitales y sanas. Posturas organicistas y psicologicistas eran evocadas en este discurso higiénico para destacar cómo estos problemas podían remediarse si se hacía caso a la Higiene y se tenía la voluntad para ello. A su vez, lo que enfermaba era casi inescapable, sea a través del medio, las herencias raciales o las pasiones, y apuntaba a los modos de vivir y de vida de la mayoría de los puertorriqueños. Claro, la degeneración no era enteramente irreversible, pero para lograr las transformaciones necesarias se requerían cambios drásticos al “medio”, desde la educación hasta la ampliación de servicios

higiénicos y médicos. Sin embargo, para lograr esto se requería también un conocimiento sobre las necesidades locales y es ahí en donde tanto los médicos puertorriqueños como las autoridades estadounidenses van a fracasar. No va a ayudar, que un mayor enfoque microbiológico y biomédico llevó, a partir del 1898 y pese a sus intenciones iniciales, a remedios costo-efectivos e inmediatos que ignoraban la necesidad de cambios y mejoras al ambiente a largo plazo, incluyendo invertir en ampliar los servicios médicos, mejorar las condiciones socioeconómicas, de alimentación y de vivienda, construir acueductos y alcantarillados y, entre otras cosas, crear espacios investigativos y educativos locales (como, por ejemplo una universidad nacional). Todas esas inversiones requerían más tiempo y si algo vamos a ver es que tales tardaron décadas en empezar a concretizarse, y de forma muy lenta y errática.

Capítulo IV

Higienizar, sanear y redimir un país pobre, anémico y degenerado:

Repetición, diferenciación y eugenismos durante el régimen estadounidense

(1900-1930)

Durante las primeras tres décadas del siglo XX encontramos tensiones, repeticiones y resignificaciones que van a estar ligadas a la conformación de un nuevo gobierno colonial. Este nuevo gobierno, por un lado, facilitó y posibilitó ciertas edificaciones y servicios que fueron celebrados como parte de cierto discurso de Progreso y Modernidad¹ que veía tales atributos como inherentes a la mentalidad (norte) americana². Por el otro lado, esta imagen de cambio radical y “modernizante” eclipsaba como aún continuaban (y hasta empeoraron) ciertos problemas, desigualdades y negligencias que reflejaban nuevamente cierta inacción e inconsistencia gubernamental (local y central) en lo que concernía los servicios de salud pública. Ante ello encontramos un discurso médico, cada vez más centrado en la prevención como objetivo sanitario y gubernamental, que se (re)presentó como el más apto para sanear, regenerar, mejorar y perfeccionar la economía, tanto productiva como reproductiva (la procreación/natalidad), financiera, política y biológica, del país. En dicho discurso encontramos un lenguaje clasista, biologicista y eugenésico que buscó redimir las supuestas figuras débiles, anémicas, pobres y atrasadas que no permitían que al país pudiese desenvolverse, progresar o adquirir su propia

¹ Como ya hemos señalado en capítulos anteriores esta insistencia de capitalizar o usar mayúscula, al igual que utilizar ciertos artículos singulares (la, el), es hecho a propósito para corresponder con su uso discursivo.

² Por lo general, se aludía al estadounidense como americano o norteamericano, pese a los equívocos que ello entretuviera cuando al referirse al “americanismo” se reducía a los supuestos atributos y quehaceres de Estados Unidos. Ver nota al respecto en el primer capítulo y para una discusión más detallada ver Gustavo Silva, “America for the Americans: las consecuencias de una visión geocéntrica tienen para la traducción”, *BANLE XI* (2008): 181-196.

personalidad y cultura.

Los adelantos asociados a los servicios médicos se concentraron en la búsqueda, errática y conflictiva, de la centralización de dichos servicios y en la supuesta aplicación de un modelo de intervención basado en el éxito de las campañas de higiene del médico militar estadounidense Bailey K. Ashford. Destacamos basado en el “éxito” de dichas campañas porque en realidad, más allá de los logros concretos y loables de Ashford, el tratamiento general de las enfermedades no cambió demasiado ni pareció reflejar las “lecciones” de la “educación higiénica” que el médico militar creyó descubrir e impartir. Al acercarnos a este periodo, un gran obstáculo historiográfico y epistemológico ha sido deshilar todos los demás procesos que han quedado enredados bajo la sombra de un solo individuo (Ashford, quien además eclipsó inclusive a sus colegas/amigos puertorriqueños). Por eso iremos discutiendo la conformación de los demás servicios sanitarios, en particular las otras campañas higiénicas (malaria, tuberculosis y mortalidad infantil) y la edificación institucional de asociaciones, negociados e incluso centros investigativos asociados a lo que hoy llamamos Salud Pública.

Estos procesos no fueron simplemente intervenciones y aplicaciones que fueron asimiladas por los habitantes del país de forma pasiva, automática y homogénea, en especial cuando vemos cómo los médicos puertorriqueños discursaron sus reclamos, demandas y frustraciones como clase y profesión (con sus respectivos intereses), además de sus aspiraciones a ser reconocidos como los agentes legítimos y autónomos para el cambio social y político del país. Por eso discutiremos los modos de afiliación, apropiación y resistencia de los médicos, en particular aquellos que buscaron representar políticamente la “clase médica”, sea vía la formación de una asociación profesional (como la Asociación de Médica de Puerto Rico [AMPR]) o su participación en las campañas de Ashford y en los mecanismos sanitarios gubernamentales (comisionados, presidentes o agentes

dentro de las emergentes divisiones de la Sanidad Pública). Nos encontramos ante unas dinámicas y estrategias de saber-poder que nos permiten ver cómo los médicos puertorriqueños y estadounidenses (cada cual con sus respectivas idiosincrasias) hicieron uso de su saber y autoridad para medicalizar asuntos de índole social, moral y económico-política. Dicha medicalización, además de reflejar la aplicación de unos nuevos saberes, también nos permite entrever sesgos y reduccionismos en torno a clase, género y raza.

Nos encontramos aquí con el emerger de un lenguaje médico en donde confluyeron, epistemológica e ideológicamente, los saberes de la Medicina Tropical, la Biología (junto a sus emergentes variedades de conocimiento, no siempre compatibles entre sí, como fueron las teorías de evolución, herencia y microbiología) y la organización moderna de la Higiene/Sanidad Pública. Dichos saberes apostaban a la posibilidad de “regenerar” y perfeccionar los habitantes del país, entiéndase “adaptarlos” y hacerlos más “aptos” para la “lucha por la existencia”. La imagen del jíbaro anémico será importante aquí no solo en términos epidemiológicos sino, y en particular para los médicos puertorriqueños, para promulgar una imagen racalista de “blancura” y redención dentro de un cuerpo percibido como cruzado, mestizo y enfermo. Mejorar, sanear y redimir al jíbaro significaba que era posible regenerar y mejorar la “raza” / “especie” puertorriqueña; a la vez que la presencia estadounidense y su aclimatación, junto a los modos de aclimatar a los demás habitantes del país, eran un ejemplo de cómo la Higiene y la Modernidad podían “sanear”, “civilizar” y “hacer hospitalarios” a los países tropicales, degenerados y atávicos. Sin embargo, en dicho discurso, que en ocasiones equiparaba salud con sanear y perfeccionar, encontramos un enfoque en una medicina preventiva que, pese tal vez a sus intenciones, fue paulatinamente relegando todo aquello que no era curable a un destino eugenésico (montando las bases para la

posterior edificación, en el 1937 de la Junta Insular de Eugenesia)³.

Para poder abarcar estos procesos amplios y sus respectivas discursividades seguiremos una división de ejes de análisis similar al capítulo anterior, acentuando las continuidades, las discontinuidades, las correspondencias y las diferencias, que nos permiten ver la complejidad de este particular discurso de medicalización bajo el régimen estadounidense (del 1900-1930). Este capítulo está dividido en cuatro partes. La primera parte se centra en discutir la organización institucional de los servicios médicos, las principales campañas higiénicas y el panorama epidemiológico. Las próximas dos partes se centran en cómo los médicos representan, narran y discuten: 1) su saber, autoridad y rol, que en este contexto toma mayor complejidad al reflejar una mayor organización política y profesional, además de buscar legitimar sus roles como agentes de cambio social, político y sanitario; 2) lo que es saludable y sano y lo que enferma y degenera, junto a las correspondientes figuras principales y “modos vivir” que debían ser regulados y corregidos. En la tercera parte veremos cómo se fue consolidando una imagen del puertorriqueño enfermo como irresponsable, débil/anémico y degenerado, yendo desde el campesino anémico hasta las madres disgénicas y la reproducción de “pseudo-normales” y débiles mentales, todos ellos cargas irresponsables y costosas de mantener. En la cuarta parte recapitularemos, como hicimos en el capítulo anterior, y daremos unas impresiones de cierre, concluyendo así el capítulo

I. La organización sanitaria: instituciones, informes, asociaciones, campañas y mortalidad

Una dificultad a nivel historiográfico es la relativa escasez de textos que comprensivamente

³ Hay que recalcar que en este capítulo estaremos trazando los inicios de un lenguaje y pensamiento eugenésico dentro del campo médico, con la finalidad de ir trazando las condiciones de posibilidad para que se insertasen en Puerto Rico dos procesos que fueron relativamente raros en Latinoamérica y otras partes del mundo: 1) la necesidad de un certificado prenupcial con finalidades eugenésicas; 2) la legalización no solo de la promoción de propaganda eugenésica, avalada por la comunidad médica, sino la aplicación de abortos eugenésicos y esterilizaciones.

abarquen, de forma cronológica y con suficientes detalles (respecto a fechas, servicios y figuras clave), el emerger e historicidad de las principales instituciones sanitarias que conformaron lo que hoy conocemos como “Salud Pública” y sus respectivos servicios. Lo poco que existe, como ya hemos señalado en capítulos anteriores, se centra en la figura de Bailey K. Ashford y su campaña contra la “anemia” o en el “choque cultural” entre mentalidades estadounidenses y puertorriqueñas. Aún escasean estudios que abarquen las demás campañas sanitarias y su formación (la de malaria y tuberculosis), junto a otros eventos sanitarios pertinentes (como las epidemias de influenza y de peste) o temas que fueron adquiriendo mayor visibilidad, en particular la mortalidad infantil y su relación con los emergentes discursos sobre la “sobre-población” y la eugenesia. Esta primera parte de este capítulo busca ofrecer un recorrido panorámico, parcialmente cronológico y temático, que pueda ofrecer una narrativa que abarque como se fueron conformando los distintos servicios sanitarios, las principales campañas sanitarias, asociaciones médicas, publicaciones y debates. Haremos algunos señalamientos en torno a como se va conformando el discurso médico, pero este será más detallado en la segunda parte (II) de este capítulo.

A. Instituciones e informes

Similar al capítulo anterior, en estas próximas secciones iremos contextualizando las principales instituciones sanitarias y algunos reportes e informe en torno a la calidad de estos.

1. Instituciones

En el 1900 se crea la Junta Superior de Sanidad (JSS) o la *Superior Board of Health* (SBH)⁴ y el primer laboratorio oficial para análisis químico⁵. El 19 de marzo de 1902 el Gobernador nombró

⁴ Ver Eliseo Font y Guillot, “Desenvolvimiento Sanitario—Legislación— Junta de Sanidad”, en *El Libro de Puerto Rico*, eds. Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (co-eds) (San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923): 286-304, 286, 298. (II)

⁵ Para más detalles ver William F. Smith, “Sanitation in Porto Rico”, *Public Health Papers and Reports* 27 (1901): 166-174, 173; Francisco Hernández, “Laboratorio Biológico Insular”, en *El Libro de Puerto Rico*: 348-52, 348; Óscar Costa Mandry, “Apuntes para la historia de la medicina en Puerto Rico”, *BAMPR LIV*, nº5 (1962): 159-167, 160.

a Ricardo Hernández como Director de Sanidad⁶. La JSS dispensaba licencias (para médicos, dentistas, farmacéutas, practicantes, enfermeras y parteras⁷), regulaba los servicios de vacunación⁸, analizaba alimentos y drogas (igualmente penalizaba su adulteración)⁹. El 1 de marzo de 1904 se creó el Departamento de Sanidad, Caridad y Corrección o lo que se llamó el “Consolidado”¹⁰. Dicho Consolidado fue muy ineficaz y un ejemplo de una centralización exagerada, en donde los asuntos higiénicos recibieron menos atención (se hicieron algunos reglamentos¹¹) y autonomía¹². Hasta cierto punto, la campaña de anemia llevada a cabo por Ashford en el 1904 y la promoción del estudio de enfermedades tropicales en el 1909¹³ llevó a que en el 9 de mayo de 1911 se creara el “Servicio de Sanidad Insular”, y dentro de este el Negociado de Sanidad y el Negociado de Enfermedades Trasmisibles, con William F. Lippit como el primer Comisionado de Sanidad¹⁴.

⁶ Los nombramientos del Director de Sanidad eran hechos por el gobernador. Los primeros directores de Sanidad, al menos durante este primer periodo (1902-1911) fueron: Ricardo Hernández (1902-1904), Tomás Vázquez (1904-1909), Felipe Cordero (1909-1911). Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 298; Costa Mandry, “Apuntes”, 167.

⁷ En pro de centralizar y regular los servicios y practicas sanitarias, la JSS, en el 1903, concedió a la Junta de Médicos Examinadores el poder de conceder licencias para la práctica médica a cirujanos menores, embalsamadores y enfermeras. En el 1906 se fundó una Junta de Farmacia para reglamentar el ejercicio de la profesión y de sus requisitos. Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 298; Lucas Luis Vélez y Díaz, “Desenvolvimiento de la Farmacia en Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 946-50, 946, 948; Vélez López, “Memoria presentada por el Dr. Velez Lopez, Secretario de la Asociación”, *BAMPR* II, n°13 (1904):199-203, 200-201.

⁸ Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 171.

⁹ Esto se da a partir del 1905. Ver M. Martínez Roselló, “Informe que presenta el comité de Puerto Rico al primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis. Barcelona: 16 á 22 de Octubre de 1910”, *BAMPR* VII, n°79 (1911): 15-29, 15.

¹⁰ William H. Hunt, *Fourth Annual Report of the Governor of Porto Rico. From July 1,1903 to June 30, 1904* (Washington: Government Printing Office, 1904), 45.

¹¹ Como señala el historiador de medicina José Rigau, en dicha consolidación “la sanidad quedó mal parada”. Ver José Rigau Pérez, “La Salud en Puerto Rico en el Siglo XX”, *PRHSJ* XIX (4) (2000): 357-368, 359.

¹² Tampoco ayudaba que los directores de dicho “Consolidado” no eran en muchas veces médicos ni tenían experiencia en dichos asuntos. Ver Bailey Ashford y Pedro Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis (Hookworm Disease) in Porto Rico: A Medical and Economical Problem* (Washington: Government Printing Press, 1911), 17; Colton, *Report. 1910*, 211.

¹³ El 16 de marzo de 1909 se aprueba una ley que promovía el estudio y prevención de las enfermedades tropicales transmisibles, y en marzo de 1911 se aprobó otra ley para continuar dichos estudios y la supresión de la uncinariasis. La ley del 1909 también requirió nombrar a un médico patólogo para cada distrito y en el 1910 se aprueba una ley que enmienda la anterior y requiere además que se nombre un médico bacteriólogo a cargo del Laboratorio Bacteriológico (en este caso Isaac González Martínez) en San Juan, el cual además de los análisis de laboratorio (comida, agua, leche, sangre y animales sospechosos) llevaba a cabo la preparación de vacunas y desarrollaba investigaciones sobre enfermedades tropicales y transmisibles. Ver Hernández, “Laboratorio Biológico”, 350, 352; Costa Mandry, “Apuntes”, 161; Rodrigo Fernós, *Gonzalo Fernós Maldonado y el espacio para le ciencia en Puerto Rico* (Indiana: Xilibris, 2013), 166-67.

¹⁴ Los directores o comisionados durante este periodo (1900-1930) son William F. Lippit Comisionado de Sanidad

Con esto, se desmantela el Consolidado, llevando a que finalmente, con la Ley 81 del 14 de marzo de 1912, se cree el Servicio de Sanidad y el puesto de Comisionado de Sanidad (hoy en día Secretario de Salud)¹⁵. En ese mismo año se funda también El Instituto de Medicina e Higiene Tropical (o ITMH por sus siglas en inglés)¹⁶, cuyo objetivo era capacitar inspectores y oficiales para llevar a cabo expediciones, investigaciones y análisis¹⁷ de las enfermedades tropicales transmisibles¹⁸. Los dispensarios que tenía la ITMH suponían, en teoría, estar abiertos a todos los que padecieran estas enfermedades y asistían a médicos que solicitaban análisis de laboratorio¹⁹. No obstante, como ha señalado la historiadora Nicole Trujillo-Pagán, este instituto tendió a enfocarse más en sus estudios particulares, promoviendo así una visión de ciencia amparada en el análisis microbiológico y los tratamientos alopáticos, que en proveer servicios²⁰.

En el 1917, bajo la Ley Jones, se creó el Departamento de Sanidad (hoy Departamento de Salud), con un comisionado que era miembro del Gabinete del Gobernador²¹, con varias instituciones a su cargo (incluyendo la regulación de plomería y los Acueductos) y, dependiendo del periodo, las campañas sanitarias y la supresión de la uncinariasis, la malaria y la extinción de

(1911-17; 1921-23), Alejandro Ruiz Soler (1917-21), y Pedro Ortiz (1923-1931). Pedro N. Ortiz, "Sanitation and health activities are fostered in Porto Rico under direction of commissioner", *PRJPHTM* V, n°1(1929): 8-10, 8; Norman Maldonado, "El Dr. Eduardo Garrido Morales (1898-1953)", *Galenus* 29 recuperado en <http://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Eduardo-Garrido-Morales-1898>. Costa Mandry, "Apuntes", 167.

¹⁵ El puesto era nombrado por el Gobernador. Ver Rigau Pérez, "La Salud", 359; Rafael Fernández Feliberti y Roberto Rodríguez, "Compendio de los primeros cien años de artículos científicos, escritos, documentos, editoriales y datos históricos sobre la medicina a la luz de los tiempos...del Boletín Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico", *BAMPR* XCIV (1-12) (2002): 5-18, 6.

¹⁶ El edificio estaba en San Juan y ocupaba toda la planta baja y ala sur del llamado "Palacio Rojo". Ver Pedro Gutiérrez Igaravidez, "Instituto de Medicina Tropical e Higiene", en *El Libro de Puerto Rico*, 352-56, 352.

¹⁷ Para un resumen de los planes, instrucciones y objetivos ver Walter W. King, "Public Health in Porto Rico: A Report of the work of the Institute of Tropical Medicine and Hygiene in Porto Rico" *Public Health Reports* XXVIII, n°50 (1913): 2681-2689, 2682.

¹⁸ Las enfermedades que estudiaban eran la uncinariasis, el esquistosoma, la filariosis, la linfangitis, la amebiasis, el paludismo, la meningococcemia, el esprú, el beri beri y ciertas dermatosis, entre otros padecimientos. Ver Gutiérrez Igaravidez, "Instituto", 354.

¹⁹ Gutiérrez Igaravidez, "Instituto", 354.

²⁰ Nicole Trujillo-Pagán, "Controlling Malaria and Men: Rockefeller Health Intervention in 'Porto Rico', 1920-1926", *Center for Research on Social Organization. Working Paper Series #560* (January 1998), 1-31, 4. Recuperado en <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/51324>.

²¹ Rigau Pérez, "La Salud", 359; Costa Mandry, "Apuntes", 161.

mosquitos²². La autonomía y centralización del Departamento de Sanidad fue interrumpida brevemente del 1919 al 1921, cuando los asuntos de regulación higiénica y sanitaria quedó a la disposición de los municipios; decisión que fue criticada por el Comisionado de Sanidad de aquel momento, Alejandro Ruiz Soler²³. El asunto se restituye parcialmente en el 1921²⁴ pero ya aquí pueden notarse el conflicto, que retomaremos más adelante, entre las autoridades médicas del Estado, que se consideraban más neutrales y menos “políticas”, y las municipales²⁵. El Departamento de Sanidad tenía varios negociados asociados a infraestructura, servicios sanitarios e investigación²⁶, desde el control de enfermedades como la tuberculosis y la malaria hasta la

²² Entre las dependencias del Departamento de Sanidad estaban el Manicomio, el Asilo de Ciegos, los Sanatorios Antituberculosos de San Juan y Ponce, el Hospital Cuarentenario, la Colonia de Leprosos o Leprocomio, los dos Asilos de Caridad, la eEscuela de Sordomudos, un hospital de uncinariásicos en Utuado, la regulación de la plomería y los acueductos. En torno a la extinción de los mosquitos, tenemos que Samuel Bates Grubs (1871-1942) en el 1909 fundó “The Anti-Mosquito League” y en el 1911 se estableció la División para la Exterminación del Mosquito (*Division for the Extermination of Mosquitos*). Ver Gustavo Adolfo Ramírez de Arellano, “Historia de la Ingeniería Sanataria”, en *El Libro de Puerto Rico*: 310-328; 312, 314, 318; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 302; José G. Rigau-Pérez, “The apogee of tropical medicine: An epidemiological portrait of Puerto Rico in 1927”, en *A Sojourn in Tropical Medicine. Francis W.O’ Connor’s Diary of a Porto Rican Trip, 1927*, ed. Raúl Mayo Santana, Annette B. Ramírez de Arellano, José G. Rigau-Pérez (San Juan: La Editorial Universidad de Puerto Rico, 2008), 147-212, 185-86; José G. Rigau-Pérez, “The Work of US Public Health Service Officers in Puerto Rico, 1898-1919”, *PRHSJ* XXXVI (3) (2017): 130-39, 133.

²³ En el 1919 se le concedió a las Asambleas Municipales el nombramiento de los oficiales de sanidad en sus respectivas jurisdicciones y esto, según Ruiz Soler, había “redundado en detrimento del progreso sanitario del país, y puede afirmarse que en lugar de avanzar hemos retrocedido”. Ruiz Soler solicitaba que se restituyera la centralización aprobada en el 1912. Alejandro Ruiz Soler, *Informe del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico. Año Fiscal 1919-1920* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1920), 13.

²⁴ En el 1921 se aprobó que el Departamento de Sanidad tuviese el derecho de regular las inspecciones sanitarias y la construcción y regulación sanitaria de los edificios, mientras que el lavado de calles y removido de basuras le correspondía a los municipios. La centralización de los servicios sanitarios quedaba bajo el mando de la oficina central en San Juan y, en términos de inspecciones médicas, se dividían de acuerdo con los siete distintos senatoriales, cada uno con su respectivo médico inspector, que estaba a cargo de la organización local de sanidad.

Ver William F. Lippit, *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico. 1921-1922* (Washington: Government Printing Office, 1923), 319, 322; Pedro N. Ortiz, “Sanitation and health activities are fostered in Porto Rico under direction of commissioner”, *PRJPHTM* V, n° 1(1929): 8-10, 8.

²⁵ En el 1922, el entonces Comisionado de Sanidad (William Lippit) denunciaba la total de la organización —“*the complete destruction of the organization*”— de la Sanidad durante ese periodo, y se quejaba de lo difícil que era “erradicar” las ideas políticas —“*It has been exceedingly difficult to eradicate from them their political ideas*”— en los inspectores municipales y en el gran número de empleados sin conocimiento médicos que habían fallado en sus servicios, como, por ejemplo, la erradicación del mosquito. Como veremos más adelante esta queja de la “maldición política” se repetirá y enmarcará como si fuese un problema endémico del país, eclipsando así los propios intereses políticos de tanto la administración colonial como de las campañas sanitarias y el quehacer de la clase médica. Ver Lippit, *Report. 1922*, 320.

²⁶ La organización del Departamento de Sanidad estuvo conformada por el Comisionado de Sanidad, el Comisionado Asistente de Sanidad, el Negociado de Enfermedades Transmisibles, el Negociado de Ingeniería Sanitaria, el

higiene infantil y el bienestar social, muchos de ellos con enfoques en educar y tratar enfermedades específicas. Lo pertinente es notar que durante la última década del periodo que nos ocupa (1920-1930) notamos cierto patrón en el modo que se van creando y conformando una serie de negociados y servicios dedicados a regular asuntos relacionados a la infancia, la maternidad y la educación higiénica, lo cual incluyó servicios de enfermeras visitadoras e inspección de escuelas²⁷, así como la estandarización de los modos de identificación, recopilación y análisis estadístico de enfermedades y de las causas de mortalidad²⁸. Hasta cierto punto estos servicios son una “extensión” de los efectos de la campaña de anemia y del Negociado de Enfermedades Transmisibles²⁹; negociado que diversificó sus funciones iniciales de identificar y recomendar métodos de aislamiento y tratamiento, para entonces incluir asuntos como la puericultura (por ejemplo, con el Negociado de Medicina Social³⁰). Aquí podemos ver los inicios de clínicas de “higiene social” que, además de sedimentar el interés por regular e higienizar la natalidad, también

Negociado de Propiedades y Cuentas, el Negociado de Estadísticas Vitales, el Laboratorio Biológico, el Laboratorio Químico y la Farmacia Insular, además de otros negociados. Del 1923 al 1929 se crearon más servicios, divisiones y negociados: Negociado de Sanidad Rural/*Bureau of Rural Sanitation*, Negociado para el Control de la Malaria/*Bureau of Malaria Control*, Negociado de Prevención de Peste Bubónica/*Bureau of Plague*, Negociado de Bienestar Social/*Prevention, Bureau of Social Welfare*, Negociado de Tuberculosis/*Bureau of Tuberculosis*, Negociado de Higiene Social/*Bureau of Social Hygiene*, Negociado de Educación de Salud Pública/*Bureau of Public Health Education*, Negociado de Inspección General/*Bureau of General Inspection*, Division de Epidemiológica/*Epidemiologist*. Ver Ortiz, “Sanitation”, 9.

²⁷ Resulta más allá de nuestro interés detallar las funciones de cada negociado, nos basta con aludir a algunos que nos son más importantes. Por ejemplo, el Negociado de Bienestar Social cubría una variedad de actividades, entre ellas la de las enfermeras visitantes y las clínicas para mujeres y niños. Ver Ortiz, “Sanitation”, 9.

²⁸ Por ejemplo, tenemos la fundación, en el 1926, de la División de Epidemiología, junto a (y como parte de) la primera Unidad de Sanidad Municipal en Río Piedras. Ver Department of Health of Porto Rico, “Report of the Division of Epidemiology of the Department of Health. 1926-1927”, *PRRPHTM* III, n° 10 (1928): 422-24, 422.

²⁹ El Negociado de Enfermedades Transmisibles incluía los servicios y divisiones asociadas al aislamiento de pacientes y la prevención de enfermedades, en particular: el Leprocomio, el Hospital Cuarentenario, el Servicio de Vacunación, la Junta de Embalsamadores y Vacunadores, Junta de Libertad Condicional, y el estudio y liberación de leprosos. Ver Ortiz, “Sanitation”, 9.

³⁰ Durante mediados de la década del veinte emerge el Negociado de Medicina Social y Puericultura, un nombre muy eugenésico, como señala la historiadora Laura Briggs, que buscaba promover tanto medidas higiénicas contra enfermedades como la tuberculosis como promover el control poblacional para reducir la sobrepoblación. Ver Ramón Lavandero, “Puericultura”, en *El Libro de Puerto Rico*: 340-44, 340; Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley: University of California Press, 2002), 101.

sentó las bases para los futuros trabajadores sociales y la medicalización de “problemas sociales”³¹.

Vale aquí añadir la pertinencia de las inversiones y colaboraciones privadas e internacionales, entre ellas, y de suma importancia económica y política, la *International Health Board* (IHB) de la Fundación Rockefeller (RF), que llevaron a cabo una nueva campaña contra la uncinariasis, una campaña oficial para el control de la malaria y otras campañas e iniciativas para organizar clínicas regionales de cuidado prenatal, higiene infantil y otros servicios de asistencia (como clínicas de tuberculosis)³². Cónsono con estas intervenciones se buscó también organizar centros y unidades sanitarias similares a las de Estados Unidos, más centralizadas y que ofrecieran servicios de tratamiento a tuberculosis, inspección escolar, cuidado prenatal y asistencia a menores³³. Asimismo, podemos agregar la cooperación de la División de la Cruz Roja (fundada en el 1917³⁴) en Puerto Rico con la División de Higiene Escolar para financiar y llevar a cabo inspecciones escolares, proveer enfermas visitadoras y otros asuntos de higiene infantil³⁵.

³¹A partir del 1923, y del aumento de mortalidad infantil, se asignó un presupuesto especial para establecer clínicas prenatales y bebés, dividido en dos ramas: Servicio de Sanidad Pública (*Public Health Service*) y Bienestar Social (*Social Welfare*)—el cual será uno de los puntos germinales de los que posteriormente será la elaboración del Trabajo Social como profesión. Ver Sarah Lane, “Educational activities of the Department of Health of Porto Rico”, *PRHR* I, n°3 (1925): 5-10, 5, 9; Jesús M. Cabrera Cirilo, “Perspectiva crítica de la investigación en la Escuela Graduada Beatriz Lassalle: El caso de la génesis y desarrollo del Trabajo Social en Puerto Rico”, *Análisis* X, n°1(2009):190-220, 198, 206.

³² Por ejemplo, en el 1928 se construyen y organizan unas unidades regionales a través de la IHB que operaron como clínicas de tuberculosis, cuidado prenatal, asistencia a menores e inspecciones a las escuelas, entre otras cosas. Ver Ortiz, “Sanitation”, 8-9.

³³ En el 1925 el Dr. Antonio Fernós Isern, entonces comisionado asistente de Sanidad (después fue comisionado del 1931-1933 y del 1942-46) y el Dr. H.H. Howard, de la RF, visitaron varios centros de salud en los Estados Unidos para así ir aprendiendo alternativas que llevarían a la formación de centros o unidades de salud municipales (en ocasiones llamadas “unidades sanitarias municipales”) en Puerto Rico, más centralizados y con mejores guías y planificación. La primera Unidad de Sanidad Municipal (*Municipal Health Unit*) se establece en Río Piedras en octubre de 1926, seguido por Yabucoa en 1927 y otras tres más en Adjuntas, Caguas y Cayey. Dichas unidades llevaban a cabo compañías de educación y propaganda que incluían publicaciones y avisos a través del periódico, vía conferencias, panfletos y filmes. Ver Raúl Mayo-Santana, Lucy Peña-Carro y Silvia E. Rabionet, “The Historical Antecedents of the UPR School of Tropical Medicine”, *PRHSJ* XXXV n°2 (2016): 53-61, 58; “Statistical Reports. Report of Municipal Health Units of Porto Rico”, *PRJPHTM* V, n°2(1929): 213-18, 213; Francis W. O’ Connor, “Diary of a Porto Rican Trip”, en *A Sojourn in Tropical Medicine. Francis W.O’ Connor’s Diary of a Porto Rican Trip, 1927*: 13-92,30.

³⁴ Ver Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”., 6; Arturo Rodríguez Aguayo, “El Capítulo puertorriqueño de la Cruz Roja”, en *El Libro de Puerto Rico*: 903-12, 906; Costa Mandry, “Apuntes”, 161.

³⁵ Ver Antonio Fernós Isern, “Higiene escolar en Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 344-48, 344, 346, 348.

En lo que respecta la edificación y crecimientos de los servicios hospitalarios, incluyendo los sanatorios, asilos de caridad y manicomios, si bien hubo un crecimiento considerable y significativo durante este periodo (en comparación con el anterior), fue errático y sus servicios, pese a ciertos adelantos, muy limitados. En lo que respecta los hospitales tenemos el Hospital Presbiteriano (1904), el Hospital Especial para mujeres (1905-1917)³⁶, el Hospital Municipal en San Juan (1914), el Hospital San Lucas (1906) y el de San Asilo (1923) en Ponce, el nuevo Hospital Presbiteriano (1917) en Santurce, la Clínica Mimiya fundada por Dr. Ramon M. Suarez en Santurce (1928), el Hospital de Distrito de Ponce (1929) y el Hospital de Distrito de San Juan (1929) —el cual se transfiere a la Escuela de Medicina Tropical y se convierte en el Hospital de la Escuela de Medicina Tropical—³⁷. La mayoría de la beneficencia era gubernamental, y en menor medida privada, y cada municipio tenía uno o más médicos asalariados para atender a los pobres o inclusive, si tenía los ingresos, asilos y hospitales³⁸. Claro, ese era el ideal, pero, como veremos más adelante, el Manicomio en San Juan continuaba siendo el lugar preferencial, y al parecer único, para atender a todos aquellos considerados alienados, locos o mentalmente degenerados.

2. El estado de los servicios médicos y los hospitales

Los médicos repetidamente lamentaban la falta de actualización, reparación y expansión de los hospitales municipales³⁹. Respecto a los servicios médicos generales en el 1901 William F. Smith informaba que aún había falta de acceso a servicios médicos⁴⁰, los municipios estaban en

³⁶ En el 1905 hubo un “Hospital Especial para mujeres” al cual iban a reportarse las prostitutas diariamente con su tarjeta de identificación para su evaluación sanitaria de enfermedades transmisibles. Ver Herman Goodman, “Prostitution and Community Syphilis”, *The American Journal of Public Health* IX, n°7 (1919): 515-520, 515.

³⁷ Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 5-7; Costa Mandry, “Apuntes”, 162.

³⁸ Rigau Pérez, “La Salud”, 359.

³⁹ Por ejemplo, Belaval criticaba el estado del Hospital Municipal en San Juan, en el cual se gastaba una cantidad grande pero no se invertía en reparaciones, en ampliaciones y en hacer los arreglos correspondientes a las necesidades y cuantía de la población. Más adelante veremos una crítica similar de Francisco Goenaga en torno al Manicomio. Ver José S. Belaval, “Consideraciones sobre la beneficencia municipal de San Juan”, *BAMPR* X, n°100 (1914): 3-11, 4-5.

⁴⁰ Por ejemplo, en el 1913 King —y repitiendo lo ya expuesto por sus colegas de la campaña contra la uncinariasis,

bancarrota y los eran médicos mal pagados y tenían demasiadas tareas simultaneas a nivel municipal⁴¹. Smith apuntará, y esto será algo que, como veremos más adelante se repetirá mucho durante esta época, a que estos defectos se debían al pasado y corrupto régimen español⁴². Sin embargo, la limitación de recursos médicos continuó siendo un problema durante este periodo, en particular la asignación de fondos y la organización de los servicios médicos y de beneficencia a nivel municipal. Por ejemplo, en el 1917 Ruiz Soler llevó a cabo, como Comisionado de Sanidad, una visita a toda la isla para investigar las condiciones de beneficencia municipal, y lo que informó fueron varios y persistentes déficits a nivel estructural y organizacional. Muchos de estos problemas acentuaban las condiciones deficientes, en términos de calidad y cantidad, de los servicios médicos y sanitarios, además de apuntar el problema de no identificar debidamente a los “verdaderos pobres” (aspecto muy sugestivo cuando consideramos que la mayoría del país era consideraba pobre ⁴³) que ameritaban los servicios⁴⁴. Estas deficiencias, en particular las que

Ashford y Gutiérrez Igaravidez en el 1911— señalaba que los médicos apenas iban a ver a los pobres y se había vuelto costumbre que un familiar hiciese el viaje largo y peligroso al médico del pueblo, describiese los síntomas del enfermo y con ello tomase la medicina prescrita de vuelta. Walter W. King, “Public Health Work”, *PHR XXVIII*, n°50 (1913): 2681-689, 2683; Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 17-20.

⁴¹ Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 167; Mayo-Santana, Peña-Carro y Rabionet, “The Historical”, 54.

⁴² Smith en el 1901 señala lo que será una narrativa recurrente: que bajo el régimen español no hubo realmente una existencia de sanidad —“*had no real existence*”—, aún sí se reconoce que había un sistema elaborado de leyes, insulares y municipales, pero no eran ejecutadas. Ver Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 171.

⁴³ Esta preocupación por identificar los “pobres de verdad” podemos verlo también en otros países, como España. En España cuando se hizo uso de los dispensarios para tratar la tuberculosis y la sífilis, durante la segunda década del siglo XX, se exigía que el paciente presentara un “certificado de pobreza”. La preocupación en aquel momento, como apuntan los historiadores Jorge Molero y Francisco J. Martínez, era ante la queja de los médicos de consulta privada que consideraban tener una “competencia desleal” con dichos dispensarios. Evidentemente la preocupación por estos certificados no era medica ni sanitaria sino socioeconómica (en particular, los intereses de la profesión médica). Ver Jorge Molero Mesa y Francisco J. Martínez Antonio, “Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina”, *Trabajo Social y Salud* 43 (2002): 119-48, 131-32.

⁴⁴ A modo de resumen, entre los defectos reportados por Ruiz Soler tenemos : 1) la “falta de una lista de pobres para evitar que personas que no son indigentes y que no tienen derecho a recibir gratis los servicios del médico, reciban dichos servicios”; 2) la ausencia de hospitales para albergar los casos graves que requieren de cuidado constante y observación frecuente del médico; 3) las malas condiciones de las salas de socorro, “desprovistas de equipo y material necesarias” y “falta de facilidades”, ubicadas usualmente en el “local más sucio de la casa alcaldía”; 4) a tenor con lo anterior, las condiciones “deplorables” de los hospitales, con faltas que “denota pobreza, suciedad y descuido” y por lo general “tales son las condiciones de estos establecimientos benéficos en toda la Isla”; 5) las “insignificantes cantidades asignadas para medicinas obligan al médico a considerar el valor de la prescripción de modo que la asignación no se agote antes de terminar el año cuando los materiales son suministrados por administración o si por contrato que el contratista no entregue menos de la cantidad ordenada o altere la formula, como aparece ser costumbre

concernían el trato de los alienados, la falta de hospitales y beneficencia pública, continuaron aún durante la década de los veinte⁴⁵.

En este sentido vale destacar que la demanda y crítica respecto a la necesidad de mejorar, ampliar y extender los servicios a enfermos mentales estuvo presente casi durante las primeras tres décadas del siglo XX. Ya a principios del siglo XX, Goenaga había insistido en la necesidad de ampliar los espacios y organizar un cuerpo de enfermeras independientes del cuerpo del edificio, además de la formación ideal de otros asilos específicos para atender a la diversidad de degenerados (para alcohólicos, por ejemplo)⁴⁶. A principios de la década del siglo XX hubo una serie de arreglos, expansiones mejorías parciales al Manicomio, inicialmente prometedoras según el alienista puertorriqueño Francisco Goenaga⁴⁷, pero durante la segunda década del siglo XX lo que notamos es que se repiten las mismas denuncias (falta de espacio, higiene y servicios)⁴⁸. Da la

de muchos de ellos”; 6) los medicamentos para los pobres “son preparados a la carrera, con muy poco cuidado por las farmacias” (que eran quienes lo suministraban al municipio) y entregados generalmente en “recipientes sucios y sin cubiertas”, y ante tal aspecto los pacientes algunas veces los tiraban y no los tomaban. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 77-8.

⁴⁵ Por ejemplo, para el 1920 Ruiz Soler lamentaba que la situación no había mejorado aún, dado que la población rural no recibía el auxilio necesario y persistía la falta hospitales y de un sistema eficaz de beneficencia pública. En el 1922, Lippit no reportó mejoras y consideraba que pese a la presencia de un “cuerpo excelente” de médicos jóvenes y capaces los municipios entendían e interpretan mal lo que era la caridad. Como veremos más adelante estos asuntos no van a mejorar mucho durante este periodo. El asunto no va a cambiar, como veremos en el próximo capítulo, hasta que se extiendan los servicios de las “unidades de sanidad/salud pública”, iniciadas por Fernós Isern a mediados de la década de los veinte (y en realidad no será hasta la década de los treinta que veremos los cambios más significativos). Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 78; Lippit, *Report. 1922*, 339.

⁴⁶ En el 1905 informa Goenaga: “Durante la dominación española, la Diputación Provincial, fijó el número de asilados en 80 locos y 70 locas. Pero jamás se llegó al colmo de este límite. En el año corriente la existencia máxima sostenida ha sido de 254”. Ver Francisco Goenaga, “Estadística del Manicomio”, *BAMPR* III, n°26 (1905):26-29, 27-8.

⁴⁷ Inicialmente diera la impresión de que el Manicomio iba a recibir los arreglos y las actualizaciones prometidas y esperadas. Goenaga reportaba en tono de éxito que en el 1900 con la intervención del gobernador Charles Allen cuando “cesaron de prestar servicios en el Manicomio las Hermanas de la Caridad”. Los gobernadores Allen y Hunt son descritos por Goenaga como “eficaces protectores del Manicomio”, en particular con el gobernador Winthrop (1904-1907) que procuró que se expandieran áreas en el Manicomio para separar un área educativa para los niños. En el 1907 el director del Consolidado mencionaba que era notable el grado de “progreso” y “perfección” alcanzado en el Manicomio (*Insane Asylum*), mejorando las celdas de ellos pacientes y los pisos y espacios exteriores.

Ver Francisco Goenaga, *Antropología Médica y Jurídica* (San Juan: Imprenta Venezuela, 1934/Rafael Nido, 2013), 234; Goenaga, *Desarrollo Histórico del Asilo de Beneficencia y Manicomio de Puerto Rico desde su creación hasta Julio 31, 1929* (San Juan: Cantero, Fernández & Co., 1929), 49-50; Regis H. Post, *Annual Report of the Governor of Porto Rico. For the Fiscal Year Ending June 30 1907* (Washington: Government Printing Office, 1907), 337.

⁴⁸ La necesidad urgente de expandir y hacer un nuevo edificio o manicomio estaba ya reportada en el Informe del Gobernador. Aún para el 1912, según relata Eliseo Font y Guillot, los pacientes se encontraban en una

impresión de que parte del problema sucede a partir del 1908 cuando, sin aviso o justificación alguna, se decretó la cesantía de Goenaga y fue repuesto por una persona que, según la estima del alienista puertorriqueño, no estaba cualificado y no mejoró ni conservó las modificaciones hechas durante principios del siglo XX⁴⁹. En el 1922 restituyen a Goenaga como director del Manicomio, y en su primer informe presentaba una imagen muy similar a la de su informe de principios del siglo XX⁵⁰, de cuerpos abandonados y hacinados en condiciones insalubres, dejados a morir (en ocasiones hasta de hambre) en un contexto de indiferencia y crueldad⁵¹. El galeno informaba además cómo dichas condiciones no permitían el tratamiento correcto/ “moderno” de las “aberraciones mentales” y denunciaba la falta de organización y registro en los historiales de casos, las admisiones y exámenes hechas a los pacientes (por ejemplo, no recibían ningún tratamiento específico a sus condiciones⁵²). No será hasta el 13 de noviembre de 1929 cuando se inauguró finalmente El Nuevo Manicomio (lo que hoy conocemos como el Hospital Psiquiátrico

“promiscuidad espantosa” en términos de clasificación nosológica, rodeados por murallas y una edificación que, si bien era más o menos higiénica, carecía aun de las estructuras para dividir apropiadamente los distintos locos y tener los talleres adecuados para cuestiones recreativas, trabajo y “esport”; tampoco se contaba aún con una sala de observación ni un salón para tratar infecciones contagiosas. También en el 1914 el gobernador Arthur Yager informaba lo inadecuado del espacio del hospital. Ver Colton, *Report. 1911*, 271; Goenaga, *Antropología*, 237; Eliseo Font y Guillot, “Necesidad de un nuevo manicomio en Puerto Rico”, *BAMPR IX*, n°87 (1912-1913): 1-6, 4-5

⁴⁹ Goenaga señala que no fue hasta el 1920 que duró la “ilegal práctica” de “nombrar siempre con carácter interino al Director del Manicomio”. Goenaga considera que las personas que estaban a cargo del Manicomio no tenían la preparación ni credenciales debidos. Al parecer Goenaga no fue el único que percibió el proceso de esta forma, si nos fiamos del informe del Comisionado de Sanidad Lippit en el 1922. Durante un periodo de cuatro años, el primer superintendente había sido un “invalido crónico” (*chronic invalid*) que se pasaba la mayoría del tiempo en cama; y su sucesor Gustavo Muñoz, pese a ser un médico capaz tal no tenía experiencia en enfermedades mentales y eligió un personal inadecuado. Ver Goenaga, *Desarrollo*, 70; Goenaga, *Antropología*, 234-36; Lippit, *Report. 1922*, 377.

⁵⁰ De acuerdo con Goenaga, en condiciones de hacinamiento e insalubridad e salubres “allí murieron, en el más vergonzoso abandono, aquellas víctimas de su propio destino, agravado por la indiferencia pública que en tales casos es una terrible forma de crueldad”. Vale comparar esta descripción con la que aparece en la próxima nota para notar las similitudes en términos de pintar una imagen de decadencia, abandono y abuso. Ver Goenaga, *Antropología*, 237.

⁵¹ Vale notar las imágenes de hacinamiento y decadencia: duchas destruidas, invasiones de moscas, una joven de 22 años con un brazo amputado causado por la asfixia provocada por la camisa de fuerza, salones “divididos en pequeños calabozos”, y en uno de ellos un “miserico loco tuberculoso” abandonado punitivamente en la planta baja por haber estrangulado a su compañero enfermo, en un espacio “sin ventilación, húmedo en demasía”. A esto Goenaga añadía “el clamor general por alimentación insuficiente”, y con esto el alienista completaba lo que él llamó “la narración del desastre en el Manicomio”. Ver Goenaga, *Desarrollo*, 94.

⁵² Ver Lippit, *Report. 1922*, 376-77; Goenaga, *Desarrollo*, 84

Dr. Fernández Marina en Río Piedras), bajo la dirección de Luis M. Morales⁵³.

El asunto era aún más desconcertante en los municipios. Los informes de Goenaga a principios de siglo, en sus expediciones a varias partes de la isla (en particular Cayey, Humacao, Ciales, Mayagüez y Ponce), demostraban aún la “notoria ausencia de hospitales en los pueblos”, en particular para los alienados, que eran dejados a la miseria y el abandono, deshumanizados cuando no animalizados, depauperados y tratados como si fuesen criminales⁵⁴. Goenaga resaltó aquí la necesidad de recoger y tratar en el Manicomio los “locos peligrosos” y de “probable curación” y distinguirlos de los incurables —los “dementes crónicos”, los que están en “estado de imbecilidad” o los “idiotas plenos”—, los que debían ser recogidos, alimentados y cuidados por los municipios⁵⁵. Aquí también veremos otro problema recurrente, y muy similar a la división anterior de “verdaderos pobres” y “falsos pobres”, la de identificar, regular y distinguir entre los “incurables” y los “curables” (fueran estos peligrosos o inofensivos), en particular cuando los “incurables” tendían a padecer de enfermedades hereditarias. Se supone que los municipios, desde el 1912, tenían un espacio dedicado al cuidado de dementes cuando no había cabida en el

⁵³ Aún si en el 1917 se habían asignado los fondos necesarios para construir un nuevo manicomio, no se concretizó hasta más tarde. En el 1920 Ruiz Soler insistió nuevamente en la necesidad de llevar a cabo mejoras en el edificio para ampliarlo dado que era “insuficiente e inadecuado” y el “hacinamiento de los enfermos” era perjudicial. En el 1921 se supone que se había aprobado 300,000 más para la construcción de un nuevo edificio, pero eso no llevó a las modificaciones necesarias en ese año. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 60; Alejandro Ruiz Soler, *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico, 1920-1921* (Washington: Government Printing Office, 1922), 97; Emarely Rosa Dávila, “Políticas públicas de salud mental y su relación con la historia de los programas de salud mental en Puerto Rico”, *Ámbito de encuentros* X, n°1 (2017): 65-85, 68-9.

⁵⁴ Al respecto Goenaga relata de dos casos de mujeres, una en Cayey y otra en Humacao, dejadas en un estado de desamparo. En Cayey una mujer calificada de loca fue puesta desnuda en una jaula como “fiera peligrosísima”, en una choza en un piso a la vista de los transeúntes. En Humacao una joven morena de 18 años es dejada desnuda en un patio de la cárcel “expuesta al peligro de la violación” entre los demás delincuentes. En Mayagüez un joven que no presentaba síntomas de locura había sido puesto en una celda en el hospital —que estaba bajo la dirección de una hermana de la Caridad, lo cual no pareció agrandar al alienista— al atacar a su padre por lo que pareciera ser una disputa respecto al “desvergonzado concubinato” de este con una “cierta mujer sirvienta” y al abandono de la madre (recluida como loca furiosa en el mismo hospital). La directora lo calificaba de “desobediente” sin acreditar las observaciones del joven “acusado de locura”. Aquí puede verse, similar al capítulo anterior, su crítica al manejo de estos casos cuando se trataba de autoridades religiosas en vez de médicas. Francisco Goenaga, “Informe del Dr. Goenaga al Honorable Gobernador de la Isla en visita Oficial”, *BAMPR* VI, n°70 (1908): 160-165, 161-62.

⁵⁵ Goenaga, “Informe”, 164.

Manicomio⁵⁶, pero en realidad esto no tendía a lograrse y aún durante la década de los veinte Goenaga destacará nuevamente el estado de abandono, negligencia e indiferencia ante el sufrimiento de los alienados⁵⁷. Otros médicos, como Eliseo Font y Valle Atriles, insistían, cada uno con sus respectivos enfoques, en la necesidad de crear más y mejores manicomios “modernos”⁵⁸.

En lo que concierne el tratamiento de los leprosos, tenemos un problema similar: desde principios del siglo XX Isla de Cabras había sido el destino de los leprosos, con un leprocomio cuyo estado sanitario era deficiente y la creación de un asilo “moderno” no se logró construir hasta el 1926⁵⁹. Aunque hubo algunos adelantos a nivel terapéutico, a partir de la dirección de Pedro N. Ortiz, no existía una cura y la mayoría de los tratamientos resultaban ineficaces⁶⁰. Hasta cierto punto, la lepra era incurable y su único método de tratamiento era el aislamiento. Cuando tomamos en consideración que el tratamiento de la lepra, la tuberculosis y muchas de las enfermedades

⁵⁶ De acuerdo con Goenaga una ley hecha en el 1913 exigía que los municipios tuviesen “hospitales de emergencia para locos peligrosos”, lo que, debido a falta de recursos, solo fue llevado a cabo en San Juan. Ver Goenaga, *Antropología*, 237; Rosa Dávila, “Políticas públicas”, 68.

⁵⁷ Ver Lippit, *Report. 1922*, 376.

⁵⁸ Por ejemplo, Font y Guillot incitaba a que se hicieran nuevos manicomios “modernos”, incluyendo las colonias agrícolas y asilos de “puertas abiertas” *open doors*. Mientras que Valle Atriles, en el 1915, aludía a la necesidad de hacer colonias de alienados, una para enfermos agudos (en la zona urbana) y otra para los “incurables capacitados para trabajar” y los “incurables inválidos” (en una zona rural cerca a una ciudad). También recomendó que se creasen asilos para bebedores, para epilépticos y criminales vueltos alienados. Ver Font y Guillot, “Necesidad de”, 1-2; Francisco del Valle Atriles, “Colonia a alienados”, *BAMPR* XI, n°107 (1915): 77-80, 77-8, 80.

⁵⁹ En el 1902 el gobernador C.H. Lavinder describió como criminalmente pobre (*criminal poor*) las condiciones de tratamiento en Isla de Cabras. También en el 1904 Quevedo Báez criticaba su deplorable condición. Aún si el 24 de junio de 1919 se aprobó la Ley No.76, la cual autorizaba la creación de un Asilo de Leprosos, no fue hasta el 1925 cuando se prepararon para mudar los pacientes de Isla de Cabras al nuevo leprocomio. En el 1926 se abrió oficialmente el nuevo leprocomio en Trujillo Alto y para el 1928 ya estaba lleno a capacidad (60 pacientes). Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 39; “A New Era for Porto Rico’s Leper Colony”, *PRHR* I, n°5 (1925): 5-16, 5. 12; Julie H. Levison, “Beyond quarantine: a history of leprosy in Puerto Rico, 1898-1930”, *Historia, Ciencias, Saude* X, n°1 (2003), 225-245, 229, 231, 233; Rigau-Pérez, “The apogee”, 173.

⁶⁰ En el 1920 Pedro N. Ortiz estaba a cargo de la colonia en Isla de Cabras y a partir del 1921 había reportado ciertos adelantos respecto al uso de éter etílico o chaulmoogra (hoy *hydrocarpus wightianus*), donados a través del Dr. J.T. McDonald. Del 1921 al 1923 Ortiz había reportado el éxito del uso del aceite de chaulmoogra como un tratamiento efectivo para la lepra. Sin embargo, Francis O’ Connor, médico que visitó a Puerto Rico en el 1927, relata que el entusiasmo por dicha terapia fue decayendo y el propio Ortiz consideraba exagerados los resultados, dado que si bien había mejoras los pacientes aún salían como positivos en las pruebas bacteriológicas. Ver O’Connor, *Diary*, 74; Rigau-Pérez, “The apogee”, 174. Ver también Lippit, *Report. 1922*, 365.

mentales más graves (las psicosis, las manías, las demencias y, entre otras, la “debilidad mental”) no tuvo muchos avances en términos terapéuticos, las condiciones poco higiénicas de estos espacios no solo afectaban el tratamiento sino el bienestar general de estos pacientes.

El problema recurrente será la falta de financiación y recursos. Hasta las campañas de anemia —que más adelante detallaremos—, promovidas y significadas como la intervención sanitaria más costo-eficaz (de 60 centavos por paciente), se toparon con varios problemas financieros y falta de recursos⁶¹. Inclusive el Instituto de Medicina Tropical, que suponía ser un logro científico y sanitario, empezó a recibir un presupuesto menor que llevó a su desmantelamiento y sustitución en el 1926, cuando se inaugura en su lugar la Escuela de Medicina Tropical⁶². Como iremos viendo en otras secciones, las inversiones financieras más significativas a nivel sanitario se dieron cuando ciertos servicios médicos fueron propuestos como necesarios para mejorar y aumentar la productividad laboral (como sucederá con el caso de la anemia y la malaria). Por el momento, es preciso que veamos otros espacios relevantes a nuestra discusión sobre los desarrollos institucionales médicos: la formación de asociaciones, institutos y revistas científico-médicas.

B. El contexto de producción científica: asociaciones, escuelas, revistas y debates

Aún si limitado, durante las primeras tres décadas del siglo XX notaremos un crecimiento significativo de producción científico-literaria y la conformación de las primeras asociaciones

⁶¹ El propio Ashford buscó definir dicha intervención como de bajo costo, de solo 60 centavos por paciente (en oposición a intervenciones en Europa que costaban de dos a tres dólares). Asimismo, encontramos reclamos, desde el 1910, de Gutiérrez Igaravidez respecto al laboratorio, y los tan valorados dispensarios de análisis y tratamiento de uncinariasis, señalando a la falta de recursos para comprar y preparar los fármacos. Ver Fernós, *Gonzalo Fernós*, 172-74.

⁶² El Instituto de Medicina Tropical, del 1921-1923 recibió un presupuesto de 4,530.66, mucho menor al que recibió en el 1915 (10,000). La baja es aún más significativa si se compara a las asignaciones dadas en el 1910 al Servicio de Enfermedades Tropicales y Transmisibles, de 30,742.47, y a la primera Comisión de Anemia, en el 1904, que recibió 5,000. Como apunta Rodrigo Fernós, en retrospectiva el desmantelamiento de dicha institución y su transformación en la Escuela de Medicina Tropical, parece obvia. Menos obvia, no obstante, es la exclusión y relativo abandono, de González Martínez y Gutierrez Igaravidez, figuras troncales del instituto anterior, al inaugurarse dicha escuela o institución de estudios graduados. Ver Fernós, *Gonzalo Fernós*, 174-76.

médicas. Aunque tenemos las primeras instituciones educativas universitarias, los adelantos en términos de educación médicas fueron mínimos y parciales dado que la obtención de grados continuó siendo un recurso que una minoría adinerada pudo lograr viajando fuera de Puerto Rico, en particular más hacia a Estados Unidos que a Europa (al compararlo con el siglo XIX). Aquí podemos ir apreciando cómo los médicos puertorriqueños van definiendo su autonomía, a la vez que se apropian de los recursos y estrategias de la administración colonial estadounidense, creando vehículos de expresión y de colaboración.

Para entender la extensión de la medicalización e higienización respecto a los llamados “problemas sociales” y “morales” (equivoco frecuente en esta época), hay que contextualizar los espacios y saberes que van a enmarcar los discursos médicos de la época: las asociaciones, las escuelas y los vehículos de producción y divulgación científica.

1. Asociaciones y educación

Desde finales del siglo XIX varios médicos lamentaban la falta de solidaridad y organización entre los médicos, en particular la falta de algún espacio o mecanismo que representase las necesidades de los médicos en el país. He aquí la pertinencia política de la Asociación Médica de Puerto Rico (AMPR) y su rol en buscar conformar una imagen autónoma, representativa y hegemónica de los intereses de la clase/profesión médica del país. La AMPR se conformó en el 21 de septiembre de 1902, con Manuel Quevedo Báez como su primer presidente, y su creación tenía el objeto y fin de “defender los intereses materiales de la clase, primeramente, haciendo cuantas gestiones sean necesarias para esto, cerca de las esferas oficiales y estudiar y descubrir después los demás medios que puedan existir para su defensa⁶³”. Se buscaba regular la profesión y, entre otros

⁶³ “Copia del Acta de Constitución de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR* I, n° 1 (1903), 4-5, 4; ver también Eugenio Fernández García, “La Profesión Médica en Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 928-32, 932

asuntos, consolidar un espacio o centro para contribuir a los conocimientos médicos del país⁶⁴. En el 1914 la AMPR es aceptada en la Asociación Americana de Medicina o AMA (por sus siglas en inglés)⁶⁵.

A partir de la AMPR otras profesiones médicas especializadas van conformando sus asociaciones (como los dentistas y “practicantes”)⁶⁶. Aquí vale destacar el emerger de la figura de la enfermera o *nurse*, resaltando aquí su terminología anglosajona dado que dicha figura fue asociada a las iniciativas e intervenciones estadounidenses, que trazaban también una distinción entre dichas profesionales y otras “practicantes” (como las comadronas)⁶⁷.

Como es ya sabido, al menos en lo que respecta la educación formal para inicios del siglo XX, la UPR fue el centro educativo público para la preparación de estudios en educación y artes. Sin embargo, estudios y grados en medicina eran prácticamente nulos, con la excepción de farmacia⁶⁸, y algunas iniciativas en otras instituciones privadas en enfermería⁶⁹. En ese sentido, lo más cercano que existía a estudios médicos, lo encontramos en la Escuela de Medicina Tropical (EMT) o UPRSTM (por sus siglas en inglés), pero no confería grados. La EMT en la UPR pudiese

⁶⁴ “Copia del Acta”, 4.

⁶⁵ Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 6.

⁶⁶ En el 1907 se fundó la Asociación Dental y se unió a su análogo estadounidense en el 1911. En el 1920 se funda la Asociación de Practicantes (*Minor Surgery*). En el 1921 se fundó la Asociación de Médicos de Beneficencia de Puerto Rico, presidida por el doctor M. Román Benítez, para justamente atender los problemas entre los titulares y los municipios. Ver Fernández García, “La Profesión”, 932; Manuel V. del Valle, “Asociación Dental de Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 950-52, 950; Rosa A. González, “La Asociación de Enfermeras de Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 956-58, 956; Ramón Fournier, “Asociación de Cirujano Menores”, en *El Libro de Puerto Rico*: 958-60, 960; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 6.

⁶⁷ Para una breve historia de las asociaciones y escuelas de enfermería ver Rosa A. González, “La Asociación de Enfermeras de Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 956-58, 956; Luz V. Camacho, “Cambios de la educación superior en enfermería en Puerto Rico, desde la época colonial hasta el presente”, *Impulso* XLI, n°4 (2016): 6-12, 8-9; Carmen Rita Ducret Ramy, “La comadrona puertorriqueña colabora en el proceso de parir”, *REPS* 8, n°1 (1992): 51-76; 54-55; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 5-6; Rigau Pérez, “La Salud”, 361.

⁶⁸ Si nos permitimos una simplificación grosera: la UPR fue fundada en el 1903, teniendo inicialmente a la Escuela Normal (1903) y el Departamento de Agricultura (1904), seguido por un Colegio de Artes Liberales (1910), una Escuela de Leyes (1913) y una Escuela de Farmacia (1913)—que tuvo su primera clase graduanda en el 1915. Silvia E. Rabionet, “The Educational Legacy of the UPR of Tropical Medicine: Curricula, Faculty, Students (1926-1949)”, *PRHSJ* 35 (3) (2016): 125-33, 127; Velez y Díaz, “Desarrollo”, 948.

⁶⁹ Favor ver nota anterior (n.a. n°68) que sintetiza las asociaciones y escuelas de enfermería en Puerto Rico.

considerarse como parte de cierto paradigma de escuelas homónimas que va desde las escuelas en Inglaterra hasta las de Egipto y Brasil para principios del siglo XX⁷⁰; instituciones en donde se ofrecían cursos/conferencias, se hacían análisis en laboratorio, se publicaban investigaciones científicas⁷¹, tenían una biblioteca especializada y operaban como hospitales (aunque fuese parcialmente)⁷².

La finalidad de la EMT, al inaugurar en octubre de 1926, era ofrecer oportunidades educativas e investigativas en el campo de medicina tropical; y a su vez ser de las primeras en ofrecer esto oportunamente en un contexto “exótico-tropical”⁷³ —binomio equivoco y constitutivo de dichas instituciones y que, en este caso, beneficiaba más a los intereses estadounidenses⁷⁴—. La EMT fue creada por un acto legislativo, el 23 de junio de 1924 (producto de una comisión del año anterior⁷⁵), que transfirió los recursos y propiedades del ITMH y marcó el cierre de este, y la dependencia de la nueva institución a la Universidad de Columbia⁷⁶. El currículo se concentraba en temas

⁷⁰ La *Liverpool School of Tropical Medicine* y *London School of Tropical Medicine* (fundada por el patólogo Patrick Manson, quien para algunos pudiese considerarse “el padre de la medicina tropical”), ambas fundadas en el 1899, tienden a verse como dos de las instituciones cruciales para la consolidación del campo de la medicina tropical. En el 1926 la conceptualización que tenían de las enfermedades tropicales en la UPRSTM reflejaba, según Mayo-Santana, Peña-Carro y Rabionet, una fusión de dos tradiciones europeas, la tropical inglesa y la de enfermedades exóticas en Francia. Ver Mayo-Santana, Peña-Carro y Rabionet, “The Historical”, 58; Rabionet, “The Educational”, 126.

⁷¹ Su revista y publicaciones puede también verse como parte de una tradición, presente ya en revistas militares y de medicina tropical de finales del siglo XIX, en Brasil, Inglaterra y Estados Unidos. Ver Raúl Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine (1925-1950): From a Health Department Bulletin to a UPR School of Tropical Medicine”, *PRHSJ* XXV (4) (2016): 179-190, 180.

⁷² Rabionet, “The Educational”, 126.

⁷³ En esta institución se definió el estudio de las enfermedades tropicales como el “study in a tropical environment of that large ill-defined group of disorders known as tropical diseases, and at the same time to observe the influence of exotic conditions on diseases in general”. Vale notar aquí el equívoco entre condiciones exóticas y el ambiente tropical en un país tropical, y como esto refleja un sesgo que estaba dirigido a nutrir los intereses y curiosidades “exteriores” y de países no exóticos/tropicales. Ver Mayo-Santana, Peña-Carro y Rabionet, “The Historical”, 58.

⁷⁴ La formación de la Escuela de Medicina Tropical fue, como ya han señalado algunos historiadores, un tipo de “matrimonio de intereses” en donde Puerto Rico iba a tener finalmente un instituto posgraduado —que no confería grados— de investigación científica y la Universidad de Columbia un laboratorio de ultramar en medicina tropical. Ver Raúl Mayo-Santana, Silvia E. Rabionet, Lucy Peña-Carro, Adelfa E. Serrano, “Marvels and Shadows: Science and Education at the University of Puerto Rico School of Tropical Medicine under the Auspices of Columbia University: An Introduction”, *PRHSJ* XXV (2) (2016), 50.

⁷⁵ Mayo-Santana, Peña-Carro y Rabionet, “The Historical”, 57.

⁷⁶ Ver Rabionet, “The Educational”, 126.

científico-naturales de enfoque microbiológico⁷⁷ y aunque su objetivo era atraer a un público internacional, la mayoría del estudiantado fue puertorriqueño y de aquí van a surgir algunas figuras notables como Óscar Costa Mandry, Pablo Morales Otero y, entre otros, José Rodríguez Pastor que van a marcar un giro generacional dentro de la profesión médica puertorriqueña⁷⁸. Como lo ha señalado la historiadora Nicole Trujillo, a principios del siglo XX podemos notar un giro generacional entre una generación anterior de médicos pertenecientes a la elite criolla “liberal” (anterior al 1898), formada en Europa y una generación más joven que conformaba una elite de “profesionales especializados” (más asociadas al liberalismo económico y a las ideologías progresivistas) que buscaba promocionar su influencia política y su prestigio profesional en nombre de “modernizar” la relación colonial⁷⁹. A su vez, dicha generación nueva estuvo involucrada en las campañas de anemia y, por lo tanto, se asociaba a las nuevas técnicas de identificación microbiológica y tratamiento biomédico⁸⁰.

No es posible cerrar esta sección de asociaciones y educación sin hacer una mención en torno

⁷⁷ El currículo de la EMT tenía cuatro divisiones principales temáticas que reflejaban el enfoque en ciencias naturales (particularmente biológica y química): 1) bacteriología, micología e inmunología; 2) patología; 3) química; 4) zoología médica. Cada curso graduado ofrecido, usualmente de un semestre de duración, en la UPR-STM estaba a cargo de un miembro de la facultad, y en su primero año los cursos ofrecidos en bacteriología, inmunología, micología y patología tenían un enfoque de instrucción individual y experimental y de estudio de campo (ya presente en el segundo año). Ver Rabionet, “The educational”, 128-130.

⁷⁸ Entre los estudiantes “graduados”, si podemos llamarlo así, que se destacaron en el campo tenemos a Conrado Asenjo, Luis Hernández, Trinita Rivera en el campo de la química; Américo Pomales, Oscar Costa Mandry y Pablo Morales Otero en bacteriología; José Rodríguez Pastor en enfermedades infecciosas/comunicables (*Communicable Diseases*); Enrique Koppisch y Francisco Hernández en Patología y Américo Sierra y Jenaro Suárez en Medicine. Rabionet, 128-29.

⁷⁹ Nicole Trujillo utiliza la categoría de “médico liberal” para contrarrestar con la generación más joven de “médicos profesionales” y, para nuestros fines dicha distinción nos parece útil, siempre y cuando se hagan algunas aclaraciones. Aquí el uso de “liberal” puede asociarse a la afiliación que dichos médicos tenían con ciertos ideales autonomistas de finales del siglo XIX, además de también aludir al imaginario del médico intelectual y culto, que de forma errática ha tendido a ser percibido como “liberal”. Los “médicos profesionales” (que también podemos considerar como cierto tipo de “especialistas”), como categoría responde más al ideal de especialización y de progresivismo —entiéndase como asociado a la llamada *Progressive Era*— que tuvieron los médicos durante el siglo XX, en particular en Estados Unidos. Ya veremos en el próximo capítulo cómo la clase de médicos profesionales va a ir expandiéndose y se va a ir acentuando cierta noción del “especialista”. Ver Nicole Trujillo, *Modern Colonization by Medical Intervention: U.S. Medicine in Puerto Rico* (Leiden: Brill, 2013),103.

⁸⁰ Trujillo, *Modern Colonization*, 104.

a las afiliaciones políticas de los médicos. Pese a que habrá, en términos discursivos, una tendencia a presentar al médico como “apolítico” y, hasta cierto punto, no influenciado por ideologías políticas, esto contradecía la cantidad significativa de médicos que sí pertenecían a partidos políticos y ocuparon puestos políticos y administrativos. Hagamos algunos señalamientos breves al respecto.

José Carbonell, Manuel Quevedo Báez, Rafael Vélez López y Francisco del Valle Atilés pertenecían al Partido Republicano (fundado en el 1899 y antes llamado Partido Autonomista Ortodoxo) y fueron miembros administrativos de la AMPR (respectivamente, secretario, presidente y vocales). Quevedo Báez después cambiará de partido para favorecer a Muñoz Rivera y la posibilidad de independencia. El Partido Unionista, antes Partido Federal (la otra mitad de la separación del Partido Autonomista), se forma el 1904, ganando en ese mismo año contra los republicanos, y era visto como un foco de resistencia ante la dominación estadounidense, y que tuvo el respaldo de los dueños de las plantaciones de café⁸¹. No debe ser casualidad que la primera campaña de anemia en el 1904 va a ser, a partir de una sugerencia estratégica de Ashford al Gobernador, en Utuado, un pueblo que, según el galeno, respaldaba a dicho partido y estaba decepcionado con la administración e intervención estadounidense⁸². Isaac González Martínez, uno de los colaboradores junto a Ashford⁸³ en la primera campaña de anemia, estaba inicialmente afiliado al Partido Unionista, pero terminó afiliándose al Partido Republicano y asumiendo la ciudadanía estadounidense con entusiasmo⁸⁴. Una de las figuras clave del Partido Unionista, Zeno

⁸¹ El Partido Unionista mantuvo hegemonía electoral del 1904 hasta el 1928. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 14, 49-50, 175-76.

⁸² Trujillo, *Modern Colonization*, 181.

⁸³ Otro médico que hizo la transición de partido, en este caso de autonomista a republicano, pero que no optó formar parte de la AMPR, fue Luis Agueverre. Agueverre fue director del Hospital Trichoce, y médico municipal en Ponce para inicios del siglo XX. También fue un médico asociado a la campaña de anemia de Ashford. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 137, 142.

⁸⁴ Trujillo, *Modern Colonization*, 137, 185

Gandía, abandona la profesión médica para dedicarse a la política y el periodismo (funda *La Correspondencia* para principios del siglo XX) y, posteriormente, desilusionado con su partido, se hace cofundador del Partido Independentista, en el 1912⁸⁵.

Este no es el espacio para ofrecer un análisis detallado de las afiliaciones políticas de los médicos. Lo relevante, para nuestros fines, es notar cómo los médicos van a asumir y reconocer, de forma selectiva, afiliaciones políticas directas e indirectas, proyectando usualmente el imaginario dual del médico como “apolítico” pero el más cualificado para regular las políticas sanitarias. Como ya veremos en otra sección, dicha imagen sirvió para que cierto grupo de médicos pudiese, al afiliarse a las campañas de anemia, obtener cierto poder político y administrativo sin con ello antagonizar con las autoridades coloniales ni afectar sus intereses profesiones y de clase social (y ambos iban de la mano).

2. Producción científico-literaria.

En el 1903 el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico (BAMPR) fue el primer periódico médico que apareció fuera de San Juan y Mayagüez, con Ramón Ruiz Arnau como su primer director⁸⁶. El BAMPR se convirtió en el “órgano”/vehículo académico y político de dicha asociación, dado que buscó conformar y defender los valores de una “clase respetable” (“celosa” de sus “prestigios sociales”) mientras señalaba las fallas de un sistema médico deficiente producto de las negligencias del Estado⁸⁷. También es pertinente señalar, como discutiremos en

⁸⁵ Trujillo, *Modern Colonization*, 51, 137, 159-60.

⁸⁶ Vale aclarar, como lo ha hecho Salvador Arana Soto, que en la producción de publicaciones científicas (revistas médico-científicas y textos afines) en Puerto Rico, encontramos que desde el siglo XIX hasta el 1903 existieron 667 periódicos/revistas y solo diez eran de (o estaban asociados levemente a la) medicina. Ver Salvador Arana Soto, “Historia del periodismo médico hasta el 1903”, *BAMPR* LII, n°10 (1960): 350-4, 354.

⁸⁷ Dicho periódico médico o “revista”, en su primer artículo editorial, se (re)presentó como el “órgano” y “portavoz” de la AMPR. Como “órgano” buscaba demostrar la visibilidad y los “sentimientos de confraternidad” de una “clase respetable y celosa de sus prestigios sociales, al par que [sic] anhelante por el progreso patrio”. Para ello buscaba recoger para su publicación “la labor profesional asilada y silenciosa hasta hoy” de la “cultura médica del país”. Ver La Redacción, “Nuestro Pensamiento” *BAMPR* I, n°1 (1903), 1-3, 2

otra sección, cómo el BAMPR, y por inclusión la AMPR, destacaba que no trataba problemas o intereses exclusivos de una clase, sino que sus objetivos estaban dirigidos a la “moral universal”, al “bien material de nuestro pueblo” y que implicaba un “positivo progreso y un real, desinteresado, patriótico beneficio á nuestro país⁸⁸”.

La otra revista pertinente estaba vinculada a la EMT. Cerca de un año antes de la apertura de la EMT, en julio de 1925 y bajo auspicios del Departamento de Salud, se publicó el *Porto Rico Health Review* (PRHR), revista mensual y en inglés, con el objetivo de publicar sobre medicina preventiva (*preventive medicine*) y algunos informes, reportajes y reseñas⁸⁹. Posteriormente se convertirá en una colaboración con la EMT e ira adquiriendo cada vez más el formato típico de un *journal* científico bilingüe: *The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine* (PRJPHTM)⁹⁰. También se puede notar como la mayoría de los autores serán de la STM y no ya del Departamento de Sanidad, destacándose tanto médicos puertorriqueños como estadounidenses⁹¹. En términos temáticos se destacan los estudios de parásitos, seguidos por lo de

⁸⁸ Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 3.

⁸⁹ Pedro N. Ortiz y Antonio Fernós Isern, comisionado y asistente de éste, fueron los editores al inicio (en el 1927 se añadió al director de la STM Robert A. Lambert como editor asociado). Ver Raúl Mayo-Santana, “The Puerto Rico”, 179.

⁹⁰ En el 1929 la revista se presentó como un *journal* en vez de un *review* (revista de reseñas y sus análisis), con un “formato científico”, y para el 1932 recibió un cambio de nombre, llamado ahora *The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine*, un formato bilingüe y una junta editorial que incluía ambas instituciones. A partir del 1938 el *journal* fue publicado por Columbia y no el Departamento de Salud, y para el 1948 dejó de involucrarse en su producción. En su revisión del *journal* Mayo-Santana identifica en detalles las etapas de la revista y *journal*, desde el 1927 hasta el 1950. Para detalles ver Mayo-Santana, “The Puerto Rico”, 179, 181-82.

⁹¹ Siguiendo el ordenamiento ofrecido por Mayo-Santana se puede decir que en términos de autoría: 1) 1925-1926, casi todos eran del Departamento de Salud; 2) 1927-1928, muchos de los autores pertenecen al STM y a Columbia; 3) 1931-32, ya no hay casi autores del Departamento de Salud; 4) 1932-1933, la mayoría era del STM pero hay un aumento de participación proveniente de instituciones locales e internacionales; 5) 1942-1944, ninguno del Departamento de Salud ni Columbia. En términos generales la mayoría de los artículos provenían de profesores de la EMT (45%), seguido por personal del Departamento de Salud (18%) y profesores visitantes de Columbia y otras instituciones (10%). Entre los autores más prolíficos, en términos de cantidad de artículos (las cantidades de artículos están puesta en paréntesis al lado del autor), tuvimos a Pablo Morales Otero (31), F. Hernández Morales (29), Walter C. Earle (20), Oscar Costa Mandry (16) y William A. Hoffman (16). Entre los temas más publicados: 1) Schistosomiasis (59) y malaria (38); 2) filariasis (24), tuberculosis (18) y uncinariasis (17) y sprue (17); 3) lepra (14) y dermatomycosis (14); 4) sífilis (11) y disentería (10). En temas sobre salud pública, entre los más publicados tenemos: 1) condiciones de salud (22) y epidemiología (17); 2) nutrición (13) y estadísticas vitales (11); 3) control de enfermedades (5), aspectos médicos (5) y problemas con comidas (4); 4) organización de salud (4), brotes (3) y

malaria y tuberculosis. En su mayoría seguían una metodología más anclada en el análisis microbiológico y epidemiológico, la cual, como veremos más adelante, coincidía con el supuesto nuevo objetivo epistemológico y práctico de la “medicina preventiva” el cual pudiésemos resumir bajo la lógica de “conocer para prever” (y suponemos, en teoría, entonces evitar).

Vale destacar que la tuberculosis fue objeto de interés médico-clínico y científico, en ocasiones más que la propia uncinariasis (si dejamos a un lado los trabajos afiliados a la campaña contra la uncinariasis), en ambas revistas (BAMPR y la PRHR/PRHJPTHM)⁹². No solo eso, vale aclarar que los dos temas a los que Ashford dedicó más tiempo investigativo, aún más que la uncinariasis, como la pelagra y el spru, eran enfermedades de mayor frecuencia en Estados Unidos que en Puerto Rico; aspecto que refleja hasta qué punto los recursos invertidos no eran cónsonos con las enfermedades que más afectaban el país⁹³.

3. Tendencias y discusiones intelectuales

Además de las revistas mencionadas, los pocos textos médicos publicados tienden a estar vinculados a campañas higiénicas, conferencias en el Ateneo Puertorriqueño y *El Libro de Puerto Rico* (también conocido como *El Libro Azul*), en el cual colaboraron varios médicos⁹⁴. Aunque parte de lo que buscamos es ir más allá del enfoque en la campaña contra la anemia, o para ser más

sanitación rural (3). Ver Mayo-Santana, “The Puerto Rico”, 183-84.

⁹² Ver nota anterior y Fernós, *Gonzalo Fernós*, 199-200. En torno al BAMPR no he encontrado un estudio detallado al respecto, por ende, me amparo más en mis propias observaciones y contabilización al respecto, en donde, solo en las primeras dos décadas hay más de 25 artículos explícitamente sobre tuberculosis. La mayoría de los textos sobre anemia, que son cuantiosos, son reportes de la *Porto Rico Anemia Commission*, y no tanto análisis o discusiones como en el caso de la tuberculosis.

⁹³ Fernós, *Gonzalo Fernós*, 176.

⁹⁴ El Libro Azul es un texto curioso, no tanto por su veracidad en términos de datos históricos, sino porque fue hecho para presentar cierta imagen de progreso en el país. Para nuestros fines llaman la atención que en dicho libro colaboran varios médicos, entre ello el editor del libro Eugenio Fernández García: Oliver Fassig, Cayetano Coll y Toste, Manuel Guzmán Rodríguez, Conrado Asenjo, José Gómez Brioso, Ramón Lavandero, Francisco Hernández, P. Gutiérrez Igaravidez, Bailey Ashford, Antonio Fernós Isern, Arturo Torragosa, Pedro N. Ortiz, Jaime Bagué, Amalio Roldán, Francisco Ponte. Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol, *El Libro de Puerto Rico* (San Juan: El Libro Azul, 1923), ix-xiii.

precisos la uncinariasis, indudablemente hay que discutir las campañas (y el plural es pertinente por los cambios que habrá en su modo de identificación y tratamiento) de anemia y cómo operó como un modelo hegemónico que sirvió de contrapunto para identificar, tratar y representar la relevancia de las demás enfermedades y todo aquello que se enmarcó como un problema sanitario. Durante la primera década del siglo XX, la anemia fue conceptualizada como el efecto de un parásito, la uncinaria o el Necátor Americano (*Necator Americanus*), y el modo en que fue identificada vía análisis de microscopio y tratada alopáticamente con vermífugos, va a conformar un modelo tanto a nivel epistemológico como práctico a través de las primeras campañas (1904-1912). Muchas transformaciones serán incentivadas a partir del éxito percibido de dichas campañas y del modelo de identificación microscópica y tratamiento alopático, en particular las primeras dos expediciones. Hasta finales de la década del veinte se aludirá, de forma no pocas veces paradójica, como dicho trabajo es el más importante y efectivo, tanto a nivel higiénico como para mejorar la economía, y a la vez era el más necesario, y que más incentivos requería para continuar dado que aún afligía a la mayoría de la población rural. Esto pese a que, como veremos después, el enfoque alopático no resolvió el problema, en gran parte, porque no se transformaban los “medios” de propagación e infección.

Si bien la Medicina Tropical suponía un estudio del “medio”, su enfoque en realidad se fijó más en los procesos microbiológicos, mientras que el problema en torno a la necesidad de regular la vivienda, la alimentación y los modos de vivir tendió a ser discutido más por médicos “liberales” y clínicos. Esta división no debería verse de forma tajante, pero no deja de sorprender que las aproximaciones que precisaban más la necesidad de resolver los problemas ambientales, sociales y económicos, confluyeran también con los enfoques eugenistas y malthusianos, sobre todo cuando se discursaba en torno a los “venenos sociales” y las enfermedades hereditarias. Por esa razón es

preciso contextualizar los debates explícitamente eugenistas y maltusianos durante esta época en el País.

Como era de esperar, una figura clave en estos debates fue Valle Atilés, un autoproclamado “estudiante” impresionado por los descubrimientos recientes en torno las leyes de herencia biológica y la eugenesia⁹⁵. Hubo tres conferencias de Valle Atilés, bajo el patrocinio de la Biblioteca Insular, dos en el 1913⁹⁶ y una en el 1914, dos de ellas trataron explícitamente el tema de la eugenesia y su relación con/para Puerto Rico⁹⁷. En la primera, del 9 de marzo de 1913, titulada “Eugenesia. La base más firme de nuestro progreso”, Valle Atilés declaraba que la “gran finalidad de estas sesiones” era la “elevación de la cultura puertorriqueña”, y para ello remite a la “Eugénica” (una traducción y apropiación algo idiosincrática del galeno⁹⁸) como uno de los “grandes bienes

⁹⁵ En palabras de Valle Atilés: “Soy sólo un estudiante vivamente impresionado por la lectura de las leyes de la herencia, y muy amante del progreso real de mi país, para que esa viva impresión se haya traducido en un ardiente deseo de estimular a los que aman verdaderamente a esta patria, en donde nacimos, al estudio de nuestros problemas sociales, desde el punto de vista de la Eugénica”. Ver Francisco del Valle Atilés, “Eugénica”, En *Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde marzo 9 a mayo 25 de 1913* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1913), 9-21, 20.

⁹⁶ Las tres conferencias son “Eugénica”, “Puerto Rico Ante la Eugénica” y “La contribución del higienista al future de Puerto Rico”. Vale aclarar que el segundo texto dice haber sido pronunciado como parte de unas “conferencias dominicales” en noviembre del 1914; no obstante, en el índice aparece como “Noviembre 1913” y dado al ordenamiento de los textos en la compilación de conferencias (que va de octubre de 1913 a abril de 1914) hemos de suponer que la fecha correcta es 1913. De todos modos, sea en el 1913 o 1914, carece de importancia

⁹⁷ La fecha no es fortuita, el primer Congreso Internacional de Eugenesia del 1912 en Londres había, como celebraba Valle Atilés, “ganado prosélitos y admiradores” y se proclamaba que el “pensamiento colectivo”, la “inteligencia social” de los “pueblos avanzados” estaban interesados en el “bien de las generaciones venideras”, del “mejoramiento de la Raza”. Ver Francisco del Valle Atilés, “Eugénica”, *BAMPR* X, n°95 (1914): 1-4, 1.

⁹⁸ En “Puerto Rico ante la Eugénica”, Valle Atilés hace una interpretación muy idiosincrática de la etimología de eugenesia, y opta por el emplear el término “eugénica” para designar no solo “la génesis sino el estudio de los fenómenos que favorecen una buena génesis. El uso del término “eugénica” por parte de Valle Atilés es producto de una preferencia suya, y que, según él, era “más ajustada” a los fines de la conferencia. Aún así resulta cuestionable el juego etimológico empleado sea el correcto, aunque eso también carece de importancia; nos interesa más bien la apropiación que Valle Atilés busca hacer con dicho termino en el contexto de Puerto Rico y no su veracidad o exactitud lingüística. A su vez, Valle Atilés prefiere emplear este término al de eugenesia o al de estirpecultura, término que ya no era utilizado por los eugenistas. La apropiación idiosincrática que hace el galeno no parece tener un efecto significativo en sus interpretaciones. Asimismo, sus posturas no difieren mucho de la de los eugenistas anglosajones y latinoamericanos. Ver Francisco del Valle Atilés, “Puerto Rico Ante la Eugénica”, en *Conferencias Dominicales dadas en la Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde Octubre 12, 1913 hasta Abril 19, 1914* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1914), 56-84, 56; Philippa Levine y Alison Bashford, “Introduction: Eugenics and the Modern World” en *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, eds. Alison Bashford y Phillipa Lvine (New York: Oxford University Press, 2010), 3-24, 17.

en la raza humana” y a la obra del “sabio inglés” Francis Galton y las investigaciones de Charles Davenport⁹⁹. Según Valle Atilés, nada podía ser superior que el “mejoramiento de la raza”, dado que llevaba lógicamente al “progreso de todos los órdenes de la vida” y, en el caso de los “portorriqueños”, abría un “horizonte amplísimo lleno de esperanzas reales, pues la aplicación de sus principios nos permitirá vaticinar cambios favorables en nuestros caracteres étnicos, conservando y mejorando los buenos, hoy comprometidos por causas de degeneración perfectamente evitables¹⁰⁰”.

En torno al maltusianismo tenemos la figura del médico y comunista José Lanauze Rolón, quien funda, en el 26 de noviembre de 1925, la primera asociación de control de natalidad, La Liga para el Control de la Natalidad en Ponce¹⁰¹. Del 1925 al 1926 se dio un debate entre Lanauze Rolón, entonces presidente de la Liga para el Control de la Natalidad en Ponce, y los Padres Dominicos, a través varias publicaciones en los periódicos (principalmente *El Mundo*, *El Día* y *El Piloto*), publicadas posteriormente en un panfleto¹⁰². La finalidad de dicho panfleto, al menos para Lanauze, era cuestionar el artículo 268 del Código Penal (que criminalizaba la divulgación de conocimientos respecto al control de natalidad), y consecuente con esto promover la “concepción o procreación prudencial”, la cual era consecuente con los ideales comunistas de “transformar el sistema social todo, de arriba abajo, viendo en la propiedad privada el peor de los males¹⁰³”.

⁹⁹ Valle Atilés aclaraba que su definición de lo que es la “Eugénica” (que en Galton aparece como *eugenics*) la derivaba de Galton: “la ciencia que estudia todas las influencias que mejoran las cualidades étnicas de una raza, y las desarrolla hasta que han alcanzado su mayor preponderancia”. Valle Atilés remite también a Davenport y su definición de dicha ciencia la cual “se ocupa en el perfeccionamiento de la raza, mejorando la progenia”. Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 9.

¹⁰⁰ Valle Atilés, “Eugénica”, 10.

¹⁰¹ Marcos Huigens, Martín Bernstein y José A. Lanauze Rolón, *El mal de los muchos hijos. Polémica sobre el neomaltusianismo por Los reverendos Padres Dominicos* (1926/1928), 5; ver también Briggs, *Reproducing Empire*, 90.

¹⁰² El texto de *El mal de los muchos hijos* dice “1926” en la portada, pero tiene un prólogo fechado en el 1928 por Moisés Echevarría, el director de *La Tribuna* (aliada al parecer a la prensa obrera). No se puede identificar editorial ni pueblo en la publicación.

¹⁰³ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 1.

Ya más adelante retomaremos este debate y la presencia de discusiones de corte eugenésico en el País. Por el momento simplemente presentamos y contextualizamos brevemente estos debates e hitos relevantes al discurso medicalizador y que permiten contextualizar, entre otras cosas, la formación de la Junta Insular de Eugenesia en el 1937.

C. Panorama epidemiológico: tendencias de mortalidad y campañas de sanidad

Ahora nos compete describir brevemente el panorama epidemiológico y la aplicación e informes de las campañas sanitarias más pertinentes: anemia, malaria, tuberculosis y mortalidad infantil. Iniciaremos con las tendencias generales de mortalidad y algunas aclaraciones en torno a los procesos y mecanismos sanitarios, junto a las interpretaciones, representaciones y discursos que son evocados en momentos de una epidemia emergente, fatal e infecciosa (como la peste y la influenza), para así enmarcar mejor cómo fueron aplicadas y practicadas las campañas sanitarias que buscaban remediar las epidemias crónicas y endémicas. Nuevamente, lo pertinente en esta sección es señalar, de forma panorámica, las tendencias, procesos y sugerencias de las campañas sanitarias, deteniéndonos brevemente para hacer ciertos señalamientos respecto a cómo el discurso médico problematizaba y medicalizaba

1. Tendencias generales de mortalidad

En lo que concierne la tasa bruta de mortalidad, José Rigau Pérez señala que los peores años fueron: 1) 1900 con una mortalidad de 38 por mil habitantes, en gran parte por el huracán San Ciriaco; 2) 1917 y 1918 (tasa sobre 30 por mil habitantes), debido a la pandemia de influenza, epidemias locales de tifus exantemático y sarampión, el terremoto de 1918¹⁰⁴ y “el disloque social

¹⁰⁴ La mortalidad del 1903 al 1908 promediaba alrededor de 23.33 por cada mil habitantes (teniendo el 1908 una tasa de 20.90 por cada mil habitantes). Durante la segunda década tenemos una baja del 1913 al 1914, con una tasa de mortalidad de 18.44 por mil habitantes, y del 1914-1918 hubo un alza, con un promedio de 25.92 por cada mil habitantes, para entonces bajar nuevamente del 1918-1921, cuando promedió 22.74 por cada mil. Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 300.

provocado por la movilización de soldados y la escasez de alimentos a causa de la Primera Guerra Mundial)¹⁰⁵”. Según Rigau, la tasa de mortalidad descendió lentamente a partir de la década de los veinte¹⁰⁶, aunque hubo un aumento considerable en el 1928, después del paso del huracán San Felipe¹⁰⁷.

Vale la pena detenernos un poco más en estas generalizaciones y ver los cambios y fluctuaciones que hubo durante las primeras tres décadas del siglo XX. Por un lado, la primera década del siglo XX refleja una disminución relativa (en particular, al compararla con el periodo de 1899 al 1902), asociada usualmente, por las autoridades gubernamentales y médicas, al percibido éxito de las primeras campañas de anemia¹⁰⁸. Aunque la supresión de la anemia fue indudablemente un evento crucial, su enaltecida celebración eclipsaba la prevalencia e incluso aumento de otras enfermedades, todas ellas con tasas de mortalidad muy superiores a la anemia, como la malaria, la tuberculosis y los desórdenes gastroentéricos. Otro asunto que fue problematizado fue la mortalidad infantil, la cual fue disminuyendo durante esta década (de 203.8 por cada 1,000 nacimientos en el 1903 a 138 por cada 1,000 nacimientos en el 1931)¹⁰⁹. Las tasas altas de mortalidad infantil apuntaban a los problemas higiénicos del país, desde la alimentación

¹⁰⁵ Rigau Pérez, “La Salud”, 357-58.

¹⁰⁶ Rigau Pérez, “La Salud”, 358.

¹⁰⁷ Como reportaba Rodríguez Pastor en el 1929, durante el año 1927-28 el promedio de mortalidad fue 20.4 por cada mil mientras que en los primeros nueve meses del 1928-29 promediaba alrededor de 26 por cada mil. Tampoco ayuda que, en el 1929, inicia lo que hoy llamamos la Gran Depresión (asunto que indagaremos en el próximo capítulo). Ver José Rodríguez Pastor, “Epidemiology of tuberculosis in Porto Rico”, *PRRPHTM IV*, n°4 (1929): 431-43, 436.

¹⁰⁸ Por ejemplo, vale notar cómo en el 1923, en el *Libro de Puerto Rico*, cuando se aludía a la alta mortandad del 1899 al 1900 (de 42 por cada mil) y su disminución en el 1908 (20.9 por cada mil), se celebraba que dicha disminución fue por la campaña contra la anemia y el descubrimiento de la *Uncinaria duodenalis* de Ashford. Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 300.

¹⁰⁹ Durante estas primeras tres décadas se puede apreciar cierto descenso constante en las tasas de mortalidad infantil, pero tal fue relativamente lento. 1) del 1902 al 1903 fue de 203.8 muertos por cada 1,000; 2) del 1909-1911 fue de 173.1 por cada 1,000; 3) del 1919-1921 fue de 151.7 por cada 1,000 nacidos; 4) del 1929-1931 fue de 138 por cada 1000 nacidos. La reducción más palpable se sentirá a partir de la década de los cuarenta, con una mortalidad de 115.2 por cada 1,000 nacimientos del 1939-1941, y aún más marcado del 1949 al 1951 con una tasa de 64.6 por cada 1,000 nacimientos. Ver José L. Vázquez, “The Demographic Evolution of Puerto Rico” (University of Chicago, Illinois: Ph Diss, 1964), 229.

hasta la presencia de enfermedades infecciosas; sin embargo, también se tendió a culpabilizar a las comadronas y parteras de la alta tasa de mortalidad —como si fuesen una “tribu apestosa”, entrecruzándose significantes de atavismos con los de infección¹¹⁰.

Las enfermedades de mayor prevalencia y mortalidad fueron: 1) la diarrea y enteritis, siendo la causa principal durante todo este periodo; 2) la tuberculosis, usualmente la segunda causa de muerte durante este periodo; 3) la bronquitis y la neumonía, siendo usualmente la tercera causa; 4) la malaria, la cual tendía a estar entre las primeras 10 causas de muerte, usualmente por encima de anemia¹¹¹. Estos datos deben tomarse con cautela porque muchas de estas enfermedades compartían síntomas muy similares, y resulta difícil saber hasta qué punto algunos de ellas, como las diarreas y enteritis, podían ser efecto de otras enfermedades (como la tuberculosis y la anemia), asunto que ya discutiremos en otra sección.

Durante las primeras décadas del siglo XX existió un discurso hegemónico que giraba en torno al tratamiento “exitoso” de Ashford para curar la anemia, o más precisamente la uncinariasis. Es preciso notar cómo este “éxito” permitía contrarrestar y explicar el aumento de mortalidad durante los primeros años de la intervención estadounidense. Bailey Ashford y Pedro Gutiérrez Igaravidez, al recapitular en el 1910 los logros de la campaña de la anemia, destacaban las diferencias en mortalidad, el gran número de pacientes tratados y sus efectos en la productibilidad¹¹². Ashford y

¹¹⁰ Esto podemos notarlo desde inicios del siglo XIX. Por ejemplo, William Smith (oficial sanitario) dice en el 1901: “The ignorance and filthy practices of the so-called midwives are entirely responsible for this loss of live, and it seems almost impossible to make any material change here so long as any of the tribe infest the island”. Ver Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 169.

¹¹¹ En términos de tasa de mortalidad vale ver como en el 1907 la primera causa fue la diarrea y enteritis (15.3 por cada mil), seguido por la tuberculosis (7.4 por cada mil), la bronquitis (6.6 por cada mil), el tétano (4.9 por cada mil), la malaria (4.5 por cada mil), la anemia (3.7 por cada mil). Algo similar vemos en el 1913, con la diferencia de que hubo más muertes de anemia (4.1 por cada mil) que de malaria (3.4 por cada mil). En el 1920 continúa un patrón similar, notándose inclusive aumento en las muertes relacionadas a diarreas y enteritis (17.7 por cada mil), tuberculosis (8.9 por cada mil) y malaria (5.2 por cada mil). El patron no cambió mucho para el 1930, siguiendo en el tope las diarreas y enteritis (17.6 por cada mil), la tuberculosis (14.1 por cada mil) y la malaria, en quinto lugar (con 6.5 por cada mil). Ver Vázquez, “The Demographic”, 253-54.

¹¹² Señalaban que en los últimos cinco años del régimen español (*Spanish rule*) hubo 130,207 muertes, con un promedio anual de 28.9 por cada 1,000 mientras que en los primeros cinco años del régimen estadounidense (*American*

Gutiérrez Igaravidez aclaraban que el aumento de mortalidad no fue producto de la intervención estadounidense, sino de la “anemia” —con una cifra de 90% de los campesinos supuestamente afectados—, de los efectos del huracán, las ignorancias y negligencias acumuladas del régimen anterior, y, en menor medida, a ciertos cambios socioeconómicos debido al cambio de soberanía¹¹³. Como veremos más adelante, el supuesto éxito de las campañas de Ashford sirvió para dar la impresión de que hubo progresos y adelantos sanitarios significativos a partir de la intervención estadounidense. Sin desestimar los logros que sí hubo en las campañas de Ashford, debemos aclarar que las condiciones sanitarias del país no habían logrado mejorar significativamente la morbilidad general en la Isla. Por un lado, la reinfección de anemia continuó durante las próximas décadas; y por el otro lado, las distintas epidemias que se dieron demostraban que aún persistían muchas carencias básicas a nivel sanitario.

Por ejemplo, las epidemias de peste e influenza ponían en evidencias las fallas higiénicas y los problemas en términos de administración y regulación de las estrategias sanitarias a nivel gubernamental, local y privado. En ese sentido, no era raro que dichas epidemias fueran muchas veces articuladas discursivamente en un lenguaje bélico que destacaba, por un lado, que el problema era “externo” al gobierno y a ciertos grupos privilegiados, pero “interno”, en tanto y en

government) fueron 159,312 con un promedio de 33.48 por cada 1,000, ninguna de ellas de fiebre amarilla y casi ninguna de viruelas. Ver Bailey K. Ashford y Pedro Gutiérrez Igaravidez, “Summary of a ten year’s campaign against hookworm disease in Porto Rico”, *The Journal of the American Medical Association* LIV, n°22 (1910): 1757-61, 1757; Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 21-22; Rigau-Pérez, “The Work”, 132.

¹¹³ La cifra de 90% afectados se repite en varios textos, e inclusive se repetirá en otras instancias. Esta cifra resulta cuestionable y parece ser empleada para aludir a que la mayoría de los campesinos estaban infectados (aún durante la segunda y tercera década del siglo XX). Como veremos más adelante, este cálculo de 90% proviene de una muestra sacada en el Hospital Tricoche, la cual no fuese considerada, hoy en día, estadísticamente significativa para trazar dicha generalización. En otro artículo, en el 1910, Ashford y Gutiérrez Igaravidez aluden a esta cifra cuando apuntaban a que las condiciones del terreno, en particular los de café con su humedad, facilitaban el crecimiento de los parásitos de la uncinaria. Al considerar las lluvias crecientes del 1898 al 1899, en una población pobre y descalza, los galenos apuntaban a que esto llevó a que al menos 90% de los campesinos fuesen portadores del parásito (*worm-carriers*). Esto explicaba, según ellos, por qué el 15% de las muertes del 1890 al 1899 se debían a lo llamaban “anemia”. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, “Summary”, 1757; José Gómez Brioso, “Salubridad de Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 328-40, 332.

cuanto se aprovechaba de las debilidades endémicas y degenerativas del país (nótese, que con ello se alude más a los problemas acumulativos y genealógicos del pasado y de la administración estadounidense). No es de sorprender, en particular en el caso de la peste, que se tendió a responsabilizar a las poblaciones pobres como los focos de infección y contagio (como si fuese cuerpos u organismos intrínsecamente enfermos).

2. Enfermedades que “invaden”: la peste y la influenza

Si bien el enfoque de esta tesis no son estas epidemias invasivas y, que, hasta cierto punto, resultan “marginales” cuando se comparan con las demás epidemias endémicas, esto no quita su relevancia y correspondencia con los discursos que estamos delineando aquí. A su vez vale aclarar que ya existen otros trabajos que han abarcado en más detalle los problemas sanitarios y discursos en torno a las epidemias de la influenza y de la peste¹¹⁴. Por ende, lo que nos interesa aquí es destacar algunos aspectos específicos y consecuentes con nuestra discusión; en especial el uso de un lenguaje bélico, estrategias que pudiésemos calificar de biopolíticas y las curiosas omisiones y oclusiones que llevaron a que dichos procesos fuesen selectivamente olvidados o pormenorizados a nivel discursivo.

Según Pedro Ortiz, Comisionado de Sanidad en el 1923, hubo dos brotes de peste bubónica, uno en junio de 1912¹¹⁵, que duró ocho meses, y tuvo 55 casos (36 muertos, el 65%) y otro en

¹¹⁴ Ver Marlene Duprey, “Estados anémicos: configuraciones del gobierno en tiempos epidémicos” *Historia y Sociedad* XVI-VII (2005-2006): 125-156; Ann Zulawski, “Environment, Urbanization, and Public Health: The Bubonic Plague of 1912 in San Juan, Puerto Rico”, *Latin American Research Review* LIII, n°3 (2018): 500-16; Mayra Rosario Urrutia, “Un desastre natural global”: *La “llegada” y difusión de la pandemia de influenza a Puerto Rico en 1918-1919* (San Juan: Editorial Laberinto, 2018).

¹¹⁵ El 12 de junio de 1912 Grubbs y W.R. Watson (director de Higiene), ante una serie de infecciones sospechosas, reportaron que no había casos de peste bubónica o que su posibilidad era remota. No obstante, al próximo día el González Martínez confirmó, vía análisis de laboratorio, que los casos reportados eran positivos. Días más tarde (el 19 de junio) el gobernador tuvo que reconocer la presencia de peste en San Juan. Cincuenta y un pacientes (51), de un total de cincuenta y cinco (55), procedieron de San Juan, y todos fueron casos del tipo bubónico, de los cuales 36 murieron (65%). Ver Rigau-Pérez, “The Work”, 134.

febrero de 1921¹¹⁶, que se extendió hasta abril de 1922, con 33 casos (20 muertos, 60.6%)¹¹⁷. Lo que no destacan estos informes oficiales es que los rumores de la presencia de dicha enfermedad fueron inicialmente negados¹¹⁸, asunto que también sucedió en el caso de la influenza años más tarde. Las áreas afectadas eran barrios y barriadas pobres, con mayor población negra, que eran vecinas al viejo San Juan (Puerta de Tierra, La Marina, Barrio Gandul, Salsipuedes, Hoyo Frío, El Mosquito, Barrio Miranda). Dichas áreas y personas se convirtieron en focos de una agresiva intervención sanitaria-policial, con un discurso bélico-militar¹¹⁹, que incluía quemar las casas y animales sospechosos de estas infectados¹²⁰. Durante este breve periodo el pánico y terror ante la llamada peste se extendió a otros pueblos (como Ponce, Caguas, Bayamón y Carolina), llevando en ciertos sectores a la exterminación masiva de canes y ratas, aspecto que permite ver, según la historiadora Marlene Duprey, los “efectos paradójicos de la puesta en escena del discurso combativo de la epidemia y su lenguaje militar”¹²¹.

El discurso en torno a la “invasión” de dicha peste sirvió, por un lado, para llevar métodos de aislamiento, exclusión e inclusive destrucción (de propiedad privada) a grupos cuyas vidas eran percibidas como “sacrificables” en nombre de la higienización o, al menos, culpables del desorden¹²². Por el otro lado, ciertos grupos veían dicha “invasión” como reflejo de una

¹¹⁶ En el 1921, cuando se identificó el brote de peste bubónica en San Juan, Ruiz Soler, el Comisionado de Sanidad, reportó que inició en febrero y duró hasta junio, con 25 defunciones registradas —se desconoce por qué Pedro Ortiz reporta menos en el 1923—, y un total de 78,300 ratas analizadas en el laboratorio. Llama la atención la cantidad de tiempo que estuvieron tratados fluctuaron entre 49 hasta 103 días, y de los 25 que murieron 16, su mayoría en el periodo de una semana. Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 7; Ruiz Soler, *Report, 1921*, 80, 84, 86-87.

¹¹⁷ Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 302; Ramírez de Arellano, “Historia de la Ingeniería”, 316; Pedro N. Ortiz, “Campañas contra la Peste Bubónica”, en *El Libro de Puerto Rico: 374-378*; Pedro del Valle Atilés, “Sanidad Marítima”, en *El Libro de Puerto Rico: 304-309*, 308.

¹¹⁸ Duprey, “Estados anémicos”, 130.

¹¹⁹ Por ejemplo, en el *Heraldo Español* se destacó cómo las estrategias del entonces Comisionado de Sanidad (Lippitt) podían verse como persecutorias contra la propiedad privada y los pobres porque procedía a aislar en cuarentena a los infectados, y a quemar las casas y pertenencias, en ocasiones de forma “ciega”. Ver Duprey, “Estados anémicos”, 136-37.

¹²⁰ Duprey, “Estados anémicos”, 130-33.

¹²¹ Duprey, “Estados anémicos”, 132-33.

¹²² Duprey, “Estados anémicos”, 141.

administración “extranjera”, o al menos, “ajena” a la situación de los sectores obreros y pobres, cuyas técnicas de modernización habían llevado al deterioro sanitario¹²³. A partir de esa primera “invasión” de la peste, tenemos que El Negociado del Trabajo publicó un informe (en el 1912) que destacaba los problemas de vivienda y la necesidad de proveer terrenos para la clase obrera, en Puerta de Tierra¹²⁴. Sin embargo, como recuerda la historiadora Ann Zulawski, los cambios impuestos no llevaron necesariamente a las reformas pedidas, ni operó como el *wake up call* que debió de haber sido¹²⁵. El problema de la vivienda continuó siendo un asunto problematizado por las autoridades sanitarias y médicas y, si bien se articulaba y reconocía como un problema económico, las soluciones propuestas asumieron, como veremos en las próximas secciones, una racionalización y lenguaje de corte económico-maltusiano, eugenésico y moralizante¹²⁶.

Cuando nos acercamos a la otra gran epidemia que “invadió” el país en el 1918, la influenza, encontramos también, como lo apunta el análisis de la historiadora Mayra Rosario, “metaforizaciones bélicas y militares” y una serie de “medidas biopolíticas” que incorporaron unos “llamados planes de ‘emergencia o de urgencia’”¹²⁷. Hasta cierto punto, la negación y silenciamiento inicial en torno a la epidemia estaban, en este contexto, relacionada con leyes que censuraban cualquier asunto que pudiese descalificar o criticar al régimen estadounidense en tiempos de guerra¹²⁸. Resulta difícil saber hasta qué punto se trató inicialmente de una confusión e imprecisión de diagnóstico (identificándolo, de forma equivocada como dengue o gripe), la cual

¹²³ La “invasión de la plaga” fue utilizada por algunos medios de comunicación, como el *Heraldo Español*, para apuntar a cómo la invasión de extranjeros y de una modernización ajena afectaba el país, o como dice Duprey, operó como “metáfora de lo extranjerizante”. Ver Duprey, “Estados anémicos”, 140.

¹²⁴ Duprey, “Estados anémicos”, 141-43.

¹²⁵ Ver Zulawski, “Environment, Urbanization”, 513.

¹²⁶ Duprey, “Estados anémicos”, 145-47.

¹²⁷ Rosario, “*Un desastre*”, 16-17.

¹²⁸ Mayra Rosario recuerda los efectos que tuvieron las leyes que facilitaban procesos de censura cuando se trataba de asuntos gubernamentales (en particular la “Ley de Espionaje” del 1917 y la “Ley de Sedición” del 1918). Pudiese decirse que dicha censura, entre otras cosas, aportó a cierta invisibilización e incluso a cierta amnesia histórica en torno a la magnitud de dicho evento en la historia médica de país. Rosario, “*Un desastre*”, 11-12, 76.

confluyó posteriormente con dichas censuras, o si el propio contexto de censura guio o se apropió de dicha ambigüedad epistemológica. Dejando este asunto temporalmente en suspenso, es preciso resumir algunos de los puntos más relevante del relato hecho en torno a esta invasión.

Inicialmente, en junio del 1918, la influenza se diagnosticó erróneamente como una epidemia de dengue (término que se usaba de forma equívoca para denotar también la *grippe*) y se señalaba que los “causantes del mal” eran los problemas asociados con la difusión del mosquito o inclusive las moscas (ej. los pantanos y el agua)¹²⁹. Si algo resulta evidente del análisis que ofrece Rosario es que los medios de comunicación y, podemos deducir, el alto número de personas y familias afectadas, sospechaban que dicha afección no era lo que típicamente llamaban dengue¹³⁰. Los orígenes de la influenza empiezan a aclararse una vez termina la Primera Guerra Mundial (en noviembre de 1918) reconociéndose entonces su procedencia española¹³¹, sus focos de infección (en bases militares) y parcialmente las cifras de muertos¹³². En noviembre de 1918 el Gobernador

¹²⁹ En un primer momento, en junio de 1918, se referían a una epidemia que había “atacado” a 1,000 personas en cuatro días (en una población de 18,000) y se declaró que se trataba de una epidemia de dengue. En octubre de 1918 ocurre un segundo brote de esa enfermedad que algunos llamaban, desde julio de ese mismo año, “dengue o lo que sea” —para acuñar el término utilizado en un artículo publicado en *La Democracia*—. Hasta cierto punto, podemos notar aquí el uso equívoco de los términos *grippe* y dengue, presente desde finales del siglo XIX. La confusión se daba, en parte, por la similitud en términos de síntomas clínicos. Para el momento en que Ruiz Soler redacta su informe al gobernador, en julio de 1918, no hay mención alguna de la influenza sino de una epidemia de dengue. El asunto cambiará y será relativamente rectificado en el informe del próximo año, como veremos más adelante. Ver Arthur Yager, *Report of the Governor to the Secretary of War 1918* (Washington: Government Printing Office, 1918), 135, 149, 664; Rosario, “*Un desastre*”, 26-27, 32-34.

¹³⁰ Rosario, “*Un desastre*”, 29-33, 36.

¹³¹ En diciembre del 1918, Valle Atilas publica en el BAMPR un editorial en donde se apuntaba a los orígenes del brote de influenza, esta vez reconociendo su origen en junio de 1918 y la procedencia española. De igual forma, Ruiz Soler, Comisionado de Sanidad de 1919, informaba que la epidemia del 1918 había sido de influenza, y que hubo al menos unos 100,000 afectados (cálculo que coincidía parcialmente con los informes de la Cruz Roja, cuya cifra en el Informe Anual del 1918-1919 declaraba que fueron unos 150,000 los afectados). Rosario, “*Un desastre*”, 33-34, 53-54.

¹³² Aún en octubre de 1918, algunos médicos, como Pedro Malaret, instaban a la ciudadanía a mantener la calma porque se trataba de una *grippe* común que solo duraba unos cuatro o cinco días. Fue a partir de noviembre de 1918, cuando finaliza la Primera Guerra Mundial y a un mes del terremoto San Fermín, que se empieza a aclarar, públicamente, que la epidemia era de *grippe* o influenza. Se aclaraba que los comienzos de la epidemia se detectaron en octubre, a partir de la entrada de un navío militar proveniente de Estados Unidos. Sin embargo, esta versión del posible origen de la enfermedad obviaba que inició en junio (y fue maldiagnosticada). No es casualidad que se hubiese evitado anunciar públicamente este (segundo) “ataque” de la influenza, que se dio mayormente en el Campamento Las Casas —a partir de la llegada del S.S. Benavente en septiembre del 1918—, en el que familiares visitando a convalecientes regaron la enfermedad. Ver Alejandro Ruiz Soler, *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico*

solicita fondos de auxilio¹³³y, como apunta Rosario, podemos ver cómo se llevaron a cabo medidas biopolíticas, entre ellas la clausura de escuelas (con la excepción de la UPR y la Escuela de Artes y oficios), los cines, las iglesias y sitios de reunión (con excepción de las factorías y fábricas) y se prohibieron los bailes, las paradas militares o cualquier otra manifestación o agrupación que llevase a una “aglomeración de personas en tal grado que puedan convertirse en focos de infección”¹³⁴.

Las rectificaciones hechas en el 1919 respecto a estas confusiones son muy llamativas. El Comisionado de Sanidad (Ruiz Soler) reconoce, en su informe en agosto de 1919, que hubo una confusión entre los diagnósticos de dengue e influenza y un uso erróneo de “influenza española” (como si fuese una nueva especie de *flu*)¹³⁵. Sin embargo, pese a que las infecciones se dieron de parte de militares estadounidenses, se tendió a destacar más los espacios y poblaciones pobres como focos de infección. Nuevamente, Puerta de Tierra fue el foco, y hasta cierto punto, el culpable/ “detonante” de otra “invasión”¹³⁶ y, como apunta Rosario, la “falta de higiene en Puerta de Tierra como un agravante ya se venía señalando por años”¹³⁷.

Aunque recientemente se reconoció que entre 1918 y 1919 la influenza causó casi unas 11,000 muertes (de unos 260,000 casos)¹³⁸, el análisis de Rosario apunta a un número aún mayor, si se incluye a los emigrados (más de 30,000 personas) y los problemas registrando adecuadamente la

1918-1919. *From the Report of the Governor of Porto Rico, 1919, pages 127-232 inclusive* (Washington: Government, 1919), 144; Rosario, “*Un desastre*”, 37, 63, 44, 47-48.

¹³³ En noviembre el gobernador Arthur Yager solicitaba al Congreso de los Estados Unidos asistencia económica (al menos unos 100,000) dado al estado epidémico en la Isla. La AMPR y la Cruz Roja se reúnen en ese mes para discutir los modos para dominar a la “epidemia reinante”. Ver Rosario, “*Un desastre*”, 50-51.

¹³⁴ Rosario, “*Un desastre*”, 57.

¹³⁵ Ruiz Soler, *Report, 1919*, 143.

¹³⁶ El informe de Ruiz Soler apuntó a la llegada del S.S. Patricio de Satrústegui a San Juan como el vehículo inicial para el contagio, y destacó que la epidemia inició y fue “detonada” en el conocido e insalubre suburbio de Puerta de Tierra que, al tener trabajadores que estuvieron en ese puerto en San Juan, “regaron” el contagio hacia otros (como los de la tabacalera), facilitando de esa forma la “invasión” y extensión de la enfermedad por la ciudad —*said disease then continued its course of invasión throught the city*—. Ver Ruiz Soler, *Report, 1919*, 144.

¹³⁷ Rosario, “*Un desastre*”, 25.

¹³⁸ Rigau-Pérez, “The Work”, 135.

cantidad de difuntos¹³⁹. Lo que llama la atención es cómo dicho número ha ido fluctuando, usualmente minusvalorándose la cifra, señalando que se trató de 5,284 o 6,938 muertos (y resaltando que el 66% de los médicos, de un total de 250, estuvieron afectados)¹⁴⁰.

A tono con lo observado durante la peste del 1912, la epidemia de influenza ponía en evidencia los problemas aún existentes respecto a la falta de fondos, de personal médico y de infraestructura suficiente para controlar dicha epidemia¹⁴¹. También se criminalizó a aquellos enfermos “descuidados” que no seguían las leyes sanitarias, y salían de sus casas¹⁴². Esta estrategia de patologización y “responsabilización” también la veremos cuando se buscaba criminalizar a aquellos, como se decía de los tuberculosos, que “degeneraban la raza” o “la especie” (equivoco común en la época) a través de los “venenos sociales”. La presencia de un lenguaje que empleaba metáforas bélicas resulta también pertinente, en tanto y en cuanto nos permite ver cómo dichos “ataques” / “invasiones”, la “peste” y la “influenza”, eran utilizados para recalcar, por un lado, que se trataba de un problema que proviene del “exterior” o que afecta los márgenes, a la vez que buscaba eclipsar las negligencias e ineficiencias del Estado.

Sin embargo, para nuestros fines, llama la atención cómo los discursos en torno a dichas epidemias no son tan anómalos ni distintos a los empleados en el discurso médico cuando remiten

¹³⁹ Rosario, “*Un desastre*”, 70-73.

¹⁴⁰ Ruiz Soler en su reporte al presidente de los Estado Unidos menciona una cifra de 4,000 infectados a partir de noviembre de 1918. Se refirió al error de llamarla influenza española cuando era simplemente influenza y a la confusión que hubo al diagnosticar como dengue casos de influenza dada su similitud clínica. Durante los meses de octubre a diciembre de 1918 y enero hasta las primeras dos semanas de febrero de 1919 hubo 7,364 muertes por influenza, 1,646 por bronconeumonía y 1,878 de neumonía (con un total de 261,828 casos de influenza). En su Informe del 1920, Ruiz Soler apunta que para los meses de febrero, marzo y abril “recorrió nuevamente” un brote de influenza de carácter benigno con 550 defunciones y un estimado de 50,000 “atacados”. En el 1923, Font y Guillot hace una brevísima mención al respecto en el *Libro de Puerto Rico*, mencionado que hubo 261,828 casos registrados con 6,938 defunciones de flu, 1055 de bronconeumonía y 1,127 de neumonía —distinciones, valga aclarar, y que veremos en otra sección, difíciles de certificar dado el modo que se registraban dichos síntomas y muertes durante este periodo—. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 36, 131, 139, 143, 145, 147; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 302; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 6.

¹⁴¹ Rosario, “*Un desastre*”, 44.

¹⁴² Rosario, “*Un desastre*”, 62.

a las demás enfermedades endémicas, como la anemia, la tuberculosis, la malaria y la mortalidad infantil. Duprey alude a ello brevemente, cuando apunta cómo el enfoque y racionalización higienista en torno a la casa del pobre durante la peste va a ir penetrando, cada vez más, el espacio íntimo de la propiedad privada (y doméstica), incluyendo los cuerpos y conductas de los pobres. Esto puede verse más claramente cuando, en pro de reducir la mortalidad infantil a través de reducir las infecciones de tuberculosis (entre otros “venenos sociales”), se buscó regular los cuerpos y comportamientos de las mujeres¹⁴³. También vemos posturas similares cuando se buscaba higienizar y moralizar en torno al alcoholismo, la vagancia, la prostitución, el sexo o cualquier otro “vicio” capaz de degenerar el proyecto de “regeneración” nacional.

Como ya apuntamos anteriormente, este no es el espacio para contextualizar y elaborar los efectos de otra “epidemia” que supuestamente “atacaba” al país y fue suprimida, a través de medidas excepcionales: el alcoholismo y el periodo de prohibición (del 1917-1934)¹⁴⁴. No obstante, sí vamos a remitir a cómo el alcoholismo fue conceptualizado, junto a la tuberculosis y la sífilis, como uno de los “venenos sociales” que degeneraban la raza y atentaban contra el Progreso. Inclusive, la “batalla” contra el alcoholismo y la precocidad sexual femenina era usualmente articulada como un problema íntimamente ligado a la pobreza y la productividad económica¹⁴⁵. No fue nada raro que los médicos se (re)presentaran como comprometidos con una misión redentora y moralizante¹⁴⁶, o que inclusive encontrásemos en este contexto la proliferación

¹⁴³ Ver Duprey, “Estados anémicos”, 152.

¹⁴⁴ Dicho tema no ha sido aún suficientemente abarcado, con la excepción de los trabajos de Mayra Rosario. Para más detalles ver Mayra Rosario Urrutia, “La prohibición del alcohol en la historiografía norteamericana: debates fundamentales”, *Historia y Sociedad* VI (1993): 81-104; Mayra Rosario Urrutia, “Hacia un mundo “abstemio”-la prohibición del alcohol en Puerto Rico” (PhD diss., Universidad de Puerto Rico Recinto, 1993).

¹⁴⁵ Ver Duprey, “Estados anémicos”, 148.

¹⁴⁶ La Liga Prohibicionista de Puerto Rico, presidida por el médico Francisco Matanzo, quien también fundó un periódico *El Combate* en contra de la “propaganda licorista”, tuvo entre sus “más entusiastas propagandistas” al reverendo Abelardo M. Díaz y Francisco del Valle Atilés. También recibieron el auspicio del Partido Socialista, la Federación de los Espiritistas, La Asociación de Maestros y la Liga Femenina, en pro de esa idea de “redención social”. En el 1917, entre los que estaban en el Comité Prohibicionista de San Juan, estaban los doctores Francisco del Valle

de imaginería eugenésica¹⁴⁷. Inclusive la prohibición fue celebrada por algunos como parte de ese proyecto, cada vez más con connotaciones maltusianas y eugenistas, de “regeneración del pueblo puertorriqueño”¹⁴⁸.

Sin menospreciar la pertinencia que tuvieron estos eventos y epidemia, a nivel discursivo lo que más nos interesa es centrarnos en aquellas enfermedades que van a adquirir mayor visibilidad y relevancia dentro de los discursos sanitarios del país. En este caso, la anemia no fue solo una enfermedad que estuvo presente en los discursos higiénicos del país, sino que tal va a narrarse como intrínseca a la identidad puertorriqueña y su desarrollo económico. También va a ser una enfermedad que va a eclipsar otras enfermedades y eventos de mayor significancia sanitaria. Para entender los efectos simbólicos y discursivos que tuvo la anemia y las campañas de Ashford, es preciso que empecemos primero con cómo se contextualizó el descubrimiento de Ashford y se

Atilés, Eliseo Font y Guillot, Diego Biascochea y Pedro Gutiérrez Igaravidez, como vocales y los doctores Francisco Matanzo y Narciso Doval, como presidente y vicepresidente, respectivamente. Ya más adelante veremos también su auspicio en Manuel Quevedo Báez, quien también reflejaba una curiosa postura eugenésica. Ver Sección Editorial, “No es la verdad. Y si fuera, ¿qué?” *Puerto Rico Evangélico* 5(20) (1917), 3; Ramón Negrón Flores, “La Enmienda Prohibicionista”, en *El Libro de Puerto Rico: 746-750*, 748.

¹⁴⁷ Inclusive, como lo menciona Rosario, es en este contexto que “curiosamente, enarbolaron argumentos eugenistas sobre la necesidad de evitar la degeneración de la raza debido al alcoholismo”. Ver Mayra Rosario Urrutia, “‘Las sociedades femíneas de temperancia’: su lucha contra el alcohol y por la participación política”, presentación en el *XI Simposio de Historia y género* (UIA, Metro, 26 de septiembre de 2014) 1-11, 7, recuperado en https://www.academia.edu/9621921/Las_sociedades_fem%C3%ADneas_de_temperancia_su_lucha_contra_el_alcohol_y_por_la_participaci%C3%B3n_pol%C3%ADtica_XI_Simposio_de_Historia_y_g%C3%A9nero_UIA_Recinto_Metro_26_de_septiembre_de_2014.

¹⁴⁸ Ya más adelante en otra sección elaboraremos más al respecto. No obstante, vale la pena señalar cómo dicho vínculo no fue anómalo ni ajeno al campo médico, e incluso podemos encontrar dicha asociación en otro tipo de publicaciones no médicas. Por ejemplo, en el 1918, en un artículo del *Puerto Rico Evangélico*, el médico Manuel Guzmán Rodríguez, ideólogo inicialmente del Partido Unionista (y después se une con Zeno Gandía para ser una de las figuras claves en fundar el Partido Nacionalista), escribe un artículo llamado “La Eugénica y la Prohibición”. Guzmán Rodríguez señala que el triunfo de la prohibición representaba también la “regeneración del pueblo portorriqueños y las generaciones del porvenir serán más bellas, más sanas y más fuertes que las del pasado”. En este artículo alude también a Valle Atilés y sus artículos y conferencias “brillantísimas”, “luminosas” e “interesantísimas” sobre el “mejoramiento de la raza”. Ya más adelante veremos nuevamente a Guzmán Rodríguez, en un artículo del *BAMPR*, llevando a cabo extrapolaciones entre los métodos higiénicos y la fe religiosa. Si bien resulta difícil delimitar si Guzmán Rodríguez se identificaba abiertamente como un eugenista, llama la atención que su hijo (quien mencionaremos en el próximo capítulo), va a escribir sobre el control de natalidad y la tuberculosis, dos temas muy recurrentes entre los eugenistas. Ver Manuel Guzmán Rodríguez, “La Eugénica y la Prohibición” *Puerto Rico Evangélico* VI, n°16 (1918): 2-3,2; Arana Soto, *Diccionario*, 148-49; Norman Maldonado, “El Dr. Manuel Guzmán Rodríguez y tres generaciones de médicos en una familia”, *Galenus* 70, 11, n°3 (2018): 50-51, recuperado en <http://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Manuel-Guzman-Rodriguez>.

organizaron las primeras campañas sanitarias contra la uncinariasis.

3. La anemia

A partir del informe de Ashford del 1899 (al que aludimos en el capítulo anterior), se llevaron a cabo varios estudios que buscaban demostrar la presencia, peligrosidad y efectos del parásito (la uncinaria, inicialmente llamada *Uncinaria americana* después *Necator americanus*) que causaba la uncinariasis en los campesinos y disminuía la producción económico-agrícola en Puerto Rico¹⁴⁹. El objetivo de Ashford era demostrar que: 1) las muertes asociadas a la llamada “*Porto Rican anemia*” eran causadas por una infección parasitaria, la cual se daba por una “contaminación” del terreno (el terreno estaba infectado de gusanos); 2) que la anemia causada por uncinariasis era una de las causas principales de muerte (un 30% para principios del siglo XX)¹⁵⁰ y que esto no podía continuar ignorándose; y 3) que resolver este problema no solo urgía por razones médicas, sino para el Progreso económico de Puerto Rico¹⁵¹.

En el 1910, Ashford y Gutiérrez Igaravidez, en una publicación en una revista médico-científica, van a narrar los logros de la primera década de trabajos y campañas contra la anemia en Puerto Rico. Es importante notar cómo en esta narrativa se va a destacar cómo todo empezó con investigaciones científicas (en particular, los 100 casos examinados en el 1902 en el Hospital Tricoche, en Ponce) que influyeron en la formación de la Comisión de Anemia (en el 1904) y en

¹⁴⁹ En el informe aludido informe (del 1899) se destacaba el descubrimiento de un parásito, clasificado después (1902) por el zoólogo Charles Wardell Stiles como *Uncinaria americana* (posteriormente cambiado a *Necator americanus*). Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1758.

¹⁵⁰ Ashford buscaba destacar que durante del 1900 al 1901 hubo 11,885 muertes de un total de 35,781 (33.2% del total) que fueron oficialmente atribuidas a lo que las autoridades llamaban “anemia”. Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1758-59; Bailey K. Ashford, “Aspecto económico de la uncinariasis” *BAMPR* IX n°86 (1912): 1-14, 5; Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 8; Bailey Ashford, “Uncinariasis”, en *El Libro de Puerto Rico*: 366-70, 366

¹⁵¹ Supuestamente uno de los estudios cruciales (además del informe del 1899) fue la investigación hecha en el Hospital Tricoche (en Ponce), en enero del 1902. Ashford, junto a Walter King, llevaron a cabo un análisis de 100 pacientes en tal hospital y publicaron dichos hallazgos en la revista *American Medicine*. En dicho artículo proclamaban la necesidad de que no se continuara ignorando la existencia de la uncinariasis y destacaban su pertinencia como un problema no solo médico sino económico y ligado al Progreso de Puerto Rico. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 27

la promulgación de leyes sanitarias¹⁵². Ashford y sus colaboradores van a construir una narrativa que ubica al quehacer científico como crucial y determinante para resolver no solo un problema médico y sanitario, sino socioeconómico. A su vez, esta narrativa ubica a la investigación científica como protagonista de las decisiones políticas y económicas, obviando mencionar los conflictos socioeconómicos del País y cómo dicho descubrimiento buscaba trazar soluciones con el problema de anquilostomiasis o *hookworm* que existía en el sur de los Estados Unidos. Vemos aquí una narrativa que destacaba a individuos y sus logros heroicos, de Ashford y sus “amigos”¹⁵³, quienes empezaron con una campaña modesta en Bayamón, para entonces expandirse para tratar a miles de pacientes¹⁵⁴. En marzo y abril de 1904 se montaron unos hospitales provisionales de campo en Bayamón (cerca del hospital municipal). De mayo a agosto se hizo lo mismo en Utuado¹⁵⁵, siendo esta la expedición más icónica y recordada por haber atendido y tratado un número inmenso de pacientes. La lógica era poder constituir una especie de “estación de anemia” (*anemia station*) y un laboratorio móvil, que incluía también un dispensario de fármacos e instrumentos quirúrgicos

¹⁵² Sea en ese artículo, como en otras publicaciones (el libro *Uncinariasis* en el 1911), se narran una serie de eventos que llevaron a la legislación que facilitó en febrero de 1904 la formación de la Comisión de Anemia, y con ella, la primera campaña para estudiar y tratar la anemia: un artículo editorial en “*American Medicine*”, una carta del coronel W.C. Gorgias al presidente de la Junta Insular de Sanidad (de Puerto Rico) y la conferencia de Ashford en la AMPR en el 1903 —cuyas tesis Stahl defendió en la discusión que produjo—, la que cautivó la atención del auditor Regis Henri Post quien se comunicó con el gobernador William H. Hunt. En el 1904 también se fundó la Liga contra la Anemia (aunque algunas fuentes dicen que fue en el 1905), compuesta por los doctores Isaac González Martínez, Francisco del Valle Atilas, José M. Carbonell y Mariano Ramírez. Esta liga buscaba complementar el trabajo de la Comisión de Anemia. Ver; Ashford y Gutiérrez Igaravidez, “Summary”, 1759; Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 27-8; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 5; José Amador, *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940* (Nashville: Vanderbilt University Press, 2015), 80.

¹⁵³ Esta narrativa describe que la primera campaña inició con un puñado de amigos —“*only a handful of friends*—. Ese grupo íntimo de amigos eran Pedro Gutiérrez Igaravidez (director del hospital de Bayamón) y Walter King (después también Isaac González Martínez será parte de este puñado de amigos). Curiosamente, veremos cómo más adelante los amigos puertorriqueños (Gutiérrez y González) son, hasta cierto punto, traicionados en la apertura de la EMT. Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1759; Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 28, 101.

¹⁵⁴ Como destacaba Ashford, lo que inició con una campaña para solo tratar a 600 en Bayamón se expandió para tratar miles. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 5.

¹⁵⁵ El personal de la expedición de Utuado estuvo compuesto por los miembros de la Comisión Técnica de Anemia (Ashford, Gutiérrez Igaravidez y González Martínez, más tarde W.W. King), médicos y asistentes de la comisión de anemia (Pedro Malaret, jr., Federico Trilla, Rafael Bernabe), farmacéutas (Artau y Herrero), enfermeras y otros (cocineros y criada). Ver King, “Public Health Work”, 2685.

e higiénicos (para lavado y desinfección) y un hospital de campo provisional (de unas 30 camas)¹⁵⁶. Este modelo de dispensarios para análisis y tratamiento va a ser la base para las demás intervenciones de anemia (y, como veremos, servirá parcialmente como base para las demás campañas sanitarias en décadas posteriores).

El proceso de tratamiento requería que cada paciente trajera sus heces para evaluación vía microscopio (además de una evaluación clínica de los síntomas del paciente), traídas en una caja de fósforos (podían utilizar otras, pero al parecer estas eran las más accesibles, y fueron apodadas la “cajita”). Si se identificaba la uncinariasis, se le asignaba unas pastillas de timol al paciente, y tenía que retornar para al menos dos citas más de seguimiento¹⁵⁷. Además de tratar los casos, la campaña buscaba educar a los campesinos y hacendados, proveyendo conferencias y panfletos, tanto para identificar síntomas y promover cambios higiénicos (en particular, como precaución el uso de zapatos¹⁵⁸). En el primer reporte del 1904 hubo una mortalidad baja en los casos atendidos (0.49%) con un total de 7,450 pacientes tratados en las primeras seis semanas de trabajo —unas 25,000 visitas— y un total de 10,140 durante la campaña de 60 días en que estuvieron los médicos en Utuado, con un promedio aproximado de 625 visitas diarias¹⁵⁹.

A modo de resumen, entre 1904 y febrero de 1910, a través de varias campañas, fueron tratadas 272,256 personas¹⁶⁰, la mayoría de ellas entre los 10 y 30 años (un 61.74%), padeciendo la mayoría

¹⁵⁶ En Utuado se tomó la casa de José María Muñoz para formar tanto la clínica como el hospital (se tomó una estructura de dos pisos, que quedaba a unos 300 pies de la casa, originalmente la estadía de los sirvientes, para construir el hospital de 30 camas). King, “Public Health Work”, 2684. William F. Lippit, J. González Martínez, Pedro Gutiérrez Igaravidez, W.W. King y Bailey K. Ashford, “Preliminary Report of the Institute of Tropical Medicine and Hygiene of Porto Rico” *BAMPR* X, n°96(1914):15-29, 16.

¹⁵⁷ Para más detalles en torno al proceso de identificación y tratamiento ver King, “Public Health Work”, 2685-88; Lippit et al, “Preliminary Report”, 18-19.

¹⁵⁸ Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1760; King, “Public Health Work”, 2683; Lippit et al, “Preliminary Report”, 17.

¹⁵⁹ Ashford y Gutierrez, “Summary”, 1759; King, “Public Health Work”, 2685; Lippit et al, “Preliminary Report”, 18-9.

¹⁶⁰ El segundo informa de la Comisión declaraba que 18,865 casos fueron tratados. En el 1906 se establece una comisión permanente, presidida por Gutiérrez Igaravidez y con la colaboración de González Martínez y Francisco Sein, y la apertura de 35 dispensarios que del 1906 al 1907 atendieron a 89,233 personas de los cuales 43.03% fueron

síntomas de mediada intensidad (45.10%) y un grupo menor pero significativo con síntomas graves (24.24% síntomas intensos y 4.57% muy intensos¹⁶¹). A partir del 1908, el modelo de dispensarios, y el uso de análisis microbiológico, va a extenderse para no solo atender la anemia sino todas las llamadas “enfermedades transmisibles” y “tropicales”¹⁶². Pese a una narrativa que destacaba las victorias de las campañas, los autores admitían en el 1910 que la enfermedad aún “reinaba” — “*is still, par excellence, the reigning disease of Porto Rico*”¹⁶³—. Dejando a un lado cuán cuestionable era dicho dato (al compararlo con la mortalidad por desórdenes gástricos, la malaria y la tuberculosis) lo pertinente es notar como en el 1919 el entusiasmo ante las victorias de las campañas contra la anemia aparentaba decaer, al menos lo suficiente para que el Comisionado de Sanidad (Ruiz Soler) buscara la cooperación de la IHB para poder así continuarlas y extenderlas. Dicha institución llevó a cabo un censo que reflejaba que 90% de la población rural estaba infectada con anquilostomiasis¹⁶⁴. En el 1920 el Comisionado de Sanidad (Ruiz Soler), sugería la necesidad de aumentar el presupuesto (a medio millón de dólares en el primer año) para llevar a cabo un “saneamiento preliminar de la zona, que se efectuará mediante una cruzada para que cada casa tenga su letrina” y después “y no antes” proceder al tratamiento de los infectados a través de los dispensarios o visita domiciliarias¹⁶⁵. En el 1921 la IHB llevó a cabo una “campaña intensiva”,

curados. Del 1907 al 1908 hubo un total de 42 dispensarios que atendieron a 81,375 personas y curaron a 51.54%. Del 1908 al 1909 hubo 59 dispensarios y se trataron a 63,884 personas, de las cuales 41.49% fueron curadas. Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1760-61; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 300

¹⁶¹ Para el 1914 repetirán datos similares, destacando que de casos intensos y medianos se encontraban ahora la mayoría en casos livianos. En ese mismo año se celebraba el aumento en la hemoglobina de los pacientes (que fluctuaba entre un 30% y un 60%, de un total de 579 casos analizados). Ver Lippit et al, “Preliminary Report”, 24-25.

¹⁶² En el 1908 la comisión cae bajo el Departamento de Sanidad, Beneficencia y Corrección (*Department of Health, Charities and Corrections*) como un negociado bajo el nombre de “Servicio de Dispensarios de Anemia” (*Anemia Dispensary Service*), presidido por Gutiérrez nuevamente¹⁶². Dicho nombramiento llevó inicialmente a ciertos problemas, pero prontamente se restablecieron los dispensarios, aumentando a 59 en total. En el 1908 los mencionados dispensarios fueron reorganizados y extendieron sus funciones a otras enfermedades transmisibles, adquiriendo el nombre de “Servicio de Enfermedades Tropicales y Trasmisibles”. Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1761; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 300.

¹⁶³ Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1758.

¹⁶⁴ Rolla B. Hill, “The Uncinariasis Problem”, *PRHR* I, n°1 (1925): 11-18, 15.

¹⁶⁵ Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 28-9, 31-2

modificando el método de dispensarios utilizado por Ashford, el cual fue más efectivo en el sur de los Estados Unidos, pero no en países tropicales. Dicha “campana intensiva” destacaba más la relevancia de la educación y de la construcción de letrinas¹⁶⁶. Se insistió en no proveer tratamiento hasta que fueran satisfactorias las medidas sanitarias, tal cual como fue en los casos de Camuy, Hatillo, Lares, San Sebastián, en donde la letrina fue presentada como tratamiento y cura —“*the use of latrines as treatment and cure for the inhabitants*”—¹⁶⁷.

Del 1921 al 1927 se trataron 31 de un total 76 municipios, para un total de 312,000 personas (que representaba una cuarta parte de la población rural) y se habían construido unas 114,000 letrinas que debían proveer protección sanitaria a 700,000 personas, casi la mitad según el médico de la RF Harry Howard¹⁶⁸. Los costos de las letrinas fueron impuestos, principalmente y so pena de multas¹⁶⁹, a los campesinos a través de inspecciones sanitarias (las cuales tendían a pedir reconstruir muchas de las letrinas evaluadas)¹⁷⁰.

Aunque la cantidad de infectados por uncinariasis va a ir disminuyendo, muy gradualmente, lo mismo no sucede con otras enfermedades, en especial la tuberculosis. Esto no debe sorprender si tomamos en consideración que el país no tuvo muchos adelantos en torno a las viviendas y los

¹⁶⁶ Howard, “Hookworm”, 239-41.

¹⁶⁷ Ver Lippit, *Report. 1922*, 363.

¹⁶⁸ Howard, “Hookworm”, 243.

¹⁶⁹ Según Hill, los inspectores sanitarios le informaban a los dueños de las casas, en este caso los campesinos, si sus letrinas estaban construidas adecuadamente o no. Aquellos que se resistían (o no las construían) eran multados: “Failure to comply is punishable in the courts”. Es interesante notar que la revista *PRHR*, en el 1926, inserta entre sus artículos una reproducción de estipulaciones legales, existentes desde el 1912, respecto el uso de letrinas para evitar el contagio de los suelos. Lo curioso es que dichas regulaciones, las cuales no parecen haber sido suficientemente ejercidas, estaban dirigidas también a los hacendados y no exclusivamente a las viviendas de los campesinos. Se supone que, a partir de octubre de 1920, la regulación #68 (“*Regulation to prevent the contamination of the soil in rural districts*”), que retoma también la Acta de Provisiones#81 del 1912, fue aprobada por el gobernador Yager y proclamaba ilegal el depósito de excrementos humanos en otro sitio que no fuese una letrina. Antes el momento, diera la impresión de que era la primera vez que se multaba y castigaba sistemáticamente la violación de esta ley, en particular cuando aplicaba más a los campesinos. Ver “*Sanitary rules and regulations no.68. Regulation to prevent the contamination of soil in rural districts*”, *PRHR* 2, n°7 (1926): 37-38, 37; Hill, “The Uncinariasis”, 15

¹⁷⁰ Por ejemplo, aunque para el 1924 se declaraba victoriosamente la efectividad de las inspecciones para incitar la construcción de las letrinas (llegando a 40,000 en la noroeste de la Isla), también este proceso requirió revisar y arreglar una gran cantidad de letrinas (en algunos casos casi la mitad). Para cifras en torno al número de letrinas construidas y reconstruidas del 1921 al 1924 ver Ortiz, *Report. 1923*, 269; Howard, “Hookworm”, 243-44

recursos accesibles a la mayoría de los trabajadores del país, y la letrina y el timol, si bien útiles, no eran técnicas que menguaron los déficits nutricionales, el hacinamiento de las casas y los problemas socioeconómicos.

4. La tuberculosis

No deja de sorprender como la tuberculosis fue consistentemente una de las enfermedades que más cantidad de muertes causaba¹⁷¹, fluctuando de 216 por cada 100,000 habitantes para el periodo de 1909-1910 hasta ascender a más de 270 en el periodo de 1928-1929. Las cifras más altas eran en los pueblos costeros y urbanos, en particular San Juan, Ponce, Mayagüez, Caguas y Guayama¹⁷². Al compararlo con las campañas de anemia/uncinariasis, la tuberculosis no recibió oficialmente una campaña sistemática de identificación y tratamiento ni recibió la misma atención de parte de la RF, aspecto que ya retomaremos más adelante. En ese sentido, dependió más de iniciativas privadas, como fue la Liga Contra la Tuberculosis, fundada por Valle Atilés y Ruiz Arnau (alrededor del 1907-1908)¹⁷³. A través de esta Liga, junto a otras actividades de la AMPR, se llevaron a cabo también, desde principios del siglo XX, una serie conferencias de educación

¹⁷¹ En ocasiones hubo cierta disminución en las cifras durante la segunda década del siglo XX (por ejemplo, en los periodos del 1912-1914), pero dicha fluctuación (que nunca es explicada) posiblemente reflejaba más los problemas en torno al modo que se registraban y recolectaban las estadísticas vitales del país antes del 1923 (cuando se funda el Negociado de Estadísticas Vitales). Sí notamos el siguiente patron: del 1917 en adelante las muertes promedian más de 200 por cada 100,000 habitantes. Para las cifras estadísticas ver Gómez Brioso, “Salubridad”, 330; Antonio Fernós Isern y José Rodríguez Pastor, “A survey of infant mortality in Porto Rico”, *PRJPHTM* VI, n°02 (1930): 3-45, 41; José Rodríguez Pastor, “Organizing the work against tuberculosis”, *PRHR* I, n°1 (1925): 19-26, 26; Oscar Costa Mandry, “Epidemiology of Tuberculosis in Porto Rico”, *PRRPHTM* IV, n°1 (1928): 3-13, 3-4; Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 432, 436.

¹⁷² Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 436, 443.

¹⁷³ Feliberti y Rodríguez ofrecen la fecha de 1904 como la de la fundación de la Liga contra la Tuberculosis, mencionando a Valle Atilés como su fundador. Arana Soto menciona a Valle Atilés como fundador, pero no ofrece fecha exacta al respecto. Fernández García, en el *Libro de Puerto Rico*, menciona como fecha el 1908. Sin embargo, Martínez Roselló, en el 1911, en el Primer Congreso de Tuberculosis en España, menciona que ya la Liga existía en el 1907. La fecha de 1904 parece un poco improbable, si tomamos en consideración que, durante ese año, en el *BAMPR* Ruiz Arnau y Quevedo Báez publicaron textos destacando la necesidad de crear aún dicha liga. En este sentido pareciera que la fecha más cercana es entre el 1907 o 1908. Ver Eugenio Fernández García, “El problema de la tuberculosis en Puerto Rico”, en *El Libro de Puerto Rico*: 356-64, 362; Martínez Roselló, “Informe”, 17; Ramón Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda: El porqué de una Liga contra la Tuberculosis IV”, *BAMPR* II, n°24 (1904): 388-90; Manuel Quevedo Báez, “Sección de Propaganda: De la Liga Antituberculosa”, *BAMPR* II, n°19 (1904): 298-300; Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 5; Arana Soto, *Diccionario*, 314.

higiénica en el Ateneo y en la prensa (al menos desde el 1905), que acentuaban el rol “curativo” del sol, la temperancia y la buena alimentación, ventilación e iluminación¹⁷⁴. Por ejemplo, en este periodo Valle Atilas, y en particular Agustín Stahl, colaboraban en la difusión de conocimientos y propaganda respecto a la tuberculosis, su contagio y relevancia, en particular para la clase obrera y los niños¹⁷⁵.

Desde el 1907 la Liga Contra la Tuberculosis (o la Liga Antituberculosa) había propuesto la construcción y sostenimiento de sanatorios¹⁷⁶, la enseñanza y difusión de los modos de evitar el contagio, y la organización de estadísticas respecto a la tuberculosis¹⁷⁷. En el 1908, en el Seboruco (Santurce), Edith Wood facilita la fundación de un Sanatorio, el cual es suplantado una vez inicia la Guerra Mundial y se mueve al Hospital Cuarentenario de las Marina¹⁷⁸. El “trípode” aireación, reposo y alimentación era propuesto como el mejor remedio y definía la terapéutica de los asilos y sanatorios¹⁷⁹. También hubo un sanatorio en el Hospital Tricoche en Ponce y una serie de dispensarios libres de costo en las ciudades de San Juan, Ponce, Mayagüez, Arecibo, Humacao, Guayama y Aguadilla¹⁸⁰. Sin embargo, vale aclarar que la recuperación de los tuberculosos en los sanatorios era muy baja y resultaba ser una estrategia ineficaz¹⁸¹. Esto no va a cambiar

¹⁷⁴ Los médicos Calixto Romero y Agustín Stahl participan también en estas conferencias y propaganda de educación higiénica. Stahl en el 1908 impartió conferencias en escuelas públicas ofreciendo consejos higiénicos como eran el uso “profiláctico y desinfectando” y como “poderoso agente curativo” de la “radiante luz”, de ese “sol bienhechor”, economizando los vicios, alimentándose bien, individualizar el menaje, dejar abiertas las ventanas para que entrase aire puro. Ver Fernández García, “El problema”, 362

¹⁷⁵ Martínez Roselló, “Informe”, 22-3.

¹⁷⁶ Para el 1910 existían unas 23 casetas y un “edificio Hospital” que pertenecían a la Liga Antituberculosa. Ver Martínez Roselló, “Informe”, 19.

¹⁷⁷ Martínez Roselló, “Informe”, 17.

¹⁷⁸ Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 300; Rosario, “*Un desastre*”, 63, 77

¹⁷⁹ Martínez Roselló, “Informe”, 19.

¹⁸⁰ Martínez Roselló, “Informe”, 20.

¹⁸¹ Como apunta el historiador Jorge Molero Mesa, sobre el caso español, pero igualmente aplica a Puerto Rico, la “influencia que los sanatorios han desempeñado en la disminución de las tasas de mortalidad por tuberculosis ha sido tradicionalmente sobrevalorada”, dado a su inutilidad para “romper con la cadena epidemiológica de la enfermedad”. Entre los problemas que señalaba Molero estaba la imposibilidad de realmente albergar a todos los afectados, los pocos recursos (número de camas ante el creciente número de casos), y la oposición a internar casos graves. Esta crítica no minusvalora los intentos médicos, pero sí cuestionaba como dicho modelo resultaba problemático para atender el problema sanitario, además de promover estrategias de segregación y persecución similares a los estudiados

significativamente durante las próximas décadas (aspecto que retomaremos en el próximo capítulo)

En el Informe que presenta el comité de Puerto Rico al primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en el 1910 se señalaba que, para ese mismo año, de un total de 1,118,012 habitantes murieron 2,048 de tuberculosis, siendo esta la “más pavorosa de nuestras endemias” y aclarando que “ni aún la Uncinariasis, de que tanto se ha hablado dentro y fuera de nuestro país, nos causa tanto daño¹⁸²”. En dicho congreso, el comité señaló la necesidad de hacer uso de los “recursos climatológicos” para así prevenir la tuberculosis, entre los cuales mencionaba una serie de reformas laborales para “proteger á la clase obrera” —la ley que reduce la jornada legal a ocho horas y prohíbe la “explotación de los impúberes”—, regulaciones que castigaban severamente contra la adulteración de la leche, y suponían promover la creación de hospitales y sanatorios antituberculosos, dispensarios y propaganda educativa sobre higiene — que aconsejaban taparse la boca al toser y conductas como “no moje sus dedos en saliva al volver las páginas de los libros” y “sería conveniente que usted usara su vaso propio en la escuela”¹⁸³. En dicho informe se insiste en las medidas que buscaba la Liga Antituberculosa para que se hiciesen inspecciones medicas especiales en escuelas y fábricas, y en hacer mejoras en las viviendas de la clase obrera¹⁸⁴. Aún para el 1917 Valle Atilas traía el problema “no resuelto aún, el de proporcionar habitaciones, a precio reducido, a los obreros”; siendo tal vez el mejor modo y más higiénico el de “casas

por Erwin Goffman y sus instituciones totales. Jorge Molero Mesa, “Los sanatorios para tuberculosis”, *El Médico*, nº501 (1993), 324-34, 334.

¹⁸² El comité de Puerto Rico estuvo compuesto por los médicos J. Lugo Viña, G. Villaronga, Gutiérrez Igaravidez, González Martínez, Martínez Roselló, Giménez Nussa, Pila Iglesias y Salazar. Ver Martínez Roselló, “Informe”, 16.

¹⁸³ Martínez Roselló, “Informe”, 14-15.

¹⁸⁴ Vale aclarar que estos señalamientos no eran nuevos y, ya en el 1907, el director de Sanidad había señalado como la “atmósfera de las fábricas de tabaco es una de las principales causas que predisponen a la tuberculosis”. Ver Martínez Roselló, “Informe”, 16; para la cita del 1907 ver Rafael Lebrón-Rivera, “Un acercamiento histórico al paradigma de la marginación: La tuberculosis en Puerto Rico durante los primeros años del siglo XX”, (conferencia presentada en el *XXV International Congress of the Latin American Studies Association* 7-9 de Octubre de 2004), 1-13, 5.

aisladas”¹⁸⁵.

Técnicamente, en el 1917 inicia una “campana” estatal antituberculosa¹⁸⁶ que se concentró en facilitar la construcciones de sanatorios y dispensarios, mayormente en el área de San Juan (y un sanatorio en Ponce)¹⁸⁷. Para el 1920, Ruiz Soler le reportaba al presidente de los Estados Unidos que la “lucha anti-tuberculosa ha culminado en un éxito grandioso dado que el Sanatorio Insular se había vuelto una “realidad tangible”¹⁸⁸. Pese a los éxitos celebrados por Ruiz Soler en torno al Sanatorio Insular, aún faltaban los espacios para ofrecer tratamiento¹⁸⁹. Es durante este periodo que empezamos a notar la aportación de la RF. Vale aclarar que la presencia de la RF en el tratamiento de la tuberculosa fue, hasta cierto punto, de forma menos directa, si por ello nos referimos a movilizar una campana “intensiva” (como fue el caso de la uncinariasis, y un poco más tarde, la malaria). Sabemos que en el 1921 el gobierno de Puerto Rico utilizó 80,000 dólares, una porción de este dinero para un sanatorio¹⁹⁰; y que durante esta década varios dispensarios fueron financiados por la IHB, para facilitar visitas domiciliarias y ofrecer servicios relacionados no solo a la tuberculosis sino a la natalidad, la puericultura y la alimentación (acentuándose las

¹⁸⁵ Francisco del Valle Atilés, “Algunas generalidades acerca del problema de la casa en Puerto Rico”, *BAMPR* XIII, n° 116 (1917): 89-100, 97-8.

¹⁸⁶ Si nos dejamos ir por el Informe del comisionado Ruiz Soler, oficialmente la campana antituberculosa inicio en el 1917, cuando se suprimió el sanatorio de Seboruco y sus pacientes fueron movidos al Hospital Cuarentenario de la Marina. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 23.

¹⁸⁷ En 1918 inició la construcción para el nuevo sanatorio en Monacillos (donada por Pedro Arzuaga Beraza), y para el 1919 se comenzaron a trasladar pacientes. Del 1918 al 1919 se instalaron dispensarios en Ponce, Mayagüez y Guayama, y se construyó un sanatorio en Río Piedras para reemplazar el sanatorio de Seboruco. En el 1919 se funda el Sanatorio Antituberculoso en el sector Cuatro Cogollos del Barrio Monacillo en Río Piedras (donde posteriormente estará el Centro Médico de Puerto Rico), dirigido por el Dr. Alejandro Ruiz Soler (el cual se trasladará a principios de la década de los sesenta al antiguo hospital de distrito de Bayamón). También el municipio de Yauco, a través de Arturo Lluveras, obtiene por donación un hospital para tuberculosos y el sanatorio de la Liga Antituberculosa de Ponce era sostenido por el Departamento de Sanidad.

Ruiz Soler, *Report, 1919*, 149; Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 24; Rigau-Pérez, “The apogee”, 171; Costa Mandry, “Apuntes”, 161; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 6-7.

¹⁸⁸ Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 5-6.

¹⁸⁹ En el 1921 Ruiz Soler reportaba la dificultad con establecer un dispensario en San Juan para que así sean atendidos aquellos que no puedan ser admitidos en el sanatorio. Ver Ruiz Soler, *Report, 1921*, 81.

¹⁹⁰ George E. Vincent, *The Rockefeller Foundation. Annual Report* (New York: The Rockefeller Foundation, 1921), 131.

estaciones de leche)¹⁹¹.

En noviembre de 1923 empieza a operar el Negociado de Tuberculosis del Departamento de Salud con la apertura del primer dispensario de tuberculosis en San Juan¹⁹² y otros más en los próximos años, además de proveerse un servicio de enfermeras visitadoras (que proveían educación y medicación gratuita) para aquellos que no pudiesen llegar a los dispensarios¹⁹³. También en el 1925 se funda La Sociedad para Evitar la Tuberculosis en Niños¹⁹⁴. También encontramos los primeros estudios más detallados a nivel epidemiológico de la tuberculosis, destacándose los trabajos de Oscar Costa Mandry y José Rodríguez Pastor.

En el 1925, José Rodríguez Pastor¹⁹⁵ trazaba una serie de observaciones en torno a los patrones y factores asociados a la mortalidad de tuberculosis en San Juan: 1) las condiciones de vida de las personas en San Juan son muy miserables; 2) el 98% de las personas duermen con las ventanas cerradas; 3) la tuberculosis es extremadamente común entre los pobres —“*extremely common among the poor*”—; 4) cuando había un familiar enfermo no existía separación alguna entre este y el resto de la familia (durmiendo muchas veces en un mismo cuarto); 5) la mayoría desconocía la “naturaleza verdadera” de la enfermedad y no habían sido ilustrados por un doctor, y por eso

¹⁹¹ Ver Elisa M. González, “Nurturing the Citizens of the Future: Milk Stations and Child Nutrition in Puerto Rico, 1929-1960”, *Medical History* LIX, n°2 (2015): 177-98, 182; Elisa M. González, “Food for every mouth: Nutrition, agriculture and Public Health in Puerto Rico, 1926-1966” *Research Reports* (2013): 1-14, 3, 7-8, recuperado en <https://rockarch.org/publications/resrep/rrolinealpha.php>.

¹⁹² Rodríguez Pastor, “Organizing”, 19. Vale aclarar que en otras fuentes aparece también la fecha de 1924, ver Emilio Dirilikov, Dana Thomas, David Yost, Betzaida Tejada-Vera, María Bermúdez, Olga Joglar y Terrence Chorba, “Tuberculosis Surveillance and Control, Puerto Rico, 1898-2015”, *Emerging Infectious Diseases* XXV, n°3 (2019): 538-46, 539

¹⁹³ En febrero de 1924 se abre un segundo dispensario en Santurce y en julio otro en Puerta de Tierra; y prontamente se extendieron a Ponce, Aguadilla, Juncos y Caguas. Ver Rodríguez Pastor, “Organizing”, 21, 23.

¹⁹⁴ Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 5; Rigau Pérez, “La Salud”, 362.

¹⁹⁵ Resulta importante exponer que en el 1925 Rodríguez Pastor completó unos cursos posgraduados en Nueva York especializados en Tuberculosis y fue el director del Negociado de Tuberculosis desde el 1925 hasta el 1942. En muchos sentidos fue considerado la autoridad y el especialista en tuberculosis durante este periodo. Ver Fundación Puertorriqueña de las Humanidades, “Rodríguez Pastor, José”, *Enciclopedia de Puerto Rico*. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 en <https://enciclopediapr.org/en/encyclopedia/rodriguez-pastor-jose/>

tienden a creerle a charlatanes creyéndola una condición tenue y no contagiosa¹⁹⁶. Este tipo de crítica se repetirá también durante esta década y la próxima, resaltándose el vínculo entre pobreza y enfermedad.

El primer análisis comprensivo que se hizo a nivel estadístico de la tuberculosis abarcaba los periodos de 1923 al 1927, y demostraba ciertos patrones epidemiológicos en torno a la mortalidad de tuberculosis en Puerto Rico: 1) era mayor en Puerto Rico que en Estados Unidos y otros países¹⁹⁷; 2) la mayoría de la mortalidad por tuberculosis se daba en los espacios urbanos (a razón de 3.5 a 1¹⁹⁸); 3) era más alta en los jóvenes que estaban en las “edades productivas” (que en este caso era de los 20 a 40 años¹⁹⁹), en las mujeres (22% más alto que los hombres, contrario al caso de los Estados Unidos) y en la raza negra (50% mayor que en los blancos)²⁰⁰. Estas tendencias epidemiológicas van a persistir durante las próximas décadas (hasta la década de los cuarenta).

Las condiciones de tratamiento e infección no fueron mejorando y los espacios (cupos) de tratamiento resultaban insuficientes para atender la cantidad creciente de casos durante este periodo²⁰¹. El director del Negociado de Tuberculosis, José Rodríguez Pastor, afirmará en el 1929 que la mortalidad de tuberculosis es y había sido siempre alta²⁰². Todo esto apuntaba a que, sin

¹⁹⁶ Rodríguez Pastor, “Organizing”, 19, 21.

¹⁹⁷ Vale recordar nuevamente que las estadísticas eran consideradas más confiables a partir del 1923. En este caso, el estudio de Costs Mandry mostraba que en el 1924 Puerto Rico tenía una mayor mortalidad de tuberculosis que en Estados Unidos (tres veces más alta que la proporción en Nueva York), Japón, Francia, Italia, Alemania, las Islas Vírgenes, Canadá y entre otros Nueva Zelanda. Ver Costa Mandry, “Epidemiology”, 5, 10, 13.

¹⁹⁸ Costa Mandry, “Epidemiology”, 6-7.

¹⁹⁹ Los más afectados aquellos que estaban en el “*primer of life*”, en su periodo más productivo —“*most productive period*”— y no los menores de 15 años. Al analizar la década de los veinte, las edades más afectadas eran las personas jóvenes o en edades “productivas” (20-25, 25-29 y 30-40 años). Tomando los periodos del 1923 al 1925 dichos tres grupos constituían 56.8% de las muertes por tuberculosis. Ver Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 439.

²⁰⁰ Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 440-441.

²⁰¹ Por ejemplo, para el 1927 el cupo de los hospitales y sanatorios de tuberculosis resultaban insuficientes, con el de Sanatorio en Río Piedras con 200 camas, el de Ponce con 30 camas y un total de cinco hospitales municipales y tres privados que al parecer tampoco daban abasto. Ver Rigau-Pérez, “The apogee”, 171.

²⁰² En un tono similar, en el 1928, Costa Mandry declaraba que en realidad la tuberculosis era la enfermedad que causaba mayor mortandad: “tuberculosis causes more deaths in Porto Rico than any other single disease”. Ver Costa Mandry, “Epidemiology”, 5; Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 431.

menospreciar los esfuerzos de los médicos y los servicios ofrecidos por los dispensarios, las condiciones que facilitaban la infección y contagio de la tuberculosis continuaban perpetuándose. La tuberculosis, aún más que la uncinariasis y la malaria, dejaba al descubierto las fallas de la industrialización, la desigualdad social y las limitaciones, aún existentes, en la estructura de los servicios médicos.

5. La malaria

Durante las primeras dos décadas del siglo XX, se estará señalando que la verdadera prevalencia de la malaria había sido subestimada debido a métodos deficientes de diagnóstico y registro, y se sospechaba que estaba distribuida por toda la isla²⁰³. Sin embargo, no será hasta la década de los veinte que habrá oficialmente una campaña sistemática y financiada por la RF. Las cifras de mortalidad de la malaria tendían a sobrepasar las cifras de anemia y fue considerada, junto a la uncinariasis, una de las causas para el atraso económico agrícola, en especial en la producción azucarera. La razón para ello era que el ambiente húmedo de las azucareras, debido al uso de canales de riego, facilitaban la propagación y sostenimiento del mosquito conductor de la malaria (*Anopheles*)²⁰⁴.

Durante las primeras dos décadas se llevaron a cabo una serie de campañas fallidas contra la malaria, centradas en suprimir la presencia de los moquitos vía el drenaje de posos y el uso de pesticidas (incluyendo el petróleo)²⁰⁵. Estas intervenciones no resultaron costo-eficaces durante

²⁰³ Esta observación fue hecha en el 1917 por Font y Guillot, entonces jefe de la División de Enfermedades Transmisibles y Estadísticas, en una informe dirigido al Comisionado de Sanidad. Ver Yager, *Report 1918*, 149.

²⁰⁴ Nicole Trujillo-Pagán, “Controlling Malaria and Men: Rockefeller Health Intervention in ‘Porto Rico’, 1920-1926”, *Center for Research on Social Organization. Working Paper Series #560* (January 1998), 1-31, 15. Accesado en <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/51324>.

²⁰⁵ Ya en el 1903, Valle Atilas destacaba la necesidad de identificar y destruir los géneros de mosquito *Anopheles* y *Stegomyia*, llevando a cabo drenajes de pozos y charcos, entre otras estrategias (introducir peces que se comiesen los huevecillos de los mosquitos, usar keroseno en la superficie de las aguas en donde se depositen estos). Según Arturo Torregrosa, en el 1912, se llevó a cabo una campaña contra el mosquito, buscándose poner a prueba de estos insectos los pozos, cisternas, tanques, drenajes y otros espacios, haciendo brigadas sanitarias que practicaban la “petrolización sistemática” hasta “donde lo permitieron los escasos recursos con que se contaba”. Ver Francisco del Valle Atilas, “El

las primeras décadas del siglo XX y aún durante la intervención de la RF los resultados y técnicas nuevas utilizadas (el uso de trampas especiales y de animales como cebo, y la inspección de criadores, entre otras cosas) no llevaron a cambios ni bajas significativas en la mortalidad durante la primera fase oficial de la intervención (que duró hasta el 1940)²⁰⁶. Las campañas contra la malaria de la RF iniciaron en la década de los veinte en los municipios de Quebradillas y Guánica²⁰⁷ como una extensión de la intervención inicial que hizo la RF en el 1919 con la anemia y que suponía hacer también con la malaria y la tuberculosis²⁰⁸. La cooperación de la RF y de John B. Grant, junto a Victor G. Heiser, es aludida en el informe del Comisionado de Sanidad (Ruiz Soler) en el 1920, acentuando que el 90% de la población padecía de uncinariasis y un 30% de malaria²⁰⁹. Técnicamente vemos que se alude a los inicios de una “campaña” en el periodo de 1919-1920, centrada más en tratamiento en dispensarios²¹⁰ y exterminación del mosquito²¹¹, pero

Mosquito en la etiología moderna”, *BAMPR* I, n°7 (1903), 97-99, 98-99; Arturo Torregrosa, “Malaria”, en *El Libro de Puerto Rico*: 370-74, 372.

²⁰⁶ Francisco Del Valle Atilas, “Digesto Médico”, *BAMPR* XII, n°110 (1916): 1-9, 8; Ruiz Soler, *Report, 1919*, 141; Ramírez de Arellano, “Historia de la Ingeniería”, 316; Rafael Miranda Franco y Alfredo Casta Vélez, “La erradicación de la malaria en Puerto Rico”, *Revista Panamericana de Salud Pública* II, n°2 (1997): 146-50, 147.

²⁰⁷ Vale aclarar que Guánica era el municipio más grande azucarero de la Isla. Aunque los historiadores Miranda Franco y Casta Vélez proponen que la primera fase de la intervención del RF inicia en el 1925, ya a principios de la década de los veinte (inclusive desde el 1919) había oficiales de la RF colaborando con médicos y oficiales de Puerto Rico para hacer los primeros estudios en la Central de Aguirre o (como veremos más adelante). Se pudiese considerar que la intervención en Barceloneta, que es antes que la de Fajardo, en el 1923, fuese tal vez una mejor fecha para poner los inicios oficiales y sistemáticos de intervención de la campaña. Ver Department of Health of Porto Ric “Malaria in Porto Rico”, *PRHR* 1, n°5 (1925): 31-33; 31. Trujillo, “Controlling Malaria”, 15; Miranda Franco y Casta Vélez, “La erradicación”, 146.

²⁰⁸ Vale recordar que en el 1919 el Departamento de Sanidad solicitó, a través del Gobernador de Puerto Rico, la asistencia de la RF para que “al igual que otros países, auxiliaran a Puerto Rico en la campaña” para evitar el “acrecentamiento” y procurar la “extinción” de las tres enfermedades principales (tuberculosis, uncinariasis y paludismo). En términos financieros la RF acordó cubrir el 75% de los gastos y el gobierno 25% (al parecer la cantidad de 30,000 asignada del Departamento de Sanidad resultaba insuficiente). Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 10, 28, 30

²⁰⁹ En el 1919 se llevó a cabo un censo por Grant y la IHB respecto a la incidencia de uncinariasis o *hookworm*, encontrando que el parásito de la malaria estaba presente en un 30.5% de la población en las costas. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 6; Walter C. Earle, “Malaria Surveys in Porto Rico”, *PRHR* 1, n°4 (1925): 12-18, 14

²¹⁰ Durante el este periodo Departamento estableció dispensarios en las poblaciones de Barceloneta, Guánica, Salinas y Guayama. De 1919 a 1920, en los distintos dispensarios se atendieron 615 personas en Barceloneta, 521 en Guánica, 762 en Guayama y 365 en Salinas, Soler, *Informe. 1920*, 6.

²¹¹ En los primeros pasos de la “campaña” (si nos permitimos llamarla así) se realizó la petrolización de los criaderos, “eliminándolos por el saneamiento completo de los terrenos”. En el 1922 Lippit, el entonces Comisionado de Sanidad, señalaba que el trabajo de exterminación del mosquito había sido suspendido por el momento y se recurría al tratamiento de pacientes en hospitales. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 29; Lippit, *Report. 1922*, 319.

en realidad aún no vemos una planificación e intervención sistemática hasta después del periodo de 1921-1923.

En el caso de la malaria, se puede suponer que el interés por intervenir en centrales azucareras como Aguirre era más económico que sanitario: iba en provecho de incentivar una mayor migración hacia las costas y aumentar la productibilidad. Hasta cierto punto, la intervención de RF fue bienvenida ante las continuas frustraciones de los Comisionados de Sanidad y los médicos que apuntaban a la falta de recursos y financiamiento para llevar a cabo campañas, regulaciones y mejoras sanitarias. Por ejemplo, en Barceloneta, pese a que se habían establecido unos hospitales y dispensarios en el 1917 y 1918²¹², el mayor avance se dio a partir de la intervención de la RF en el 1919, y más específicamente a partir del 1921²¹³. Ante la falta de fondos y recursos, el incentivo para higienizar/sanear estaba motivado por la promesa de aumentar la producción económica. No era casualidad que las áreas elegidas por la campaña estaban ligadas a grandes azucareras²¹⁴, que podían ser convencidas de cooperar en nombre de beneficio financiero, que en este caso se traducía a aumentar la eficacia de los trabajadores.

A partir de la década de los veinte del siglo XX se hicieron estudios en la Hacienda Aguirre²¹⁵,

²¹² Por ejemplo, en el 1917, la Oficina del Ingeniero Sanitario había preparado un proyecto “para sanear” a Barceloneta, pero los recursos y fondos no estaban disponibles. No fue hasta la intervención de la RF y de la Central de Aguirre, bajo la dirección técnica del ingeniero sanitario W.H. Green, que se inició propiamente una intervención sistemática. Ver Ramírez de Arellano, “Historia de la Ingeniería”, 312.

²¹³ En el 1919 Ruiz Soler alude a una campaña antimalárica, en el dispensario de Guánica, en donde en un mes (junio) se atendieron 90 casos. Ver Ruiz Soler, *Report, 1919*, 143; la alusión al 1921 está en Torregrosa, “Malaria”, 372.

²¹⁴ En el 1923, El Comisionado de Sanidad (Pedro Ortiz) comenta que el problema está aún en pañales — “in its infancy” — y que parte del problema se debe a la mayor atención al control del mosquito en áreas y distritos en donde no frecuentaba la malaria, en parte porque para ello se requería más dinero. Aunque Ortiz no sea explícito el problema radicaba en que la selección se daba principalmente en función de favorecer las centrales azucareras. Eso no quiere decir que dichas áreas no fuesen “zonas palúdicas”, pero no eran necesariamente las más infestadas (como, por ejemplo, Aibonito y Fajardo). Las “zonas palúdicas” eran variadas, y si nos dejamos ir por Gómez Brioso son: 1) en el norte, desde Arecibo hasta Barceloneta y Manatí; 2) en el sur de Cabo Rojo hasta Maunabo, pasando por Lajas, Yauco, Guayanilla, Ponce, Coamo, Guayama, Patillas y Maunabo; 3) en el oeste de Aguadilla a Cabo Rojo, pasando por Aguada, Añasco, Mayagüez y Rincón. Ver Ortiz, *Report. 1923*, 270; Gómez Brioso, “Salubridad”, 332.

²¹⁵ Durante los años 1920 al 1923 se desarrollaron estudios en la Hacienda Aguirre, y en las áreas de Salinas y Guayama, por parte de H.W. Greene, de la IHB, encontrando una fluctuación, de acuerdo con la temporada, que iba de 30% a 50% de infectados de malaria. La lógica era primero estudiar el área para entonces intervenir y ofrecer los tratamientos adecuados. Por ejemplo, Ruiz Soler informaba que en el 1920 Green estaba llevando a cabo estudios en

los cuales llevaron al primer intento de tratar y controlar la malaria, de forma sistemática, del 1921 al 1923 en la central Aguirre²¹⁶. En esta primera etapa se empiezan también a delimitar y calcular los planes para elegir los lugares en donde se iban a llevar a cabo los censos e intervenciones de la campaña, cada lugar fue seleccionado por ser distintivos (Barcelona, Fajardo, Ponce y Aibonito) en términos de prácticas de irrigación, clima y severidad de la malaria²¹⁷. Se pudiese decir que del 1923 al 1926 inicia oficialmente la campaña contra la malaria en Barceloneta, expandiéndose a Fajardo, Salinas, Yauco, Santa Isabel y Luquillo²¹⁸.

La costo-eficacia del medicamento había justificado, hasta inicios de la década de los veinte, su uso casi exclusivo, en vez que optar por intervenciones y cambios al medio ambiente; en el caso de la malaria, se trataba de las labores de dragado y exterminio del mosquito²¹⁹. Este enfoque no solo va a cambiar a partir de las campañas financiadas por la RF, sino que también en el 1925 se fundó el Negociado de Control de Malaria (*Bureau of Malaria Control*) y se proclamaba que la

la zona de Salina, cerca de la Central Aguirre, “para proceder luego a sanearlos”. Ver Earle, “Malaria”, 14; Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 29-30.

²¹⁶ Earle, “Malaria”, 15.

²¹⁷ Los criterios de selección se amparaban en que tales lugares eran “representativos” de ciertas condiciones geográficas, pero a la vez eran distintivos: 1) Barceloneta como típico de la costa norte en donde la irrigación no era practicada, los pantanos son abundantes y la población dispersa; 2) Fajardo como representante del área noreste, con terrenos más elevados, irrigación y lluvias presentes, con una población concentrada; 3) Ponce, representando el área sur y seco, con una población urbana alta, con irrigación presente como práctica y pantanos abundantes; 4) Aibonito, un lugar rural, en donde el agua es abundante y no se tienden a reportar muchos casos de malaria. Ver Earle, “Malaria”, 15; Walter C. Earle, H.A. Johnson y Eduardo Garrido Morales, “Studies of the malaria problem in Porto Rico”, *PRHR* I, n°12 (1926): 3-7, 3

²¹⁸ En el 1925 se inician las labores de control en Fajardo, tomando en consideración los efectos de irrigación utilizados por la *Fajardo Sugar Company* y en búsqueda de aumentar la eficacia de los trabajadores. Durante el 1926 extendieron sus operaciones a Salinas, Yauco, Guayama, Santa Isabel y Luquillo. Ver Department of Health of Porto Rico, “Malaria in Porto Rico”, *PRHR* I, n°5 (1925): 31-33, 31; Bureau of Malaria Control, “Report of Bureau of Malaria Control. 1926-1927”, *PRRPHTM* III, n°6 (1926): 240-46, 240, 243; Bureau of Malaria Control, “Report of the Bureau of Malaria Control. 1926-1927”, *PRRPHTM* III, n°7 (1928): 279-86, 279.

²¹⁹ Desde antes de las campañas se aludía el uso de quinina como una solución costo efectiva, dado su “costo ínfimo”. Algunos señalaban, como Torregrosa en el 1923, que dicho remedio resultaba más costo-efectivo que los procesos requeridos para el dragado y drenaje de los terrenos y la exterminación del mosquito. Según Torregrosa, estas medidas no serían factibles como solución dado que requerían “necesariamente mantener una inspección capacitada y una vigilancia continua para garantizar el éxito satisfactorio de tal campaña de exterminio, y eso sólo ya representaría grandes desembolsos anuales y por tiempo indeterminado, a los que actualmente no puede subvenirse”. En ese sentido, dado que no era costo-efectivo, y por ende “factible”, se aspiraba al “exterminio del parásito por medidas de tan poco costo” como la quinina. Ver Torregrosa, “Malaria”, 372, 374.

exterminación del mosquito era de suma importancia sanitaria y económica. Para ello se requería controlar y tener la cooperación de los infectados que seguían siendo portadores al no ser curados, educándolos y enseñándoles cómo administrarse sus medicamentos. Similarmente a las campañas de anemia, se apuntaba al valor educativo de esas pequeñas “conferencias” respecto a higiene y sobre cómo tomarse los medicamentos. En este caso particular también se educaba respecto a cómo localizar los lugares de reproducción del mosquito y evitar que basura o vegetación obstruyeran el fluir del agua para evitar su estancamiento, lo cual favorecía a la reproducción del mosquito²²⁰. Aquí podemos notar un ordenamiento similar al del proceso de los dispensarios de anemia, en el que se requiere no solo la identificación clínica de síntomas, sino una inspección y un análisis microscópico de sustancias provenientes del paciente, seguido por un proceso de identificación y selección de un régimen de tratamiento alopático (en este caso, cápsulas de quinina)²²¹.

Sin embargo, dichas intervenciones resultaban limitadas, en particular cuando se asumía que la regulación higiénica dependía exclusivamente de la voluntad de los pacientes y afectados. En el 1930 el Comisionado de Sanidad (Ortiz) señalaba que la malaria era primero un problema de ingeniería y solo en segundo lugar uno de desarrollo agrícola, ambos vinculados al aspecto económico-comercial. Ortiz también cuestionaba si era factible obligar a los dueños de las centrales deshacerse del mosquito (tipo anopheles)²²². Esto también sucedió en el caso de la campaña de Ashford, en que la cooperación con los hacendados resultaba limitada y motivada a los efectos inmediatos de una ganancia en productibilidad (reduciendo, por ejemplo, el absentismo debido a enfermedad). Paulatinamente en este caso, algo similar al de la intervención de la RF

²²⁰ Dep. Health, “Malaria”, 32-33.

²²¹ Aquellos identificados como infectados eran entonces sometidos a análisis de sangre y el tratamiento de predilección (un régimen de cápsulas de quinina). Para detalles del proceso de identificación, análisis y planificación del régimen farmacológico ver Bureau of Malaria Control, “Report of the Bureau of Malaria Control”, *PRHR* II, n°6 (1926): 19-24, 21-22.

²²² Pedro N. Ortiz, “Underlying principles of public health administration”, *PRHPHTM* 5, n°4 (1930): 433-37.

con la anemia, las soluciones más eficaces a largo plazo requerían invertir en obras que transformen las estructuras y recursos sanitario, en este caso los drenajes, para inclusive recuperar terrenos baldíos²²³. Por esa razón, no veremos cambios notables en la mortalidad hasta la década de los treinta y cuarenta, cuando tales inversiones y cambios estructurales son debidamente implementados.

Mientras va cerrando la década de los veinte, tenemos que las tres campañas mencionadas (anemia, tuberculosis y malaria), han recibido fondos, recursos e intervenciones de la RF. Una cuarta campaña, que, si bien no tuvo la misma visibilidad ni oficialidad que las anteriores, también recibió asistencia de la RF fue para disminuir la mortalidad infantil.

6. La mortalidad infantil

Durante la segunda del siglo XX, notamos una tendencia curiosa: se acentúa cada vez más, en un lenguaje eugenésico, el problema conjunto de disminuir la mortalidad infantil y “preservar la prole”²²⁴ para así evitar los supuestos peligros de la degeneración y la ignorancia de las madres (en particular las obreras) en asuntos de higiene, en particular, los dictámenes de la puericultura²²⁵. Tenemos a su vez los primeros estudios sistemáticos, científicos y epidemiológicos centrados en

²²³ Para finales de la década (1928), la RF va a conceder una beca al ingeniero Luis D. Palacios para que estudiase el problema de irrigación y drenajes en la Universidad de Cornell. Como veremos en el próximo capítulo, durante la década de los treinta, se iniciarán obras de drenaje en Salinas las cuales irán mostrando algunas mejoras leves (sin embargo entre los daños de los huracanes de San Felipe en el 1928 y San Ciprián en el 1932, y, entre otros acontecimientos, la depresión económica, el proceso fue lento y errático). Ver Miranda Franco y Casta Vélez, “La erradicación”, 147.

²²⁴ Ejemplo de ello podemos verlo en el 1913, cuando Valle Atilas promulgaba la importancia de dirigir al pueblo a preservar y regenerar la prole, acentuando que el aumento de la degeneración —el aumento de locos y débiles mentales— y de la mortalidad infantil eran coetáneos, cuando no causa y efecto. Ver Francisco del Valle Atilas, “La contribución del higienista al futuro de Puerto Rico”, *Conferencias Dominicales dadas en la Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde Octubre 12, 1913 hasta Abril 19, 1914* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1914), 228-237, 235.

²²⁵ En un tono similar, en el 1914, Quevedo Báez declaraba “importa disminuir la mortalidad infantil”, y con ello insistía en la pertinencia de implementar las directrices de programas de puericultura, mejorar la calidad de la leche y de las madres, en particular las obreras, que abandonaban a sus hijos en favor del trabajo. Manuel Quevedo Báez, “La protección a la infancia en la lucha antituberculosa”, *BAMPR* X, n°97 (1914): 5-8, 7; Manuel Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis infantiles son de origen exógeno ó endógeno”, *BAMPR* XII, n°115 (1917): 51-60, 53

la natalidad y la mortalidad infantil, en donde se destacaban los trabajos de José Belaval y Antonio Fernós Isern.

En 1917 Belaval señalaba que en el 1916 de 9948 menores muertos (una cifra de 171.4 por cada mil²²⁶), la mayoría habían sido por enteritis (3,454), bronquitis y neumonías (1,517), debilidad congénita (1,138), raquitismo (822) y tétano neonatorum (726)²²⁷. Esta tendencia no cambiara mucho hasta la década de los treinta²²⁸. Las causas dadas por Belaval no serán muy distintos a las ya conocidas (por ejemplo, las dadas por Stahl y Zeno Gandía para finales del siglo XIX), y a las que se repetirán posteriormente. Si tuviésemos que resumir el asunto, se reducía al problema de la pobreza, de la ignorancia de los pobres (en particular las madres en asuntos de puericultura), la mala nutrición, la lactancia artificial y, por consecuente la presencia de “intrusos” y “charlatanes” (parteras y curanderos), y a los problemas en torno a la infraestructura y recursos sanitarios²²⁹. En 1923, Gómez Brioso no ofrecerá una explicación muy lejana de las de Belaval, acentuando los “defectos de la puericultura” o de su desconocimiento para “guiar el crecimiento, el desarrollo y mantener el índice de resistencia en los pequeñuelos que dependen del cuidado de padres y tutores”. Como ejemplo de ello, mencionará como las infecciones de tuberculosis se daban por el “exacerbado cariño de la madre puertorriqueña que establece promiscuidad peligrosa para los infantes”, de contactos que “acarrear la contaminación y desarrollo ulterior del mal”²³⁰.

²²⁶ Gómez Brioso, “Salubridad”, 330.

²²⁷ José S. Belaval, “Ojeada sobre las causas de la mortalidad infantil en Puerto Rico”, *BAMPR* XIII, n°114 (1917):7-13, 8.

²²⁸ La excepción es la cifra alta de raquitismo debido a problemas y malentendidos en la clasificación. Esto lo retomaremos más adelante.

²²⁹ Las causas específicas dadas por Belaval son: 1) la pobreza o “indigencia en que viven las clases proletarias” que causa el “empobrecimiento del organismo materno”, muchas veces abandonado hasta por sus hombres; 2) la ignorancia materna o, en particular, la “ignorancia materna en la puericultura”, dado que las madres “no pueden cuidar inteligentemente a sus hijos”; 3) consecuente con lo anterior, el uso de lactancia artificial y las exigencias sociales de “nuestra vida moderna” que hace que las energías y fuerzas vayan a otras direcciones; 4) la “deficiente atención medica” del niño por la beneficencia municipal, que llevaba a “intrusos” e “ignorantes” que causaban el tétano evitable; y 5) la “falta de caridad social organizada”, cuando no la falta de un Hospital de Niños. Ver Belaval, “Ojeada”, 7-9, 11-13.

²³⁰ Gómez Brioso, “Salubridad”, 328, 330.

Ya esto había sido señalado, de forma menos explícita, por el Comisionado de Sanidad en el 1919²³¹, y con ello apuntaba a que tales problemas afectaban la salud y “aptitud biológica” de una gente/población era más esencial para la estabilidad que el progreso político y económico²³².

En los próximos años (1920-1922) el Comisionado de Sanidad señalará que la mortalidad era mayor en Puerto Rico que en Estados Unidos²³³ y, todavía más, en los lugares pobres (y nuevamente, se destacaba a Puerta de Tierra²³⁴). Para principios de la década de los veinte del siglo XX se organizó un servicio de inspecciones y enfermeras visitadoras (o *nurse* sanitaria²³⁵) que, entre sus roles, estaba orientar/“educar” a las madres²³⁶. Aquí ya podemos ver cómo se iban regulando una serie de servicios a modo de inspecciones, visitas y vigilancias que provenían no solo del gobierno sino de iniciativas privadas (vale recordar que en ese mismo año se funda el

²³¹ En el 1919 Ruiz Soler señalaba que, si bien hubo una leve disminución en la mortalidad infantil, del 1917 al 1919, esta seguía siendo muy alta y reflejaba la poca atención dada a la higiene infantil, al cuidado de la madre y a los efectos de la tuberculosis y la sífilis en madre e infante. Ver Soler *Report, 1919*, 133-34, 136.

²³² Según Ruiz Soler: “A great majority of modern sociologists maintain that the health and biological aptitude of a people are even more essential to the stability of a country than scientific political and economic progress”. Entre tales problemas de aptitud estaba la lactancia artificial en las clases pobres, la cual explicaba, junto a la alimentación impropia y escasa y la adulteración de la leche, los altos índices de raquitismo y enteritis. Ruiz Soler, *Report, 1919*, 134, 136.

²³³ En el 1922, Lippit declaraba “*It is recognized by all public health authorities that the mortality in Porto Rico is greater than in the United States*”, siendo la causa principal la mortalidad infantil. Ver Lippit, *Report, 1922*, 321.

²³⁴ En el próximo año (del 1919-1920) Ruiz Soler señalaba que Puerta de Tierra era el lugar con el índice de mortalidad infantil más alto (casi un 53.63% de su mortalidad general) que en San Juan (25.47%), lo que reflejaba, según Ruiz Soler, como el “medio”, en este caso el grado de pobreza y hacinamiento, influye en aumentar la mortalidad infantil. Ver Ruiz Soler, *Informe, 1920*, 21.

²³⁵ En 1923 Gómez Brioso resaltaba la “labor educativa”, en particular de la “Nurse Sanitaria” cuya “misión principal es ponerse en contacto con la madre” para “aconsejarle e instruirla” en la mejor forma de “tratar a sus pequeñuelos”. Las *Nurse* Sanitarias operaban en San Juan, Ponce, Mayagüez, Aguadilla, Arecibo, Guayama, Humacao, Utuado, Yauco, Adjuntas y Coamo, a través de la asistencia de la Cruz Roja y el Bureau de la Infancia del Departamento del Trabajo de Washington. Aún si no sea mencionado por Gómez Brioso, es factible asumir que tales *nurses* operaban también a través del Negociado de Puericultura y Medicina Social y el emergente Servicio de Sanidad Pública (*Public Health Service*) y Bienestar Social (*Social Welfare*). Ver Gómez Brioso, “Salubridad”, 338.

²³⁶ En el 1921 la Cruz Roja Americana (*American Red Cross*) envió una enfermera entrenada en trabajo prenatal y asistencia de menores (*child welfare*) a San Juan, la cual organizó a las enfermeras para que visitasen a domicilio, pagadas por el Departamento. Dicho trabajo inició en Puerta de Tierra, y se consideraba más importante que el de los inspectores sanitarios dado que en el periodo de seis meses hubo una reducción considerable en mortalidad infantil (57 en vez de 98 al compararlo con el año anterior). A tono con esto se le encargó a Gómez Brioso, entonces Jefe de la División/Negociado de Enfermedades Transmisibles, estudiar los métodos de organización de este tipo de trabajo en las ciudades más grandes de E.U. Ver Lippit, *Report, 1922*, 321-22.

Negociado de Higiene Infantil²³⁷).

A partir de mediados de la década de los veinte, Antonio Fernós Isern (una figura central, posteriormente tanto a nivel político como sanitario²³⁸) y José Rodríguez Pastor formarán parte de un intento panamericano para reducir la mortalidad infantil y “regenerar” la sociedad y curas ciertos “males sociales” (estrategias similares pueden encontrarse, durante la década de los treinta en México), lo cual requirió reorganizar mejor la recogida y análisis de los datos de mortalidad e implementar “estaciones de leche”, similar al programa francés “Gota de Leche” (*Goutte de Lait*)²³⁹, sugerido ya por otros médicos²⁴⁰. En el 1925 Fernós Isern declaraba que la mayoría de los muertos, basándose en estadísticas más confiables para el transcurso del 1923 al 1924, eran por diarrea y enteritis (2,097), debilidad congénita (1,082), bronquitis aguda (547), tétano (503) y raquitismo (449)²⁴¹. Sus conclusiones tampoco difieren mucho de las de Belaval y Gómez Brioso, destacando el problema de: 1) la calidad de la leche, pero esta vez apuntando al déficit vitamínico²⁴² o el uso de leche artificial) como causa de las diarreas y enteritis; 2) factores hereditarios asociados a la sífilis, cuando no de degeneración racial (*racial degeneration*) y debilitamiento por uncinariasis y tuberculosis como causas de la debilidad congénita; 3) la

²³⁷ Lavandero, “Puericultura”, 340.

²³⁸ Ya en el próximo capítulo esto podrá verse más, pero vale señalar que Fernós Isern será Comisionado de Sanidad durante la década de los cuarenta y una de las figuras clave en la conformación del Estado Libre Asociado, junto a Muñoz Marín.

²³⁹ González, “Nurturing”, 180, 182-83, 185.

²⁴⁰ Pese a que ya dichas iniciativas eran mencionadas desde hace un tiempo (por ejemplo, por Quevedo Báez en el 1914), dicho asunto no logró consolidarse en realidad hasta el 1929. Ver Quevedo Báez, “La protección”, 7; González, “Nurturing”, 180.

²⁴¹ Antonio Fernós Isern, “Infant mortality in Porto Rico”, *PRHR* I, n°1 (1925): 3-8, 5.

²⁴² En este caso dicha leche carecía de vitaminas A y C, en particular cuando, por necesidad y falta de refrigeración se tenía que hervir. Vale aclarar que el término “vitamina” es acuñado por el bioquímico polaco Kazimierz o Casimir Funk en el 1913. Durante este periodo, y de forma creciente, vamos a encontrar más análisis químicos y estudios clínicos que enfocan el problema de la dieta (por ejemplo, el consumo de arroz y habichuelas) a partir del consumo de unas vitaminas particulares. Aunque no son abundantes, sí encontramos a finales de la década del veinte una cantidad de títulos, usualmente de D.H. Cook y Conrado Asenjo, en la revista de Medicina Tropical (en particular la *PRJPHTM*), dedicados al análisis y consumo de vitaminas. Dichos análisis apuntaban a que el contenido vitamínico de la dieta basada en viandas, arroz y habichuela era deficiente y se requería más aceites y carnes para aumentar la cantidad de proteínas, vitamina A y D. Ver Fernós, *Gonzalo Fernós*, 198-205

ignorancia de las comadronas que causaban el tétano, pese a los esfuerzos para que los dispensarios proveyeran a las madres paquetes profilácticos para evitar dicha infección; 4) confundir como raquitismo, el cual no es usualmente mortal, manifestaciones de malaria, tuberculosis o sífilis, acentuando una vez más los peligros hereditarios²⁴³. Las causas, según Fernós Isern, podían resumirse en “ilegitimidad” (con ello se refería a la convivencia sin matrimonio), negligencia, prostitución, viviendas no higiénicas e incluso la paralización de la industria²⁴⁴.

En el 1928 Fernós Isern elabora un análisis más extenso y preciso, calculado que del 1922 al 1927 hubo un total de 39,376 muertes infantiles, con un promedio de 147 por cada 1,000 nacimientos, del cual cerca de una tercera parte (12,313) murieron de diarrea y enteritis, un 18% (7,216) murieron de bronquitis y neumonía, 17% (6,915) de debilidad congénita, 6% (2,543) de tétano y 3% (1,246) de malaria ²⁴⁵. A tono con la época, Fernós Isern apunta al “fenómeno biológico” de “sobre-población” —“*the biological phenomenon of over-population*”—, y aunque no ofrece medidas de reducción poblacional, sí arguye por la necesidad de medidas educativas para mejorar dicho problema y regular la higiene, en particular el cuidado de las madres a través del Negociado de Bienestar Social²⁴⁶. Lo socioeconómico se apunta, pero las soluciones siguen siendo educativas y de responsabilidad sanitaria e individual.

En el 1930 Fernós Isern y Rodríguez Pastor abarcaron de forma aún más detallada el tema, definiéndolo como un “problema social” (*social problem*), y un “fenómeno biológico” (*biological phenomenon*) que había motivado mucha investigación, a nivel internacional, en los últimos veinte años²⁴⁷. Aquí hay que recalcar que el uso del significante “social”, y su vinculación con la noción

²⁴³ Fernós Isern, “Infant Mortality”, 5-9

²⁴⁴ Fernós Isern, “Infant Mortality”, 9.

²⁴⁵ También pareciera que el peor mes era julio, cuando más aumentan las muertes por enfermedades respiratorias. Antonio Fernós Isern, “Infantile Morbidity and Mortality in Porto Rico”, *PRRPHTM* 3, n°11 (1928): 461-67, 461-63.

²⁴⁶ Fernós Isern, “Infantile Morbidity”, 465-67.

²⁴⁷ Antonio Fernós Isern y José Rodríguez Pastor, “A survey of infant mortality in Porto Rico”, *PRJPHTM* VI, n°02 (1930): 3-45, 3, 5.

de “fenómeno biológico”, no es fortuito, y va muy a tono con el ya aludido proceso de medicalización y biologización de la vida cotidiana, en donde encontrábamos la presencia de discursos eugenistas y maltusianos. Los galenos buscaban ofrecer aquí un estudio más pormenorizado y que trazaba comparaciones y correlaciones estadísticas más detalladas que los estudios anteriores, delimitando las razones para las causas específicas de mortalidad infantil. Dicha tendencia, de estudios estadísticos más detallados, también reflejaba una rearticulación de la relación de lo social con lo biológico, al punto de en ocasiones biologizar lo social.

Los autores repiten las mismas causas mencionadas en estudios anteriores²⁴⁸, resaltando que el índice de mortalidad en Puerto Rico era mayor al de Estados Unidos y otros países “civilizados”²⁴⁹. Los autores estipulaban que la mortalidad infantil era más alta en los trópicos, y más alta en: 1) la raza negra que en la blanca (205 y 172, respectivamente, por cada mil nacidos); 2) en las costas y los centros urbanos que en los pueblos del interior de la isla²⁵⁰; 3) en los niños que en las niñas (191 y 168, respectivamente, por cada mil habitantes), y; 4) en los hijos ilegítimos que en los legítimos (246 por cada mil nacidos ilícitamente y 122 por cada mil nacidos lícitamente)²⁵¹. Los autores acentuaban que la proporción de natalidad no había sido menor de 30 por cada 1,000 personas, y llegó hasta 42 por cada 1,000 personas en el 1919, mientras que la de mortalidad infantil del 1910 al 1928 había sido alta, más alta, en términos generales, entre 1917 al

²⁴⁸ Las causas generales que identificaban eran las condiciones económicas, la alimentación y el conocimiento y organización sanitario, destacándose nuevamente la ignorancia de los padres (en particular las madres) y, en menor medida, pero sin dejar de ser relevante, la avitaminosis (muchas veces confundidas por raquitismo), que era/es la forma científica para apuntar al déficit alimentario. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 14, 42-3.

²⁴⁹ Los cálculos de mortalidad infantil en Puerto Rico parecían altos cuando se comparaban con Estados Unidos (64 por cada 1,000 nacimientos), Nueva Zelanda (por debajo de 40 por cada 1,000 nacimientos) y otros países como Canadá, Suiza, Inglaterra y Noruega (que no llegaban a 80 por cada 1,000 nacimientos). Las cifras de la Isla se encontraban más cercanos a países como Chile, España y Japón (con proporciones, respectivamente de 283, 148.2, 163.4 por cada 1,000 nacimientos). Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 7,10.

²⁵⁰ Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 11.

²⁵¹ Vale notar aquí la tendencia que prevalece, aún si no es numéricamente por mucho (y resulta aún cuestionable la confiabilidad de los datos) y la imagen que presenta: mueren más los niños negros ilegítimos. Claro, dicha posibilidad y lo que implica no es discutida por los autores. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 5, 15-16, 19, 44.

1927 promediando 148 en los últimos cinco años (1924-1928)²⁵².

Aunque los galenos reconocían que parte del problema se debía a factores socioeconómicos, su narrativa se enfoca más en el problema de reproducción y su “presión” o “densidad” (familias “grandes” y matrimonios tempranos²⁵³) en la población general, entiéndase un problema “demográfico” pero articulado en un lenguaje en donde confluye, de forma muy selectiva, lo biológico y lo económico. Los autores trazan varias correlaciones que consideraban significativas, y a tono con estudios hechos en Estados Unidos e Inglaterra, entre la cantidad de cuartos, el salario de los padres y el coeficiente de mortalidad para demostrar como los bajos salarios y el hacinamiento llevaban a más muertes infantiles²⁵⁴. Dicho análisis, independiente de sus intenciones, más que “descubrir” nuevas correlaciones apuntaba a lo que ya se sabía desde finales del siglo XIX respecto al vínculo entre pobreza, raza y enfermedad. En ese sentido, dicho análisis correspondía bien con las preocupaciones y señalamientos de los eugenistas y neomaltusianos que exigían reformas para regular mejor los modos de reproducción entre las poblaciones pobres (asunto que veremos ya en otras secciones).

Las enfermedades identificadas como causa de la mortalidad infantil son casi idénticas a las encontradas en los estudios anteriores: en primer lugar, estaban las enfermedades gastrointestinales (que conformaban entre un 30 a un 49% de las muertes), seguido por las llamadas “enfermedades de infancia temprana” (como la “debilidad congénita”), las enfermedades pulmonares y, en menor medida, las epidémicas (que constituían casi una quinta parte de las muertes)²⁵⁵. Lo llamativo es

²⁵² Del 1917 al 1926 tenemos proporciones, respectivamente de 199, 173, 142, 145, 162, 152, 143, 123, 148, 150, 167 por cada 1,000 nacimientos. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 5-8.

²⁵³ Las familias eran definidas como grandes (un promedio de 5.2 hijos), lo cual reflejaba un ritmo de reproducción más acelerado que el de Estados Unidos, de matrimonios tempranos que no tendían a tener los medios para la crianza y una “gran densidad poblacional” o “presión poblacional”—“problem of population; of population pressure”—. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 5-6, 44.

²⁵⁴ Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 11, 14.

²⁵⁵ Las enfermedades más significativas, según las tendencias en los últimos cinco años (1923-28) eran: 1) las enfermedades gastrointestinales, conformando 49% del total en los últimos cinco años y 30% en el último año (1927-

notar cómo muchas de las causas de las enfermedades gastrointestinales fueron selectivamente interpretadas por el discurso médico como “sociales” (o como “condiciones sociales”) y asociadas a problemas de educación, ignorancia e irresponsabilidad de las madres (en particular, las obreras) que llevaban a mala alimentación e higiene²⁵⁶. Las otras causas mencionadas, y de forma parcial, eran los problemas “ambientales” asociados al clima tropical²⁵⁷, el alto costo de la leche y el porcentaje de adulteración de la leche (a su vez hervir la leche, si bien era recomendable también le quitaba algunas vitaminas) y las enfermedades infecciosas (como el sarampión, la tos ferina y la sífilis congénita) que llevaban a consecuencias gastrointestinales²⁵⁸. Las demás enfermedades no dejaban de ser, de un modo u otro, consecuencia de una prole debilitada o mal alimentada o, en algunos casos los galenos aludían a cómo ciertas enfermedades podían, vía la herencia biológica, provocar “debilidad congénita” o “marasmo”, como eran la tuberculosis, la sífilis y la anemia²⁵⁹.

28), en donde se destacaba la gastroenteritis que causó 2,645 muertes en el último año (94% de las muertes en esta categoría); 2) las “enfermedades de infancia temprana”, conformando el 31% del total en los últimos cinco años y el 21% del 1927-28 (1,623 muertes), siendo la mayoría de debilidad congénita (un 86% de este total); 3) enfermedades respiratorias, 28% del total en los últimos cinco años y el 19% del 1927-28 (1,428 muertes), en particular en los meses lluviosos (noviembre, diciembre, enero, marzo y mayo) y en donde se destacaba la neumonía bronquial (formaba el 40% del total del 1927-28); 4) las enfermedades endémicas y epidémicas, 21% del total en los últimos cinco años y 16% del 1927-28, en particular la malaria en la costa y el tétano. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 22-23, 30, 35-37, 45.

²⁵⁶ Esto puede notarse mayormente cuando Fernós Isern y Rodríguez Pastor discuten, con mayor detalle, algunas de las causas de las enfermedades gastrointestinales: 1) un régimen inadecuado y de naturaleza deficiente (*deficient nature*) de alimentación, siendo los niños alimentados a cualquier hora, cada vez que hubiese llanto o erráticamente dado que la madre estaba trabajando en alguna factoría y quehacer agrícola —un señalamiento similar había sido hecho, contraponiendo a la mujer obrera a la “verdadera madre” por Quevedo Báez en el 1917—; 2) negligencias higiénicas como el reusar chupetes sucios que habían estado en el piso sin lavarlos, usar botellas sucias para alimentar al niño, y sobre todo el alimentar artificialmente; 3) las condiciones sociales (*social conditions*) como la ignorancia y superstición de los padres respecto a higiene, ilegitimidad y hacinamiento. Vale notar lo que aquí cualifica como un “problema social” y como tal apuntaba casi a un problema educación y responsabilidad personal entre las clases pobres. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 14-15, 24-25, 44; Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 52, 54.

²⁵⁷ Entre las causas mencionadas estaban las altas temperaturas del trópico, que en la Isla tenía la invariabilidad de ser un verano eterno—“*our eternal tropical summer*”. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 28, 45.

²⁵⁸ Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 26-27, 44.

²⁵⁹ La herencia se identifica como una de las causas para las “enfermedades de infancia temprana”, en particular la “debilidad congénita”, las “enfermedades congénitas” o que afectaban suficientemente a los padres como la uncinariasis, la sífilis (se estimaba en 10% pero los autores consideraban que debía ser más alta y posiblemente causaba el marasmo observado por varios médicos), la tuberculosis y la malaria. Ver Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A

A su vez, vale la pena notar cómo el clima tropical era selectivamente visto como razón para el buen estado sanitario, y en otras para explicar su empeoramiento o necesidad de reformarlo (esto puede verse, por ejemplo, en Valle Atilés²⁶⁰). En el caso de Fernós Isern puede verse el ideal cosmopolita y de eugenistas latinos de que la Higiene podía transformar un país “tropical” en uno habitable y civilizado para la raza blanca²⁶¹. En otras palabras, para que ese imperativo de la perpetuación de las especies pudiese darse —imperativo que, como era común en la época, estaba presente también en Fernós Isern y Rodríguez Pastor²⁶²— había que incentivar aquellos cambios que pudiesen ir en contra de las presentes limitaciones biológicas y esto puede verse más en los eugenistas latinos que apostaban a que la “aclimatación” era posible. A través de ese crisol, vale leer las soluciones “eugenistas” y “maltusianas” —aún si no lo expliciten de dicha forma²⁶³— sugeridas por ambos galenos: 1) más clínicas maternas o de puericultura; 2) más hospitales de maternidad y para niños; 3) más cuidados y *day nurseries* anejos a factorías para las madres trabajadoras; 4) el uso de programas como “las gotas de leche”; 5) más campañas educativas para madres y niños en la escuela y organizaciones como la *Little Mothers league*²⁶⁴; 6) mayor

survey, 30, 32-35, 45.

²⁶⁰ Ya en el 1903 Valle Atilés advertía: “Un país tropical necesita rendir mayor culto á la higiene que los climas más favorecidos”. Una década más tarde retomará esto, resaltando como la higiene podía ayudar a mejorar ambientes insalubres (como los trópicos), y a tono con lo que ya proponía a finales del siglo XIX, señalaba además que el “perpetuo calor de los trópicos” causaba “enervación” en el organismo. Sin embargo, tenemos otros autores que a partir de la década de los veinte buscaban señalar, como Gómez Brioso, que el país tropical, por su condición climatológica era un país “generalmente sano”. Ver Valle Atilés, “El Mosquito”, 99; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 68; Gómez Brioso, “Salubridad” 328.

²⁶¹ Este aspecto lo retomaremos más adelante en otra sección, pero vale la pena hacer algunas aclaraciones breves. Fernós Isern coincidía con un médico (un tal R.M. Cilento) respecto a los malentendidos respecto al concepto de “tropical”, y en particular cómo la civilización puede ir por encima del clima (como proponían los cosmopolitas de principios del siglo XIX): “Civilized man may live in almost any climate; he makes his own ‘climate’ to suit himself”. Según Fernós Isern esto quería decir que Puerto Rico era en realidad “habitable” para el hombre blanco dado al alto grado de civilización que había logrado. Ver Antonio Fernós Isern, “The White—and The Tropics”, *PRHR* II, n°2(1926): 6-7, 7.

²⁶² En un tono muy común para la época, los galenos dicen “The perpetuation of the species is the fulfilment of the law of Nature”. Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 3.

²⁶³ Ya veremos más adelante autores más explícitos, siendo Valle Atilés el más visibles de los defensores del eugenismo, pero también veremos que otros médicos también utilizaban un lenguaje eugenésico (como Quevedo Báez) que corresponde bien con las observaciones y semántica utilizada por Fernós Isern.

²⁶⁴ Respecto a la ignorancia y el rol de la educación los autores comentan: “the ignorance of our masses as to infant

supervisión de las comadronas; 7) las distribución de material profilácticos y para tratar el cordón umbilical higiénicamente (evitando el tétano)²⁶⁵.

Para entender mejor como estas sugerencias forman parte de una particular semántica eugenésica y biologizante del discurso médico —presente no solo en Puerto Rico sino en diversos países europeos, anglosajones y latinoamericanos²⁶⁶—, tenemos que centrarnos más en como los médicos “problematizaron” lo social como un problema sanitario. En la próxima parte estaremos elaborando en mayor detalle y analizando dichos señalamientos, enfocándonos en los aspectos epistemológicos y sociales asociados al saber y practica de la figura del médico en el país.

II. La figura del médico: saberes, roles y clase

Es preciso apuntar al modo mediante el cual el discurso sanitario identificaba y convertía ciertos asuntos, actividades y grupos humanos en un “problema social”²⁶⁷ (y desestimaba a otros), a tal punto que era casi intercambiable referirse a un problema sanitario/de salud pública como si fuese un problema social, en tanto y en cuanto tal “problema” era enmarcado como una supuesta amenaza a la también supuesta integridad orgánica del corpus social.

Durante este periodo (1900-1930) sí podemos notar una serie de nudos y bucles discursivos que eran compartidos por una cantidad significativa de médicos, en particular aquellos que fueron más prolíficos, reconocidos o que, de un modo u otro, formaban parte de alguna organización

higiene, their fundamental basis of child care being tradition, superstition, and their notions of higiene which are slowly being introduced by means of educational campaigns”. Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 15.

²⁶⁵ Ibid, 43-45.

²⁶⁶ Ver discusión en el primer y segundo capítulo en torno a la eugenesia latina, anglosajona y europea, y sus posibles influencias en Puerto Rico. En particular, ver en el primer capítulo la sección de “Biopolítica, eugenesia y psicopatologización”; y en el segundo capítulo las secciones de “La eugenesia anglosajona” y “El Desarrollo particular de los discursos y prácticas eugenésicas en Latinoamérica y el Caribe”.

²⁶⁷ Este giro no es exclusivo en Puerto Rico. Para una discusión breve en torno al termino de “medicina social” en Europa ver Esteban Rodríguez-Ocaña, “Medicine as a Social Political Science. The case of Spain c. 1920”. *Hygiea Internationalis* VI, n°2 (2006): 37-52, 37-39.

política, estatal o profesional. En el caso de Puerto Rico podemos destacar a Valle Atilés, Quevedo Báez y Ashford, figuras supuestamente troncales a la historia médica del país, y que evocaron analogías organicistas, biologicismos y racialismos con tonalidades eugenistas.

Por esa razón en esta parte vamos a ir apuntando a distintas instancias de ese bucle discursivo, en donde confluyen premisas epistemológicas en torno a los mecanismos y objetivos de la medicina tropical, de las emergentes teorías evolucionistas, de herencia, de la eugenesia e incluso de la “psicología de los pueblos”. A su vez, estas premisas y posturas epistemológicas confluyen con ciertas representaciones en torno a la figura del médico como un agente capaz y competente para discursar y promover quehaceres asociados a la economía, a la educación, a la moral e incluso la política. Aquí veremos continuidades y transformaciones respecto a ciertas imágenes, metáforas y representaciones discutidas en el capítulo anterior, que van nuevamente desde lo bélico hasta lo religioso, y que fueron evocadas por los médicos para diagnosticar los “males sociales” del país, retomando los ya reconocidos problemas de la pobreza, la ignorancia y la “lucha por la existencia”.

Un aspecto que distingue a Puerto Rico de otros países fue como tal discurso médico se dio dentro de los problemáticos límites de una relación colonial con los Estados Unidos y a través de los médicos estadounidenses. La interacción entre la administración colonial, los médicos estadounidenses y los médicos puertorriqueños no fue unilateral ni de simple domesticación o asimilación por parte de los médicos criollos/puertorriqueños. Dicha interacción reflejaba una compleja dinámica de poder que requirió en ocasiones, de parte de los médicos puertorriqueños, apropiarse del discurso colonial, y de algunas de las figuras adjuntas (como Ashford), para así adquirir cierto grado de cooperación a nivel gubernamental. En otras ocasiones tenemos una apropiación que buscó revertir, selectivamente dicho discurso, para adquirir autonomía y autoridad propia ante tanto las autoridades municipales y las gubernamentales.

Este aspecto, como ya discutimos en el primer capítulo, ha sido discutido en mayor detalle en los trabajos de Nicole Trujillo y en menor medida por otros historiadores como Carlos Amador. Sin embargo, dichos análisis rigurosos tienden a centrarse casi exclusivamente en la figura de Ashford y las campañas de anemia, y en ese sentido no elaboran ciertos detalles epistemológicos y socioculturales que nos permitieran entender los discursos racialistas, biologicistas y eugenistas presentes durante este periodo (1900-1930) y a través de las demás campañas sanitarias. Ya desde inicios del siglo XX, y antes de las aludidas conferencias de Valle Atilas, encontramos una preocupación respecto a los vínculos entre degeneración, raza y natalidad o reproducción en un país enfermo (y esto es una extensión de preocupaciones presentes desde finales del siglo XIX, como ya vimos en el capítulo anterior). Aquí vemos cómo va germinándose cierto pensamiento eugenista que llevará a la futura aceptación y casi celebración, de parte de la AMPR, que tuvieron las leyes eugenésicas y la formación de la Junta Insular de Eugenesia en el 1937—asunto que tocaremos a profundidad en el próximo capítulo.

A. Constelaciones epistemológicas: saberes y tecnologías tropicales, biológicas y eugenistas

No es posible iniciar una sección en torno a las transformaciones epistemológicas y tecnológicas en las primeras décadas del siglo XX de Puerto Rico sin remitir a la influencia percibida que tuvo Ashford, su metodología y modelo de análisis microscópico y tratamiento alopático.

Ashford es la figura que más han destacado, tanto médicos como historiadores, como defensor de cierto enfoque microbiológico, cuando no biologicista. Este señalamiento, vemos que ha sido muy selectivo y oportuno al eclipsar los biologicismos y racialismos manejados también por los médicos criollos. En muchos sentidos, Ashford es un buen ejemplo de la confluencia epistemológica, ideológica y discursiva entre biología y política. Los conceptos etnia, raza y

especie son utilizados de en este contexto de forma equívoca, un aspecto que no es raro entre los eugenistas, en particular los anglosajones²⁶⁸, y esto incluye también, a su modo, su uso por parte de médicos puertorriqueños.

Curiosa y paradójicamente, tenemos en Puerto Rico dos tendencias historiográficas que se acerca de forma ambigua a Ashford. Si nos permitimos la simplificación, una tendencia, y se trata de una minoría de historiadores, inserta a Ashford y su primera campaña como parte de los mecanismos y estrategias imperialistas y capitalistas de los Estados Unidos (hasta en ocasiones visto como un prelude al caso de Cornelius Rhoads), acentuando a su vez la presencia de racialismos, racismos y reduccionismos que patologizaban al jíbaro —o forman parte de lo que Fernando Feliú, haciendo eco de Warwick Anderson, quien la llamó “patología del colonialismo”—²⁶⁹. La otra tendencia, y esta domina algo más a nivel discursivo, pese a reconocer algunas de las críticas anteriores, interpretan la figura de Ashford como heroica, malentendida y, al fin y al cabo, correcta en sus contribuciones²⁷⁰.

Por eso iremos entrelazando lo expuesto por Ashford y por otros médicos en el país, para ir deshilachando algunos enredos que hay respecto a los usos de esa “nueva ciencia” médico-biológica, así como su relación con los quehaceres de la Medicina Tropical, la medicina clínica e

²⁶⁸ Thomas C. Leonard, “Eugenics and Economics in the Progressive Era”, *Journal of Economic Perspectives* XIX n°4 (2005): 207-224, 208.

²⁶⁹ Ver discusión en el primer capítulo para más detalles. Algunos ejemplos de este tipo de crítica la encontramos en Fernando Feliú Matilla, “‘Despejando la niebla’: El jíbaro en la escritura de Bailey K. Ashford”, *Op. Cit.* XXI, (2012-2013): 153-86; Rosa E. Carrasquillo, “The Remaking of Tropical Peoples: U.S. Military Medicine and Empire Building in Puerto Rico” *Historia y Sociedad* XVI-XVII (2005-2006): 67-96; Benigno Trigo, “Anemia and Vampires: Figures to Govern the Colony, Puerto Rico, 1880-1904”, *Comparative Studies in Society and History* XLI (1) (1999): 104-123; Fernando Feliú, “Rendering the Invisible Visible and the Visible Invisible: Colonizing Function of Bailey Ashford’s Antianemia campaign” en *Foucault and Latin America: Appropriations and Deployments of Discursive Analysis*, ed. Benigno Trigo (New York:Routledge, 2001): 153-168; Susan E. Lederer, “Porto Ricochet: Joking about germs, cancer and race extermination”, *American Literary History* XIV, n°4 (2002): 720-46.

²⁷⁰ Algunos ejemplo de este tipo de crítica, mayormente positiva, tenemos José G. Rigau-Pérez, “Bailey K. Ashford, Más allá de sus Memorias”, *PRHSJ* XIX (1) (2000), 51-55; José G. Rigau-Pérez, “The Work”, 130-39; Rodrigo Fernós, “The social factors affecting the diffusion of parasitology to Puerto Rico and Honk Kong”, *PRHSJ* XX, n°4 (2001): 367-75, 371-72; Rodrigo Fernós, *Gonzalo Fernós*; José Amador, *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940* (Vanderbilt University Press: Nashville, 2015).

incluso la conformación de métodos de análisis estadísticos y epidemiológicos. También cerraremos discutiendo algunas contradicciones y límites epistemológicos, los cuales afectan cómo la historiografía interpretada ciertos datos, en torno a la postura de Ashford, sin olvidar los supuestos progresos y usos de esa nueva ciencia biológica, tropical y estadística. Para entender esto, es preciso empezar con cómo los médicos representaban la Ciencia.

1. La “fuente común”, el progreso y la búsqueda por la causa biológica

Similar a lo visto en el capítulo anterior, los médicos justificaban su quehacer y saber cómo amparado en los principios de la Ciencia y que, por eso mismo, facilitaba el progreso, la evolución y la civilización, tres términos utilizados frecuentemente de forma equívoca. Durante el periodo de 1900-1920, encontramos declaraciones que describían a la Ciencia como un vehículo civilizatorio capaz de “regenerar al mundo” y “estimular” ciertos cambios²⁷¹, en gran parte porque conocía las “leyes de la naturaleza”, y por esa razón si se deseaba progresar/evolucionar/civilizarse se necesitaban leyes y reformas consecuentes con tales conocimientos²⁷². Como veremos más adelante, éste será un argumento utilizado frecuente y selectivamente por los eugenistas²⁷³. Dicho saber, de leyes civiles y criminales fundamentadas en las “leyes naturales” de la Ciencia (usualmente la Biología), suponía ser más humanista y reformista (en oposición a punitivo).

²⁷¹ Por ejemplo, en el 1903, Quevedo Báez declaraba, en su usual tono poético: “La ola de la ciencia es vida fecunda, que regenera al mundo. La sociedad no puede permanecer indiferente ante ella, sino seguir con ella en incesante y triunfadora marcha para llegar á su fin”. Eliseo Font y Guillot, en su discurso como presidente de la AMPR en el 1911, declaraba que había que “echar á andar” a la AMPR y que los ataba un “estimulo solidario” y que tal estímulo era “La Ciencia”. Ver Quevedo Báez, “Reformas que pedimos. Separación del servicio de Sanidad del de Beneficencia” *BAMPR* I, n°2(1903), 29-31, 31; Eliseo Font y Guillot, “Acta de la Asamblea celebrada en San Juan en los días 17 y 18 de Diciembre pasado (Conclusión)”, *BAMPR* VIII, n°77 (1911): 1-6, 6.

²⁷² Por ejemplo, en el 1903, al referirse a una visión científica de la medicina forense, Quevedo Báez declaraba: “Allí donde la ciencia afirma un principio, debe empezar la virtud de la ley y sobre ella erigir todo bien social”. Quevedo Báez, “La ciencia ante el crimen” (Estudios Médico Legales), *BAMPR* 1, n°3(1903), 40-41, 41.

²⁷³ Por ejemplo, Valle Atilés en el 1915: “Amparados por la ciencia progreseemos y civilicemos con arreglo a las leyes naturales (...) el orden, el bienestar, el progreso no se conquistan con fórmulas literarias, sino con ciencia honda (...) Ayudemos a la evolución a beneficio de la cual el hombre se va despojando, en su marcha desde la brutalidad hacia la solidaridad, de la carga genealógica que le han legado sus lejanos antecesores”. Ver Francisco del Valle Atilés, “La debilidad de la mente y su influencia en nuestro organismo social”, *BAMPR* XI, n°106 (1915): 18-41, 42.

Usualmente, dichos argumentos acentuaban también el rol de la herencia biológica y la importancia de poder discernir entre las enfermedades curables e incurables, las evitables de las inevitables²⁷⁴.

La Medicina era presentada como un saber fundamentado en las ciencias naturales y que era, como señalaba Stahl, la “fuente común” de todas las ciencias, incluyendo las sociales. Esta imagen de la “fuente común”, de la cual “dimanan todas las demás ciencias naturales”, refleja también una interpretación genealógica que justificaba la autoridad del saber médico para informar sobre asuntos no solo científico-naturales sino también asuntos sociales y morales²⁷⁵. Por un lado, la “medicina moderna” era representada como íntimamente ligada a las ciencias naturales, acentuándose así el papel del microscopio y el análisis de laboratorio como supuestas características y tecnologías del pueblo anglosajón²⁷⁶. Por el otro lado, se decía también que la medicina tenía como “hijas” las ciencias biológicas y sociales²⁷⁷. De un modo u otro, los médicos utilizaron lo que ellos comprendían como Ciencia para legitimar su autoridad, a la vez que percibían que la Ciencia era legitimada gracias a su asociación práctica con los servicios y regulaciones de la higiene, la salud pública o sus aplicaciones clínicas.

²⁷⁴ Goenaga, en un tono similar al de Quevedo Báez y Valle Atilés (en la nota anterior), señalaba que muchos de los problemas respecto al tratamiento de los alienados y de los criminales podían resolverse si las Leyes “se adaptasen a los postulados de la ciencia positivista”, amparada en peritos que señalaran la existencia del delincuente nato y loco, logrando distinguir entre los que pueden ser modificados o mejorados de alguna forma y los que no, los incurables. Una postura similar puede verse en el artículo del exfiscal del Tribunal Supremo de Puerto Rico, Jesús María Rossy, en el 1923, cuando argüía que idealmente el sistema penal iba a cambiar su visión punitiva a una más a tono con las Ciencias, en particular las teorías de herencia, y que demostrasen como toda desviación criminal tenía un origen mórbido, entendiéndose que proviene de una enfermedad orgánica. Ver Goenaga, *Antropología*, xliii; Jesús María Rossy, “Criminología”, en *El Libro de Puerto Rico: 750-54*, 750.

²⁷⁵ Por ejemplo, Stahl, en el 1908, siendo presidente de la AMPR declaró: “(...) en estos tiempos modernos la medicina aparece más bien como la fuente común de la que dimanan todas las demás ciencias naturales en lo que de científico, real y positivamente abarca. Está íntimamente conectada á la zoología y botánica y son extensas sus relaciones con la mineralogía, la física y la química, y son sus hijas legítimas la etnografía, antropología, antropogenia y la biología”. Ver Agustín Stahl, “Discurso del Presidente”, *BAMPR VI*, n°61 (1908): 4-7, 7.

²⁷⁶ Ver Fernández García, “La Profesión”, 930; Ramon Ruiz Arnau, *Influencia en la medicina del carácter de los pueblos* (Puerto Rico: Boletín Mercantil, 1904), 22-27

²⁷⁷ Ver Stahl, “Discurso del”, 7.

Lo “social” y lo “moral” eran representados desde una perspectiva higienista de prevención — “Saber para prever”²⁷⁸— que en ocasiones aludía de forma muy parcial a las ciencias sociales (en particular cierta sociologías positivista²⁷⁹) y en un lenguaje eugenésico, como era en los textos de Valle Atilés, que se enfocaba en las “diferencias individuales”, la “mentalidad individual”, la herencia biológica y los “venenos sociales”²⁸⁰.

Para médicos como Valle Atilés el desarrollo del estudio de la Biología, junto al de la endocrinología, la odontología, la psiquiatría y la psicometría, era un modo novedoso y relevante para constatar cómo los problemas en la constitución del organismo afectaban el psiquismo, la moralidad y la productibilidad²⁸¹. Era un modo, consecuente con lo ya visto en el capítulo anterior, de ver al “enemigo invisible”, que para los eugenistas radicaba en los “débiles mentales” o los “pseudo-normales”, aquellos que físicamente parecían ser aptos, pero en realidad estaban degenerados (y podían transmitir, vía la herencia, su degeneración). Valle Atilés nos sirve como un buen ejemplo del tipo de determinismo biológico que ubicaba las causas de “problemas sociales” (como la prostitución) en los defectos individuales y biológicos²⁸² —por ejemplo, en el

²⁷⁸ “Saber para prever”, dirá Valle Atilés, “hé aquí la fórmula que prevalece en el mundo científico moderno, y a la que el Sociólogo se atiene más”, aún si careciera del “rigorismo matemático” como un modo para acercarse a los llamados “problemas sociales”. Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 21.

²⁷⁹ Vale recordar que el vínculo entre sociología a eugenesia era común entre médicos interesados en la eugenesia. Este vínculo puede verse en autores anglosajones durante la era progresivista en Estados Unidos, ver Michael Kohlman, “The sociological roots of eugenics”, *One World in Dialogue* III, nº2 (2015): 12-27, 13-15

²⁸⁰ Por ejemplo, en el 1915, Valle Atilés reducía el estudio de lo social a los problemas de la “mentalidad individual” o de las “diferencias individuales” (término muy utilizado por los eugenistas). Dichas “diferencias” eran a su vez entendidas como problemas biológicos reducidos a la herencia individual (en particular en el caso de los llamados “débiles mentales”). Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 22.

²⁸¹ Esto puede particularmente en el artículo de Valle Atilés “La debilidad de la mente”.

²⁸² En muchos sentidos Valle Atilés resume bien este tipo de reduccionismo biológico cuando declaró que el “problema social tiene una dependencia directa del biológico, *Sublata causa tollitur effectus*, dice un aforismo médico”. La frase en latín traducida al español es: “Suprimida la causa, desaparece el efecto”. De forma similar encontramos un curioso aforismo en Valle Atilés, a modo epígrafe, que en el contexto de su análisis de la prostitución (en el 1919) reflejaba nuevamente la hegemonía del saber biológico: *Felix quit potuit rerum cognoscere causa* (Dichoso aquel que puede conocer las causas de las cosas). Si bien Valle Atilés destacaba que existían problemas económicos y educativos alrededor de la prostitución la herencia seguía siendo la causa reproducía y sostenía el mal. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 35; Francisco del Valle Atilés, *Un estudio de 168 casos de prostitución. Contribución al Examen del Problema del Comercio Carnal en Puerto Rico* (San Juan: Tipografía “El Compas”, 1919),1. La traducción al español de la frase latina en Vocabulario jurídico latino en <http://www.clerus.org/bibliaclerusonline/>

caso de las prostitutas, de una “prole predispuestas a la perdición”—²⁸³.

No obstante, este tipo de acento en lo biológico, hay que recalcarlo, no es exclusivo de Valle Atilés ni de los eugenistas; y tales no contradecían ni se oponían en muchas ocasiones a perspectivas reformistas y progresivistas que destacaran la importancia de transformar el medioambiente, mejorar las condiciones de vivienda, la producción agrícola, la educación y los recursos financieros. Igualmente, encontramos este acento de lo biológico en la Medicina Tropical y en los discursos preventivos de la “higiene social”²⁸⁴. Inclusive, el discurso dominante a nivel médico y sanitario, que era higiénico y preventivo, no puede pensarse si no es a través de la mayor relevancia que va a tener la Biología como saber no solo científico sino íntimamente ligado a la medicina y la higiene. Es importante destacar que este acento en lo biológico, lo cual llevó, entre otras cosas, a cierto reduccionismo biológico no fue exclusivo de los médicos estadounidenses, de los médicos afiliados a las campañas de Ashford, la Medicina Tropical ni de la educación médica estadounidense.

En este sentido, si bien ha habido una tendencia historiográfica que ha destacado la presencia del reduccionismo biológico en Ashford y/o las intervenciones higiénicas anglosajonas (casi como si fuera un fenómeno anglosajón), esta tendencia, en ocasiones, ha pormenorizado o “romantizado” la perspectiva de los médicos puertorriqueños que, de forma distinta pero no menos racalista ni reduccionista, interpretaron selectivamente la Biología para resignificar ciertos reclamos sociales. No solo eso, sino que ver ambas perspectivas o grupos como antagónicos resulta en ocasiones miope, cuando no errado. A su vez dicha perspectiva obvia que, si bien se fue construyendo una

[es/h1e.htm](#).

²⁸³ Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 10.

²⁸⁴ Según Valle Atilés, la “higiene social ha sustituido el método de curación del mal ya creado, por el más racional de prevenirlo”, siendo a su vez la higiene “organizada y sistematizada sobre la base de un mejor conocimiento de las ciencias biológicas”. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 60.

imagen popularizada del microscopio como parte inherente de la visión estadounidense del *Public Health*, dicha construcción obvia que el uso del microscopio no fue un fenómeno exclusivo ni originario de la “americanización” o de los Estados Unidos²⁸⁵, como tampoco lo fue el uso de dispensarios²⁸⁶. Inclusive dicha dicotomía obvia los procesos de medicalización y biologización en otros países, por lo general poco simpáticos a la “mentalidad” estadounidense²⁸⁷. Para entender esto mejor, atendamos primero el vínculo entre Biología, Higiene y Medicina Tropical en Puerto Rico.

Durante este periodo (1900-1930) lo “higiénico” (la Higiene) tendió asociarse a la Medicina Tropical y al enfoque nosológico y etiológico de la enfermedad²⁸⁸. Es preciso recordar que el enfoque médico-tropical amparaba su nosología en el estudio biológico del parásito y sus efectos en el organismo afectado. Este enfoque marcaba una ruptura epistemológica parcial con los enfoques microbiológicos y de aclimatación de finales del siglo XIX²⁸⁹. A su vez, notamos en este

²⁸⁵ Ver Nicole Trujillo-Pagán, “Health beyond prescription: A postcolonial history of Puerto Rican Medicine at the Turn of the Twentieth Century” (PhD diss., University of Michigan: 2003), 171.

²⁸⁶ Basta considerar los usos del microscopio y de los dispensarios en Francia e Inglaterra, y sus extrapolaciones a sus colonias. Por ejemplo, tenemos los debates respecto a la biología, la parasitología y la entomología en Gran Bretaña y Francia (sin olvidar Alemania y las contribuciones de Koch), y los debates entre los naturalistas, los pasteurianos y la Medicina Tropical con Patrick Manson. En donde mejor puede verse esto es a través del artículo de Caponi, “Coordenadas”, 117-33.

²⁸⁷ Ejemplo de desarrollos de la microbiología, el evolucionismo e incluso de estudios e intervenciones respecto a la anquilostomiasis en países no afectados directamente por Estados Unidos ver: Sergio Cecchetto, “La naciente genética y el movimiento eugenésico argentino”, *Ludus Vitalis* XV, n°28 (2007): 119-139; Andrés Klaus Runge Peña y Diego Alejandro Muñoz Gaviria, “El evolucionismo social, los problemas de la raza y la educación en Colombia, primera mitad del siglo XX: El cuerpo en las estrategias eugenésicas de línea dura y blanca”, *Revista Iberoamericana de Educación* XXXIX (2005): 127-68; Steven Palmer, “ ‘Cansancio’ y Nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis”, *Salud Colectiva* V, n°3 (2009): 403-412; Claudia M. García y Emilio Quevedo, “Uncinariasis y café: los antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920”, *Biomédica* XVIII, n°1 (1998): 5-21; Esteban Rodríguez Ocaña y Alfredo Menéndez Navarro, “Higiene contra la Anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)”, *Asclepio* LVIII, n°1 (2006): 219-48.

²⁸⁸ Por ejemplo, en el 1923 Eliseo Font y Guillot definía la Higiene de las “enfermedades transmisibles” como una “rama moderna” y remitía a los estudios de “especies nosológicas” a nivel de la microbiología y de la medicina tropical, en su mayoría parasitológicos y bacteriológicos. Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 288.

²⁸⁹ Este nuevo saber incluía en su campo disciplinario conocimientos del naturalismo (como la entomología) y de la biogeografía (más próximo a Darwin que a las teorías de aclimatación de Bouffon). Estos conocimientos no eran necesariamente compatibles con los de la microbiología de finales del siglo XIX ni de las teorías de aclimatación clásicas. Por ejemplo, los pasteurianos (afiliados a la microbiología) en Europa no fueron inicialmente receptivos a los descubrimientos que involucraban parásitos o protozoarios. Esto puede verse en la resistencia que hubo en los

periodo cómo se proponía que la etiología era importante porque tal informaba sobre la profilaxis/las medidas de prevención²⁹⁰. Lo novedoso no fue destacar la causa biológica como principio (ya esto estaba muy presente desde el siglo XIX), sino vincularla a la etiología a partir de una interpretación selectiva de las relaciones entre causas, organismo y medio, enfocándose en las “más directas” o en los “agentes causales” que facilitaban su contagio (entiéndase con esto el vehículo o los llamados “vectores” que posibilitan su transmisión de acuerdo con los preceptos de la medicina tropical²⁹¹).

En el caso de la anemia, su causa más directa y concreta era un parásito, mientras que la causa menos perceptible pero real era el tóxico producido por el parásito, el cual causaba una toxemia en el organismo invadido/atacado. El parásito descubierto/identificado por Ashford era el *Necator americanus* y este era una especie de anquilostoma (“hookworm”) o uncinaria, que supuestamente provenía del “trópico”²⁹². Lo que facilitaba el contagio era la “contaminación” del terreno a través de las excreciones de un organismo/persona infectada y recíprocamente, aún si se obviase destacarlo, la receptividad morbosa dependía de la presencia de pies descalzos, con aperturas, y de heces²⁹³. La importancia del análisis microscópico, valorado como obligatorio e indispensable, en

descubrimientos, desde finales del siglo XIX, de Alphonso Laveran y su *plasmodium* para explicar la etiología de la malaria (dado que no era una “bacteria”) y su transmisión (que no era ya vía los canales típicos del agua y el aire). Asimismo, hubo resistencia, e incluso burlas, hacia los trabajos de Paul Louis Simond en el 1897 sobre la relación entre la purga y la peste, ver Caponi, “Coordenadas”, 115-117, 122, 129-133, 139-140.

²⁹⁰ El conocimiento etiológico era necesario para lograr el acercamiento profiláctico, objetivo que acentuaba la conexión entre conocer el “origen” o “foco” de la enfermedad, su relación con el “medio” y la distribución geográfica de los “vectores de transmisión” (como se distribuyen y migran aquellos “huéspedes” y parásitos. Ver Caponi, “Coordenadas”, 124-125.

²⁹¹ Caponi, “Coordenadas”, 125, 127.

²⁹² Vale recordar que el término “trópico” tenía aún cierto exotismo y orientalismo. Llama la atención el debate que hubo entre un médico alemán (Fisch) y Gutiérrez en torno al origen del parásito y su clasificación como *Necator americanus*. El nombre en sí (*Necator americanus*) también invocaba toda una serie de equívocos (por ejemplo, *necator* significa *killer*). Fisch señalaba a Gutiérrez por carta que consideraba el término *necator* algo horrible —“*a trifle too terrific*”— y *americanus* equivocado porque había trazado sus orígenes en “África Trópica”. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 5;

²⁹³ En ocasiones el uso del concepto “causa” era interpretado de forma muy laxa, y en ese sentido, Lippit, a partir de los trabajos de Ashford, señalaba que “*The first principle in all public-health work is to remove the cause of the disease*”, y para ello un primer paso fuese “*prevent contamination of the soil by the feces of the infected persons*”. Ver Lippit, *Report*. 1922, 363.

tanto y en cuanto herramienta de identificación, tratamiento y planificación para coordinar estrategias profilácticas, no llegó a generalizarse en Puerto Rico hasta que se “emparentó” /fue emparentado con la medicina tropical, la figura de Ashford y su descubrimiento de “La Causa” de la anemia.

Ashford había “descubierto” que la uncinariasis era la infección que provocaba la “anemia” encontrada en Puerto Rico. Esto era distinto o se contraponía, en términos taxonómicos y etiológicos, a estudiar la anemia como un desorden o desbalance producido por la baja de glóbulos rojos a causa de malnutrición. Esta distinción es crucial para evitar ciertos malentendidos atribuidos a la explicación causal que ofrecía Ashford respecto a las causas de la anemia —que se debía a la uncinariasis y ésta solamente es causada a través de la uncinaria o anquilostoma/*hookworm*— y a la vez para acentuar cuán selectivo fue también Ashford con dicho malentendido —repetiendo que la uncinariasis era “La Causa”, principal, cuando no exclusiva, de lo que los puertorriqueños llamaban “anemia”—. Esta distinción es también un distanciamiento, entre lo que los campesinos llamaban “su enfermedad” o los puertorriqueños (incluyendo las autoridades y médicos) llamaban “anemia” y lo que Ashford, como militar y médico-científico, identificaba como “La Causa”: una infección o toxemia —la uncinariasis o anquilostomiasis —cuyo vehículo era un parásito — la uncinaria (o sus otros homónimos anquilostoma, *hookworm* o *Necator Americano*).

Tal distanciamiento era representado por Ashford como “científico” y hasta cierto punto sí apuntaba a una distinción epistemológica, como una ruptura que hacía posible buscar la “causa subyacente” y aparentemente “invisible”, a través de una metodología científica que se amparaba en la técnica del análisis microscópico para así identificar con precisión etiológica la enfermedad,

más allá de la apariencia de los síntomas o su “parentesco” con otras enfermedades²⁹⁴.

Como veremos más adelante, no era difícil ni anómalo que se confundiesen entre sí, los diagnósticos y las causas de mortalidad más prevalentes, en particular la malaria, la tuberculosis, la anemia, la debilidad congénita, la enteritis y las diarreas. Para un grupo de médicos el uso del microscopio y de las estadísticas suponía resolver estos problemas de identificación y diagnóstico, a la vez que les concedió una autoridad y saber que supuestamente los alejaba de la “politiquería” y otras distracciones.

2. El microscopio y la observación clínica como métodos, espacios y “regímenes” de saber-poder

El microscopio fue un símbolo positivo/positivista de modernización y progreso para un grupo significativo de médicos, en particular aquellos afiliados a las nuevas especialidades de la profesión, en particular la medicina tropical o las campañas de Ashford (los “médicos-profesionales” en oposición a los “médicos-liberales” si seguimos las categorías de la historiadora Nicole Trujillo). En ese sentido, tal como lo apunta el historiador Fernando Feliú, el microscopio fue la “arma principal” en la “guerra simbólica” contra la anemia, al otorgar “visibilidad a lo que no lo tenía”²⁹⁵. Se trazaba una división entre el médico tradicional/típico²⁹⁶, casi estancado en el

²⁹⁴ De acuerdo con Ashford y Gutiérrez, solo se podía entender que la uncinariasis era una toxemia si su estudio clínico consideraba también la parasitología, lo cual requería de un análisis microscópico, para entender las “bases profundas que subyacían” —“*deeper underlying bases*”— y explicaban las “manifestaciones” de la enfermedad. Ashford y Gutiérrez mencionaban también el “parentesco”—en términos nosológicos y taxonómicos— de la anemia con la malaria, en tanto y en cuanto ambas eran toxemias, pero causadas por agentes distintos. Este “parentesco” justificaba y explicaba porque podían confundirse ambas (la malaria y la uncinariasis) a nivel de identificación y diagnóstico, aspecto que, como veremos más adelante, fue utilizado selectivamente para, en un primer momento, subestimar los casos de malaria (lo que parecía malaria era en realidad “anemia” o uncinariasis) y después sobreestimarlos (lo que parecía diarrea, enteritis o hasta “anemia” era en realidad malaria). Por ejemplo, la manifestación de síntomas que identifican al fenómeno llamado “malaria” solamente se producían si estaba presente el parásito que envenenaba/intoxicaba la sangre. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 36

²⁹⁵ Feliú, “Despejando”, 165.

²⁹⁶ Era obvio, dirá Ashford en el 1929, que el análisis microscópico no era perfecto, pero lo era más que los métodos utilizados por el “típico médico”. Ver Bailey K. Ashford, “Suggestions for a rapid classification of the anemias of sprue and nutritional unbalance in the tropics”, *PRJPHTM* V, n°02 (1929): 167-84, 170.

pasado, y los médicos “modernos” y “científicos”, más familiarizados con las tecnologías y progresos recientes, a la vez que más disciplinados, rigurosos y menos influenciados por la política.

Algunos interpretaron esta división como una nacional o cultural, muy a tono con cierta interpretación respecto a la “psicología de los pueblos”, que definía a dos “escuelas”, una española de medicina clínica y otra anglosajona de medicina científica-experimental²⁹⁷. Como veremos más adelante, esta división resulta demasiado dicotómica y simplista, tanto en términos epistemológicos como en lo que conciernen las afiliaciones y apropiaciones en la clase médica puertorriqueña. El análisis de laboratorio también se asociaba a una mayor hospitalización, analgésicos y aplicación de intervenciones quirúrgicas más precisas, en particular en el embarazo²⁹⁸.

El uso del microscopio proponía evitar confusión entre enfermedades que a nivel observacional y clínico eran similares, en particular cuando se buscaba registrar y recolectar información en las inspecciones sanitarias²⁹⁹. Durante las primeras dos décadas del siglo XX vemos como estos tipos de técnicas y análisis microbiológicos y químicos no solo fueron aplicados a la anemia, la tuberculosis y la malaria, sino que se extendieron, como pasó en otros países, para identificar otras

²⁹⁷ Ver, por ejemplo, a Fernández García, “La Profesión”, 930, 932 y Ruiz Arnau, *Influenza*, 13-28.

²⁹⁸ Esto puede verse particularmente en el artículo de José S. Belaval, “Algunas observaciones sobre la práctica de la obstetricia en Puerto Rico”, *BAMPR* 10, n°105 (1914): 5-14

²⁹⁹ Ver ejemplos que apuntaban a este problema en Giménez Cruz, “Acta de la sesión celebrada los días 27 y 28 de diciembre de 1903 por la Asociación Médica de Puerto Rico, reunida en Asamblea” *BAMPR* II, n°13 (1904): 193-199, 197; Hernández, “Laboratorio Biológico”, 350.

infecciones como la fiebre tifoidea³⁰⁰, la malaria, la sífilis³⁰¹ y la lepra³⁰². Durante este periodo podemos notar cierta tensión entre aquellos médicos que consideraban indispensable la pertinencia de los síntomas clínicos y los que consideraban como suficientemente acertadas el análisis microscópico y/o el uso de las pruebas químicas. Un ejemplo de este tipo de tensión podemos verlo en Quevedo Báez, el primer presidente de la AMPR, quien veía en el uso del microscopio los efectos negativos de una sociedad positivista y de una “crisis” en la medicina clínica (desde el 1903, cuando los hallazgos de Ashford son reconocidos públicamente³⁰³), de una “Modernidad” que olvidaba las “verdades” de “la clínica”³⁰⁴. Vale detenernos brevemente en esta discusión

³⁰⁰ Jesús Monagas apuntaba a como en la fiebre tifoidea era importante la identificación del bacilo de Eberth a través del microscopio para entonces poder “recurrir a la hospitalización forzada del atacado”. Ver Jesús Monagas, “Discurso del Dr. Monagas pronunciado en la Asamblea de Aguadilla el 7 de abril de 1907”, *BAMPR* 4, n°55 (1907): 329-335, 331-32, 335.

³⁰¹ Ejemplo de ello puede verse en la discusión entre Pablo Morales Otero y Óscar Costa Mandry, en la década de los veinte, respecto al uso de la reacción de Wassermann para distinguir entre lepra y sífilis. Morales Otero favorecía la necesidad de la observación clínica (por ejemplo, casos positivos con la prueba de Wasserman que sí tenían lepra y casos negativos que de todos modos mostraban síntomas de sífilis) mientras que Costa Mandry desaconsejaba su necesidad y promulgaba depender en los análisis microbiológicos (la mayoría de los casos positivos a la prueba de Wasserman sí tenían sífilis, en oposición a los pocos casos de lepra que existían generalmente). Para más detalles ver Pablo Morales Otero, “The Wasserman reaction, Its correct interpretation”, *PRHR* I, n°4 (1925): 9-11, 9-10; Costa-Mandry, “Syphilis”, 217-19.

³⁰² Por ejemplo, Belaval aludía a la importancia del descubrimiento de la “espiroqueta pálida” y el uso de la reacción de Wasserman para identificar la sífilis, la cual se podía confundir en ocasiones con la lepra. Ver José S. Belaval, “Desarrollo moderno del tratamiento científico y racional de la sífilis” *BAMPR* IX, n°86 (1912): 14-17, 14-5.

³⁰³ Sabemos que en noviembre del 1903 hubo un artículo en el periódico *La Correspondencia de Puerto Rico*, refiriéndose a los hallazgos ya aludidos en el Hospital Trichoche en Ponce, y a la futura conferencia de Ashford en diciembre del 1903. Dicho artículo, escrito por el médico Ramón A. Gatell, es en el mismo mes de la publicación del aludido artículo de Quevedo Báez. Sin embargo, el artículo de Quevedo Báez no debería verse como una crítica directa a los hallazgos de Ashford en el 1903 o de sus descubrimientos en el 1899, sino a cierto tipo de “hacer ciencia” que tendió a representarse como anglosajona, moderna y progresiva. Quevedo Báez parecía representar el ideal de la “escuela española”, más aliada al análisis observacional clínico que al de laboratorio; sin embargo, generalizar su caso como representativo de dicha escuela o afiliación con España no es el punto aquí (Valle Atilas, también educado en España, simpatizaba con los estadounidenses y celebraba a Ashford y el microscopio). Ver Ramón A. Gatell, “El Dr. Gatell de Yauco hace públicas sus experiencias en la curación de la anemia”, *La Correspondencia de Puerto Rico*, 12 de diciembre de 1903, recuperado en <https://ufdc.ufl.edu/AA00031601/06374/4x?search=ashford>.

³⁰⁴ En el 1903 Quevedo Báez aludía a una crisis en la clínica como parte de una sociedad positivista más interesada en las “realidades tangibles” que en los “hechos” o “las subjetividades del pensamiento”. Es probable que, dada la fecha, estuviese aludiendo a los hallazgos de Ashford y la mayor promoción del microscopio. Esto puede verse más claramente en el 1912, el galeno destacaba que se imponían las “verdades del laboratorio” a las “verdades de la clínica”, lo cual parecía ser parte de una “corriente de modernismos” a seguir la fórmula de laboratorio. Según Quevedo Báez: “Por desgracia, actuamos en un momento, en que las verdades del laboratorio quieren imponerse á las verdades de la clínica (...) La corriente de modernismos que invade hoy todos los órdenes de la vida, sin excusar la medicina, lleva frecuentemente á los Médicos á parapetarse en esta fórmula de laboratorio, con olvido de la Clínica, para diagnosticar todo proceso incluido en tal fórmula, invariablemente, como tifoidea”. Ver Manuel Quevedo Báez,

aparentemente epistemológica, pero que reflejaba también intereses ideológicos.

Por ejemplo, en el 1917, en una discusión respecto a las gastro-enteritis, Quevedo Báez criticaba ese fervor por el factor microbiológico el cual desdeñaba dar cuenta de “lo orgánico” y de la “naturaleza”³⁰⁵, que en este contexto significaba que el enfoque etiológico tendía a menospreciar los factores del medio (en particular el clima), de todo aquello que reaccionaba e “imprimía” reacciones en el organismo (y formaba parte de lo que lo circunda)³⁰⁶. A primera instancia, dicha distinción aparenta ser una discusión epistemológica respecto al mejor método para diagnosticar y tratar enfermedades, entre la “honda y amplia visión” del clínico ante la patogenia y la “enseñoreada” etiología que reduce las causas a “agentes causales exclusivos”, en este caso bacilos o macrobios (por lo general el estreptococo en el caso de la enteritis)³⁰⁷. Esta crítica resulta pertinente porque más allá de que se trate de una crítica epistemológica, lo que encontramos reflejado son los intereses de una clase profesional que estaba perdiendo su autoridad científica y cultural ante un grupo de especialistas, muchos de ellos más jóvenes y asociados, de un modo u otro, a las autoridades coloniales. En el caso de Quevedo Báez resulta interesante ver cómo el galeno vincula selectivamente los aspectos negativos de la “modernización” con el microscopio y con ciertos cambios que afectaban el supuesto orden “orgánico” de la familia.

“El Massage”, *BAMPR* I, n°11 (1903): 173-75, 173; Quevedo Báez, “Memorias de un médico II”, *BAMPR* IX, n°85 (1912):1-4, 1

³⁰⁵ Quevedo Báez recrimina a aquel que “alucinando la mente con el factor microbiológico, lo inclina a pensar, que todo problema de patogenia está resuelto y desdeña, por eso, la contribución, de suyo tan importante, del campo orgánico o sea el de la naturaleza, donde todo fenómeno lo mismo para la vida que para la enfermedad y la muerte, tiene su asiento”. Ver Manuel Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis infantiles son de origen exógeno ó endógeno”, *BAMPR* XII, n°115 (1917): 51-60, 51.

³⁰⁶ De acuerdo con Quevedo Báez, se desdeñaba en la etiología “asignarle al medio cósmico, a la atmósfera, al terreno, a la circunfusa, en una palabra, su tanto proporcional de aptitud para imprimir sus reacciones naturales”. En realidad, estos términos lo que hacen es remitir a la climatología de finales del siglo XIX y no tanto a su acepción en el naturalismo, el evolucionismo o la medicina tropical. Ver Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 52.

³⁰⁷ De acuerdo con Quevedo Báez el clínico era quien podía “evidenciar los secretos del organismo enfermo”. En el contexto de esa discusión, este argumento parecía poner en duda las competencias y supuesta exclusividad del saber microbiológico para dar cuenta de la patogenia (las causas y desarrollo de las enfermedades). Ver Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 52-53, 55

Quevedo Báez asocia selectivamente la “modernización” con un industrialismo “mercenario” —con “monstruosas arcas” e “insaciables vientres”— que, entre otras cosas, llevaba a la ausencia de la “verdadera madre”, vuelta ahora en obrera, y al uso de prácticas insalubres como eran las leches esterilizadas y el uso de biberón, la cual causaba “fatiga” en los órganos (de los niños) y fomentaba que los microbios pudiesen “invadir el terreno” (y con ello causarían gastroenteritis)³⁰⁸. El galeno presenta esto como “malas condiciones”, “influencias” y “transgresiones” que, junto al clima (el calor intenso y la humedad) y la suciedad, creaban “perturbaciones funcionales”. Es preciso notar que la “madre en el taller” era una de esas transgresiones, de esa madre que, según el galeno, “abandona” a su hijo en nombre del salario y el feminismo³⁰⁹.

Por un lado, Quevedo Báez dirige una crítica a ese industrialismo y “mercenarismo monstruoso”, pero por el otro culpabiliza a las madres y destacaba la casi inherente falta de voluntad que existía en el país para que pudiese ejercerse un cambio social. En términos narrativos, el brinco de una crítica epistemológica a una social no es casual, y las figuras, imágenes y metodologías (o modos de vivir) criticadas pareciesen corresponderse: esa mirada ilusoria, reducida y etiológica del microscopio, que no se fija en la complejidad de la patogenia y en las demás causas no visibles en el platino del microscopio, se parece a esas madres falsas/mujeres modernas —llevadas por la “fiebre del feminismo”— que negligentemente abandonan sus hijos para trabajar en los talleres, creyendo que así los aman. Esta selectiva feminización de la modernidad, que algunos asociaron inclusive al “americanismo”, no es fortuita ni exclusiva de Quevedo Báez. No obstante, en este caso nos permite ver cómo el clínico supuestamente interpretaba la complejidad del “medio” a través de una culpabilización de los individuos

³⁰⁸ Ver Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 55.

³⁰⁹ Ver Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 54, 55, 57, 58.

“responsables” y afectados. Cónsono con otros discursos en Latinoamérica para esta época (de las primeras dos décadas del siglo XX), en particular entre los higienistas y eugenistas, encontramos la tendencia de adjudicar la culpa por la mortalidad infantil a la ignorancia de las madres³¹⁰. Ante estos problemas ambientales (o “exógenos”) complejos Quevedo Báez exige a sus colegas de la AMPR que se vayan más allá “en plano campo social” y busquen aplicar “remedios sociales”³¹¹.

La postura de médicos clínicos como Quevedo Báez no era necesariamente menos biologizante o reduccionista que el modelo alopático y microbiológico de médicos como Ashford. En este sentido, “lo social” estaba ambiguamente imbuido de premisas eugenésicas, racialistas y clasistas. Al fin y al cabo, el llamado a la “acción social”, aunque aparentemente bien intencionado y con ciertos adelantos selectivos en términos de “reformas sociales”, remitía también a una lucha de intereses y de relaciones de saber y poder.

A su vez, esta crítica de clínicos contra especialistas microbiológicos podía en ocasiones representarse más antagónica de lo que en realidad era. Son pocos, por no decir casi imperceptibles, los médicos que son públicamente vocales en contra del uso del microscopio y la microbiología —y aún el mismo Quevedo Báez celebraba los adelantos de las teorías bacterianas— y, en realidad, ningún médico iba a oponerse abiertamente a ello, por la misma razón que, aún el médico más “biologicista”, no iba a negar la pertinencia de factores sociales y económicos en las enfermedades más prevalentes. Y, sin embargo, daba la impresión, tras la queja de los defensores del microscopio, de que existía una suerte de resistencia, negligencia o hasta irresponsabilidad entre

³¹⁰ Por ejemplo, en Colombia del 1888 al 1910, los médicos argüían que la miseria era producto de la ignorancia y de los comportamientos nocivos de las clases pobres. A partir de la década de los veinte la influencia de la puericultura y la eugenesia añadían un énfasis al problema de la herencia y reiteraban nuevamente la ignorancia de las madres respecto a higiene como culpable de las tasas de mortalidad infantil. Ver Jorge Humberto Márquez Valderrama y Oscar Gallo Vélez, “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”, *Historia y Sociedad XXXII* (2017): 21-48, 26-30.

³¹¹ Ver Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 54, 60.

los médicos para aceptar el “nuevo régimen” del microscopio y de la naciente epidemiología.

Por eso encontramos médicos que asociaban el método de identificación a través del microscopio no solo a una mejor identificación de enfermedades, sino a una forma más sistemática y precisa de organizar y reportar la prevalencia de tales enfermedades. La disciplina del laboratorio era aquí cónsona con la imagen del médico capacitado para hacer buenas estadísticas y que era responsable porque reportaba las enfermedades transmisibles de forma precisa al Estado³¹². Se promovía una visión económica y practica del análisis microscópico³¹³, como si fuese la técnica más sensata, rigurosa y responsable —y hasta cierto punto lo era—, pero esta visión sirvió también para eclipsar los otros modos de afrontar los problemas socioeconómicos del país y de estructurar la educación y los servicios médicos.

Como ya ha apuntado Trujillo, el énfasis bacteriológico desacreditaba y desplazaba la autoridad de los médicos criollos que amparaban su saber en la observación, y en ese sentido la campaña de uncinariasis exigía una transformación y estandarización en los modos de diagnóstico, vía microscopio y análisis de laboratorio, que llevó también a deslegitimar a una generación de médicos y promulgar el crecimiento de otra, usualmente más joven³¹⁴. No solo desacreditó y desplazó parcialmente a cierta generación de médicos, sino que acentuó cada vez más que los problemas sociales eran en esencia sanitarios, biológicos y por consecuente remediables a través

³¹² Por ejemplo, Arturo Torregrosa, en el 1923, refiriéndose a las dificultades en diagnosticar la malaria, consideraba al médico que empleaba un análisis microscópico como el que está “realmente capacitado para decir hasta qué punto prevalece esta enfermedad en nuestro suelo”; algo que también señalará Walter C. Earle y con ello proclamar que casi ningún médico, con la excepción de aquellos acostumbrados a trabajar en el Laboratorio del Departamento de Salud, reportaban en realidad las enfermedades contagiosas (a menos que fuese cuando ya era tarde y se tratase de una epidemia). Ver Torregrosa, “Malaria”, 372; Colton, *Report. 1910*, 212; Earle, “Malaria”, 12.

³¹³ Tomemos por ejemplo como en el 1929 Ashford insistía en la pertinencia de un diagnóstico clínico acompañado del análisis de laboratorio. Inspirado por un “espíritu democrático”, Ashford buscaba presentar un plan factible, económico y eficaz a sus colegas y médicos sobresaturados de trabajo (*overworked*). Dicho plan no excedería, en el peor de los casos, de veinte minutos y con ello sus colegas criollos podían analizar hemoglobina, leucocitos, y eritrocitos para así identificar y planificar mejor el manejo de las enfermedades. Ver Ashford, “Suggestions”, 168.

³¹⁴ Trujillo, *Modern Colonization*, 143

de estrategias médicas.

Hay que recalcar que, si bien este fenómeno va a vincularse, vía Ashford, al modo de proceder estadounidense en términos higiénicos, este fenómeno también se dio en España durante las primeras dos décadas del siglo XX, y en otros países, que tendieron a biologizar los fenómenos sociales y utilizar el discurso sanitario para fines e intereses económico-políticos³¹⁵. El microscopio también permitió que la medicina tropical asumiese una supuesta “guerra” contra los gérmenes y los parásitos, utilizando un lenguaje miliar y moralista que aparentaba ser más activo y eficaz para resolver los problemas sociales³¹⁶. A ello hay que añadir como dicho saber microbiológico buscó también repensar la supuesta historia de las enfermedades del País y, por consecuente, el destino volitivo y productivo de sus habitantes.

3. Biohistorias: Medicina Tropical, herencias y eugenesia

Ashford presenta su descubrimiento en torno a la uncinariasis y el “verdadero ser” del jíbaro como lo contrario a las impresiones “turísticas” (entiéndase no científicas), que no saben distinguir lo que era un vago de un enfermo³¹⁷. Ashford y sus colegas habían descubierto no solo una enfermedad sino también que el “jíbaro” había sido una víctima inocente e injustamente estigmatizada o *branded* como “vago” e “indolente”³¹⁸.

³¹⁵ Vale notar que esta “biologización de los hechos sociales” no es un fenómeno exclusivo del eugenismo anglosajón o del eugenismo en general, y nos remite a las teorías de degeneración de finales del siglo XIX, en particular en la psiquiatría y como tales fueron posteriormente acomodadas, en ocasiones de forma muy parca, a la emergente teoría evolucionista (ejemplo de ello podemos verlo en como Kraepelin integra a su obra a Darwin y a Mendel). Ver Sandra Caponi, “El impacto del evolucionismo en la teoría de la degeneración: Emil Kraepelin y la biologización de los hechos sociales” en *“Yammerschuner”*. *Darwin y la darwinización en Europa y América Latina*, eds. Miguel Angel Puig-Samper, Francisco Orrego, Rosaura Ruiz y J. Aldredo Uribe (Madrid: Ediciones Doce Calles, 2014): 93-98, 97.

³¹⁶ Trujillo, *Modern Colonization*, 172

³¹⁷ Feliú, “Despejando”, 170. Eso puede verse más en la autobiografía de Ashford (publicada en la década de los treinta), la cual discutiremos en el próximo capítulo.

³¹⁸ En ese sentido, aclaraba Ashford, existían una serie de malentendidos y confusiones respecto a ese aún llamado “cansado” entre sus amigos y vecinos —que además dicen que es “un vago” y que “no sirve para nada” (*good for nothing*)—, cuando en realidad padecía de un caso leve de anemia. Igualmente, nos dice Ashford, aquel mal juzgado por sus aledaños porque “aparece como medio narcotizado” y con una incapacidad parcial padecía en realidad de un caso moderado de anemia. Ashford consideraba un “cargó injusto hecho por los europeos sanguíneos al trabajador portorriqueño al acusarle de vago é indolente”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 6; Ashford y Gutiérrez,

En este sentido, el descubrimiento de la uncinariasis apuntaba a un problema “germinal” e histórico, y por esa razón Ashford utilizaba y reinterpretaba selectivamente fuentes históricas³¹⁹ para señalar que desde el siglo XVI, en las descripciones en torno al aspecto de los “jíbaros” en las crónicas de Fray Iñigo Abbad, existían los “anémicos”³²⁰. Para Ashford y sus colegas la explicación genealógica racial (que nosotros interpretaríamos como racialista) invocada por los criollos y algunos cronistas no explicaba la aparente debilidad y ociosidad (*idleness*) viciosa de los jíbaros. El saber moderno microbiológico permitía reinterpretar estos testimonios e ir más allá de lo aparente, de aspecto “convaleciente” y “perezoso”, y afirmar que dichas características no eran el producto de algún vicio voluntario o de la constitución racial de los jíbaros, sino que era un problema higiénico y biológico³²¹.

Desde esta perspectiva, la interpretación médico-científica o microbiológica de la anemia se presentaba como novedosa y menos sesgada, prejuiciada o reduccionista al distanciarse, de forma muy selectiva, de los reduccionismos de las teorías climatológicas y racialistas. No obstante, dicha perspectiva ofrecía otros reduccionismos desde de el crisol de la medicina tropical y de una especie de “Historia Natural” improvisada a partir de una suerte de lectura “hermenéutica”³²² de textos

Uncinariasis, 40.

³¹⁹ Ashford se nutrirá mucho del texto de Valle Atilés *El campesino* y de los textos históricos de Coll y Toste y Salvador Brau. Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 3.

³²⁰ Ashford ofrece la siguiente cita de Fray Iñigo de Lasierra “los jíbaros tenían el aspecto y el color de los convalecientes”. Sin embargo, dicha cita no aparece exactamente así en el texto de Lasierra (capítulo XXX), sino de esta forma: “Dan el nombre de criollos indistintamente á todos los nacidos en la isla (...) Su constitución es delicada y en todos sus miembros tienen una organización muy fina y suelta y propia de un clima cálido; pero este mismo les hace perezosos, los priva de la viveza regular de las acciones y les da un color y aspecto que parecen convalecientes: son pausados, taciturnos y está siempre de observación (...)”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 11; Fray Iñigo Abbad y Lasierra, *Historia geográfica, civil y natural de la isla de San Juan Bautista de Puerto Rico* (Madrid: Doce Calles, 2002), 493.

³²¹ Y por eso se aclaraba que no se trataba de un problema de “vagancia” sino higiénico, y los testimonios de varias figuras europeas desde Alexander O’ Reilly e Iñigo de Lasierra hasta George D. Flinter fueron enmarcadas a partir del saber nuevo y moderno respecto a la anemia como una enfermedad parasitaria llamada uncinariasis. Para Ashford y Gutiérrez Igaravidez, estas figuras fueron observadores que inconscientemente describían la uncinariasis y reproducían estereotipos respecto a la raza española como viciosamente vaga; aspecto que no coincidía con la historia de sus colonizaciones. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 7.

³²² Ashford y Gutiérrez leen las fuentes históricas, interpretando el lenguaje de las observaciones de cronistas, viajeros e invasores y “decodificándolo” para así localizar los orígenes de la enfermedad y la supuesta experiencia verdadera

históricos. Esta “biohistoria”, si nos permitimos apodarla así, que hacen Ashford y Gutiérrez Igaravidez apuntaba a que la primera contaminación inició en las plantaciones azucareras en el siglo XVII y con la importación de esclavos negros³²³.

Las contradicciones de dicha interpretación son evidentes, en particular cuando se insistió en todo momento en la relativa inmunidad racial del negro (en comparación al “jíbaro blanco”), y las supuestas condiciones necesarias para la proliferación/reproducción del parásito (el terreno menos expuesto del sol de los cafetales en oposición al de las azucareras). Sin embargo, lo que interesa en nuestro análisis no es atisbar cuan acertada fue esta narrativa respecto a la historia epidemiológica de la uncinariasis o de la evolución del *Necator Americanus*. Vale notar como una interpretación, amparada en un supuesto saber biológico, operó en este caso para explicar la genealogía, estatuto y destino económico-gubernamental del país, definido aquí por el jíbaro como su representante orgánico y moral, (re)presentado como incomprendido y abandonado por sus invasores y visitantes europeos. Explicación además muy parca, cuando no errática y curiosamente inconsistente cuando remitía a categorías y juicios raciales. Por un lado, Ashford reconoce al país como racialmente mixto y le adjudicaba a los negros una suerte de inmunidad en lo que concernía la uncinariasis (y en ocasiones hasta la malaria), pero, por el otro lado, representaba a los puertorriqueños como una raza pura, de sangre europea³²⁴.

de esa enfermedad que ellos llamaban uncinariasis. Este tipo de análisis no era raro entre médicos que interpretaban fuentes históricas, pero sí vale la pena recalcar que, en términos de análisis, no hay nada empírico ni a tono con las exigencias del análisis de laboratorio que justifiquen sus inferencias —y son estos criterios metodológicos los que suponen validar sus observaciones, juicios y conclusiones, y no sus habilidades de interpretación literaria— en contraposición a la observación clínica de síntomas.

³²³ De esta forma, inició entonces en el primer “contagio” en la costa hasta que la industria cafetera tomo más fuerza y se movió a las montañas en el siglo XIX. La lógica exacta de esta movilidad, o como fue que el parásito “decidió” cambiar de huésped (del negro al jíbaro) no se explica en realidad en el texto de Ashford. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 5; dato reproducido también en Fred K. Fleagle, *Social Problems in Porto Rico* (Boston: D.C. Heath & Co. Publishrs, 1917), 78.

³²⁴ Durante la primera década del siglo XX menos de un 20% de los atendidos con uncinariasis eran *colored* o *negro*. Aunque dicha cantidad podía reflejar más diferencias demográficas y de acceso (lo cual tanto Ashford y Gutiérrez reconocen), dicha “minoría” fue interpretada como señal de cierta y relativa inmunidad racial. Aunque Ashford reconocía el *racial mixing* en Puerto Rico, resulta muy sugestivo como en el 1924, el galeno va a referirse a la raza

En ese sentido, dicha interpretación, más allá de su veracidad o posibles contradicciones respecto al medio que facilitaba la vida y reproducción del parásito, también pareciera cumplir otra función: culpabilizar indirectamente al negro/africano a través de su inserción forzosa con la degenerativa esclavitud³²⁵. A su vez al representar al jíbaro como un blanco pobre, incomprendido y abandonado, Ashford reforzaba selectivamente las afinidades entre los jíbaros y los trabajadores blancos pobres (o pobres blancos) “*white trash*” del sur de los Estados Unidos³²⁶. La culpabilización del negro o la negritud no era una estrategia nueva ni exclusiva (ya la vimos parcialmente en el capítulo anterior en Valle Atilés), lo que sí era más novedoso y particular es cómo dicha estrategia estaba siendo reforzada desde un registro epistemológico distinto, fundamentado en los saberes de la Biología y la Medicina Tropical.

Ya en otra sección discutiremos cómo el concepto raza fue rearticulado dentro del discurso médico y a partir de estos nuevos registros epistemológicos. En realidad, dicho registro no era otra cosa, en esencia, que una perspectiva biologicista que entremezclaba las nociones de evolución historia y herencia de forma muy ambigua, pero para entenderla hay que contextualizar algunos asuntos. Por ejemplo, el biologicismo que encontramos en Ashford no es igual al de los eugenistas.

La parasitología, como toda buena ciencia imperial y colonial, estaba más enfocada en estrategias de identificación, regulación y expiación de aquellos organismos que pudiesen parecer potencialmente invasores, degenerativos y peligrosos respecto al cuerpo colectivo de individuos administradores y productivos. Conceptos como “adaptación” y “evolución” estaban presentes, pero con uso distinto al de las teorías eugenistas, maltusianas, darwinista-sociales o alienistas (las

puertorriqueña como “*a race of pure blood, pure Spanish blood*”. Ver *Uncinariasis*, 8, 159-60, 232; Bailey K. Ashford, “The Bridge between the Americas”, *The North American Review* CCXX, n°824 (1924): 40-50, 43.

³²⁵ Trujillo también acentúa esta contradicción respecto a la genealogía y evolución del parásito, y como dicho señalamiento culpabilizaba al negro. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 33, 209-10; Trujillo, *Modern Colonization*, 23, 173.

³²⁶ Ver para más detalles Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 7.

cuales se nutrían de las teorías de degeneración de Morel, que anteceden a Darwin). En el caso de Ashford, los términos evolución y herencia no frecuentan en su obra, aunque sí frecuentan en médicos clínicos como Valle Atilés, Quevedo Báez y Pedro Lanauze, quienes hablaron inclusive de las “leyes inflexibles”, “fatales” y “despóticas” de la herencia³²⁷.

A esto hay que añadir otra complicación. Durante la primera década del siglo XX, o al menos hasta que los estudios de Mendel fueron objeto de debate entre médicos, biólogos y eugenistas, el fenómeno biológico de la “herencia” seguía siendo analizado, casi exclusivamente, a partir de observaciones clínicas (solo en ocasiones junto a inferencias estadísticas), sea para señalar los peligros de heredar enfermedades contagiosas como la tuberculosis y la sífilis o inclusive diagnosticar alguna enfermedad mental congénita³²⁸. Por ejemplo, se hablaba de “gérmenes moleculares³²⁹”, implantados en el cerebro (y por ende la mente), de taras heredadas, de inclinaciones e incluso de debilidades congénitas³³⁰, pero hay que recalcar que dichos diagnósticos e identificaciones, tanto en Puerto Rico como en otros países, no eran producto de una corroboración microbiológica, y en ocasiones el manejo de dichos conocimientos tendió a ser parcial o errático.

La discusión más elaborada en Puerto Rico respecto a los mecanismos de herencia, al menos dentro del campo médico, la encontramos en el 1913 cuando Valle Atilés, dentro del contexto de

³²⁷ Por ejemplo, ver Quevedo Báez, “La ciencia ante el crimen”, *BAMPR* IX, n°72 (1910), 20-22, 21; Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 23; Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 8, 70.

³²⁸ Por ejemplo, cuando Goenaga diagnosticaba condiciones hereditarias, estas se inferían a través de la adquisición de información sobre los familiares (hermanos, padres, primos o tíos, atendidos en el Manicomio o que se dice que padecieron alguna enfermedad mental). Ver Goenaga, *Antropología*, xxv, xlv, 32-33, 84, 178, 187-88

³²⁹ Goenaga, *Antropología*, xxvii.

³³⁰ Menciones que utilicen los significantes aludidos, refiriéndose a enfermedades o condiciones hereditarias, pueden encontrarse a varios textos, entre ellos: A. Panigua, “Apuntes médico-sociales acerca del matrimonio I”, *BAMPR* 1, n°2 (1903), 26-28, 27; Manuel Quevedo Báez, “Medios para combatir el desarrollo del Alcoholismo en Puerto Rico”, *BAMPR* 1, n°9 (1903), 135-37, 136; Manuel Quevedo Báez, “Dispensario de la infancia, su importancia social”, *BAMPR* 9, n°87 (1912-1913): 7-15, 10, Agustín Stahl, “Demostración de dos casos de neuropatías y dos de teratología”, *BAMPR* 6, n°65 (1908): 57-66, 57, 63; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 83; Valle Atilés, *Un estudio*; Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 22, 42; Rossy, “Criminología”, 752.

su discusión respecto a la eugenesia, alude a las “leyes de la herencia” y como habían revolucionado los métodos de la agricultura y la crianza de ganado, mejorando tanto plantas como animales domesticados³³¹. Esta alusión a la agricultura y al criador de animales no es fortuita, sino común entre los que asumían con o a partir de Darwin una estrategia variacional respecto a la evolución de las especies³³².

Las discusiones de Valle Atilés sobre la evolución y la herencia estaban enmarcadas a partir de los parámetros del eugenismo (en particular el anglosajón, con menciones a intelectuales latinoamericanos) y ciertas alusiones selectivas al darwinismo y, de modo menos explícito pero presente, al darwinismo social³³³. Valle Atilés menciona las “leyes de herencia” Mendel³³⁴ y encontramos pocas y cuestionables referencias a la obra de Darwin³³⁵.

³³¹ Valle Atilés, “Eugénica”, 10.

³³² Ver apéndice para más detalles respecto a la estrategia variacional. Por variacional entiéndase “una alteración en las frecuencias relativos de los estados alternativos de un carácter, o de diferentes caracteres, que se dan en el linaje”. Esta distinción entre un modelo transformacional y otro variacional aparece en un análisis que hace Gustavo Caponi de estas categorías, originalmente sugeridas por Richard Lewontin pero reformuladas y simplificadas por Elliott Sober. El modelo transformacional va más a tono con las interpretaciones lamarckianas en donde los cambios se dan en los individuos o el organismo mientras que el modelo variacional el cambio se da en la población, entendida como linaje. Gustavo Caponi, “Tipos de teorías de evolución y tipos de intervenciones eugénicas”, *Filosofía e Historia da Biología* 12, n°1 (2017): 81-98, 82-83

³³³ En Valle Atilés encontramos alusiones a autores eugenistas, darwinistas sociales y que tienden a estar asociados al positivismo, al racismo científico y a posturas biologicistas, desde Francis Galton, Charles Davenport y Ernst Haeckel, hasta Carlos Octavio Bunge, Pompeyo Gener, Henri Goddard y el estudio de los Yukes, una familia de generaciones de supuestos criminales, mendigos y meretrices. Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 24-31, 37, 40-1; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 60. Respecto a los autores aludidos ver también Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, “Sociodarwinismo y psicología de la inferioridad de los pueblos hispanoamericanos. Notas sobre el pensamiento de Carlos O. Bunge”, *Frenia* VI (2006): 57-77; Xavier Vall, “Pompeu Gener, un positivista darwinista contrario al naturalismo zoliano”, *Revista de Filología Románica* XXV (2008): 313-335; John P. Jackson, Jr. y Nadine M. Weidman, “The origins of scientific racism”, *The Journal of Blacks in Higher Education* L (2005/2006): 66-79.

³³⁴ Al discutir las “leyes de herencia” tales se reducían por lo general a los estudios experimentales de Mendel sobre la transmisión de los “rasgos de la familia” a través del cultivo de guisantes y el cruzamiento de “estirpes”. Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 13.

³³⁵ Valle Atilés va a aludir a las supuestas “cuatro leyes de herencia” a partir de Darwin. Sin embargo, vale aclarar que en realidad Darwin no estipuló “leyes de herencia” y se enfocó más en los mecanismos de Selección Natural. Hay razón para sospechar, por los autores aludidos por Valle Atilés, que es muy probable que el galeno no leyó directamente a Darwin sino a la interpretación y uso que hicieron los eugenistas de Darwin, en particular cuando se apropiaron de las teorías de Mendel. Respecto a estas leyes, estas parecieran remitir más a la “teoría de herencia” publicada por Galton en el 1876 que a los trabajos de Darwin. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 57. Para una discusión en torno a los usos del evolucionismo y los malentendidos hechos por los eugenistas ver Gustavo Caponi, “Las raíces del programa adaptacionista”, *Scientiae Studia* IX, n°4 (2011): 705-38, 710, 714-17; Sergio Cecchetto, “La utopía racial del eugenismo argentino”, *Agora Philosophica* XIX-XX, n° X (2009): 51-76, 61-62; Runge y Muñoz, “El evolucionismo”, 139.

En términos conceptuales aquí vemos como confluyen interpretaciones mendelianas leídas en clave eugenista, pero a la vez con un tono optimista y reformista que recuerda a interpretaciones “neolamarckianas”, “transformistas” o simplemente de eugenesia preventiva (propias del eugenismo latino). El caso de Valle Atilas recuerda la advertencia hecha por Gustavo Caponi al decir que “no debemos establecer una relación demasiado estrecha entre eugenismo y evolucionismo” dado que pensar “que el devenir de un linaje biológico pueda ser intervenido, y de algún modo controlado, no exige compromisos con posiciones evolucionistas en general, ni tampoco con alguna teoría de la evolución en particular”³³⁶.

Lo relevante aquí es como este texto, que resume y presenta temas de interés reciente respecto a la herencia, interpreta a Mendel y a las teorías de la evolución en una clave exclusivamente eugenista. Dicho eugenismo parece tener elementos comunes al eugenismo latino y a las del eugenismo anglosajón de corte reformista y progresivista, en tanto y en cuanto no asume los métodos y técnicas negativas como imperativas ni deseables (aún si no las descarta del todo) y asume la posibilidad de perfectibilidad, diversidad y regeneración sin el uso explícito de técnicas segregativas.

De igual manera, diera la impresión que la apropiación del darwinismo iba a tono con una interpretación relativamente pangenésica³³⁷ y que asumía, cónsono con Darwin, pero a la vez conforme con las tendencias algo “neolamarckianas” (o transformistas), presentes entre intelectuales latinoamericanos y caribeños, que toda variación y transformación a nivel individual

³³⁶ Caponi, al evaluar las posturas eugenistas, tanto las latinas o preventivas (que considera cónsonas con un modelo transformacional) como las de “línea dura” o anglosajonas (algo más a tono con el modelo variacional) señala que dichas posturas asumían un “carácter ecléctico y teóricamente confuso, más propio del discurso ideológico que del discurso científico”, mostrando una “propensión sincrética” que hace difícil su análisis conceptual. Si bien puede ponerse en duda esta división algo tajante entre lo ideológico y lo científico, los señalamientos de Caponi sí logran atinar con esas inconsistencias y usos erráticos que encontramos entre los eugenistas y, en el caso de Puerto Rico, entre Valle Atilas y Quevedo Báez. Ver Caponi, “Tipos de teorías”, 89.

³³⁷ Ver apéndice bajo “pangenesis”.

aludía a una “unidad de carácter” y a una “filiación común” (entiéndase que variaciones en raza, color o aspecto no apuntaban a diferentes especies sino a variaciones dentro de la misma especie). Esto explica, en parte, el uso errático y equivalente entre especie y raza y cómo presumía cierta lógica de “blanqueamiento” como un modo de perfeccionar la raza/especie (vale recordar, esta postura ya la tenía desde finales del siglo XIX) ante las tesis nihilistas en torno de a la degeneración general de todas las razas/especies. En Valle Atilas podemos ver esa ambigüedad, entre una eugenesia preventiva como la mejor opción para “perfeccionar” la raza/especie y una eugenesia negativa que, si bien no era la opción preferida, tampoco se negaba su potencial, posibilidad y posible efectividad³³⁸.

Valle Atilas presenta la eugenesia o la “eugénica” como una ciencia que proponía un “horizonte real” de acción para controlar y predecir problemas degenerativos “perfectamente evitables” percibidos como desfavorables para conservar y mejorar a “los buenos” en términos de “caracteres étnicos”³³⁹. Se presentaba como una ciencia amparada en “las leyes de la herencia” y en el “más puro sentimiento humanitario”, no como una “práctica salvaje” que buscaba “desembarazarse de los niños débiles, deformados o anormales”³⁴⁰. Esta concepción de eugenesia era considerada, por Valle Atilas, como una extensión del objetivo higienista de prevenir las enfermedades, aspecto que, como ya hemos mencionado, encontramos en la llamada “eugenesia

³³⁸ Sin embargo, el asunto no es tan simple de discernir en el caso de Valle Atilas. Sus alusiones a eugenistas anglosajones y biólogos alemanes, como Haeckel, apuntan a cierta simpatía con ese particular determinismo biológico del eugenismo negativo anglosajón-germánico, presente parcialmente en Brasil (vía Renato Kehl) que apostaba a la esterilización y los abortos como apuesta para el perfeccionamiento de la especie. Esto lo resaltamos porque vale recordar que, en Puerto Rico, a diferencia de otros países latinoamericanos (con algunas excepciones), se oficializó una Junta Insular de Eugenesia en el 1937 y se llevaron a cabo esterilizaciones y abortos terapéuticos —asunto, reiteremos, que ya abarcaremos en mayor detalle en el próximo capítulo. Respecto al caso de Renato Kehl ver Vanderlei Sebastiao de Souza, “Brazilian eugenics and its international connections: an analysis based on the controversies between Renato Kehl and Edgard Roquette-Pinto”, *História, Ciências, Saúde* XXIII, suppl (2016): 1-18.

³³⁹ Valle Atilas, “Éugénica”, 10.

³⁴⁰ Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 56.

preventiva” en Latinoamérica.

Similar a la Higiene, Valle Atilas representaba a la eugenesia como una ciencia antigua, amparada en los preceptos hipocráticos, vía la figura de Esculapio, que evitan prolongar dolores y defectos³⁴¹. Dicha distinción también es importante dentro del discurso eugenista, dado que este vínculo con el pasado permite verla como un tipo de rescate secularizado e ilustrado (no sesgado por fanatismos religiosos) de uno de los objetivos esenciales del arte médico. Llama la atención que la alusión de Valle Atilas a Esculapio (originalmente Asclepio en griego) no remite a ningún texto médico, sino que en realidad lo que hace es aludir, de forma indirecta, a la propuesta de Platón en *La República* para conformar una sociedad jerarquizada, regulando la prole y aplicando técnicas que hoy asociáramos con la eugenesia negativa³⁴².

Más allá de ser una ciencia preventiva, o que asumiera los preceptos médico-antiguos e hipocráticos, lo que vemos es un saber enfocado en regular la calidad de la reproducción, lo que coincidía con la crítica maltusiana respecto a la sobrepoblación y, en ese sentido, una ciencia útil para la economía dado que exaltaba la creación de trabajadores vitales, rigurosos y fuertes. Dicha

³⁴¹ Valle Atilas señalaba que los fundamentos de esta ciencia se encontraban ya en la Antigüedad, aludiendo inclusive a como Esculapio curaba heridas, pero no prolongaba la “desdichada existencia de los hombres que se quejaban siempre de enfermedad y que, de haberles alargado aquella, habrían siempre podido engendrar una segunda generación de seres como ellos, míseros y llenos de sufrimientos”. Esta alusión a Esculapio es muy curiosa, dado que es considerado más una figura mítica y heroica que histórica. Ver Valle Atilas, “Eugénica”, 12;

³⁴² No deja de sorprender que para hablar de los preceptos de la medicina antigua los eugenistas aludieran a Platón y no directamente a los médicos griegos o romanos. Y, claro, de toda la obra de Platón, se toma aquella figura de Sócrates que es menos democrática y más elitista (reflejo también de la idea de Platón en torno al “filósofo-rey”). Vale reproducir aquí lo que Sócrates, respondiéndole a Glaucon dice lo siguiente sobre Asclepio, hijo de Apolo:

podremos decir que Asclepio conocía estas cosas, y ha tenido en cuenta a aquellos que mantienen sanos sus cuerpos gracias a la naturaleza y a su régimen de vida, y sólo son afectados por alguna enfermedad bien delimitada, pues para ellos y en tal condición ha revelado el arte de la medicina y, para no perjudicar los asuntos políticos, les prescribió pociones e incisiones que expulsaran las enfermedades sin cambiar la dieta habitual. En cambio, en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro, no intentó prolongar la desdichada vida de los enfermos por medio de dietas, que incluyeran evacuaciones e infusiones graduales, ni hacerles procrear hijos semejantes a ellos, probablemente. Ha pensado, en efecto, que no se debía curar al que no puede vivir en un período establecido e como regular, pues eso no sería provechoso para él ni para el Estado.

Ver Platón, *Diálogos IV: República* (Madrid: Editorial Gredos, 1986): 185; Jesús Parra Sáez, “El movimiento eugenésico estadounidense como clave del éxito de la eugenesia en el siglo XX y la posibilidad de su retorno en el siglo XXI”, *Agora* 37, nº2 (2018): 123-48, 124.

regulación reflejaba premisas racialistas y clasistas en torno a qué elemento iba a pervivir en la lucha por la existencia (y se trataba siempre de distintas modalidades de “blancura” europea denominada de diferentes formas: blanco, caucásico, nórdico o ario). En términos epistemológicos, lo interesante es ver cómo las interpretaciones eugenistas buscaban justificarse como objetivas y precisas, pese a las inconsistencias en sus inferencias y deducciones. En otras palabras, pese a un desconocimiento de los mecanismos precisos de la herencia biológica, esto no detuvo que eugenistas como Valle Atilés asumieran un saber supuestamente objetivo de las leyes de la herencia para prevenir la reproducción de los “degenerados”, en particular los llamados “pseudonormales”³⁴³.

La figura del pseudonormal es relevante porque tal era evocada para explicar ciertas anomalías e inconsistencias en torno a disposiciones y herencias que no eran clínicamente identificables. Lo llamativo, en términos epistemológicos, es notar como Valle Atilés consideraba que el “pseudonormal” existía y las inconsistencias en su identificación precisa o clara apuntaban a un problema “complejo” que requería mezclar las teorías de Mendel y las probabilidades estadísticas³⁴⁴. Inclusive, las inconsistencias y dificultades en identificar claramente esta enfermedad, más que apuntar a posibles errores o problemas de cálculo o identificación (o hasta problemas metodológicos y epistemológicos) justificaban el supuesto peligro de los “pseudonormales” o “normales, en apariencia” pero “capaces de transmitir la debilidad mental” a su prole. Dichos “pseudonormales” habían tenido en su árbol genealógico, por algún lado

³⁴³ Por ejemplo, Valle Atilés se refería a la objetividad y verdad de las “leyes precisas”, usualmente aludiendo a las de Mendel como “leyes naturales” (lo cual era común en la época), pero a la misma vez reconocía el desconocimiento de los mecanismos de la herencia —“no siempre es demostrable el mecanismo del complicado fenómeno de la herencia”— o sus inconsistencias. Ejemplo de ello eran los “pseudonormales”. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 23-4

³⁴⁴ Se apostaba que la mezcla de estadística, ley de las probabilidades y Mendel servía para explicar algunas de las supuestas inconsistencias. Exactamente como no se explica, y al fin y al cabo poco importaba. En nombre de una higiene preventiva, mejor era prevenir que tener que adivinar. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 38-39.

recóndito, un familiar con debilidad mental; y esto los hacia sumamente peligrosos porque podían casarse y reproducir degenerados sin saberlo ni prevenirlo³⁴⁵. Ya desde principios de siglo, Stahl advertía dichos peligros de la “disposición” y de “herencias” que no podían observarse a primera vista o se mantenían latentes (ni la familia lo sabía), y requería de un cierto saber especial —“el que sabe buscar, sabe también encontrar”— para localizar a dichos “desequilibrados congénitos”³⁴⁶.

En efecto, la figura del “débil mental” como “pseudonormal” es pertinente aquí porque nos permite ver una interpretación eugenésica que destacaba más los defectos y que no estaba dirigida a mejorar a los defectuosos sino a evitar que los mejores se degradaran³⁴⁷. En ese sentido, se enfocaban más en la “malas cualidades heredadas” para así identificarlas en nombre del “interés para la raza” y “destruir toda causa de degeneración”³⁴⁸. Por esa razón, y cónsono con los ideales científicos, había que ir “más allá de las apariencias” porque pudiese ser que alguien reputado y digno tuviese en su árbol genealógico algún vicioso o degenerado que fuese a afectar a su proge. Dicha persona podía aparentar, ante la mirada del lego, ser “funcional” y “perfectamente cuerda”, inclusive pudiesen hasta ser buenos músicos, oradores y poetas³⁴⁹. Estas distinciones no podían,

³⁴⁵ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 38.

³⁴⁶ Ver Agustín Stahl, “Menos cárceles y presidios y más manicomios y casas de corrección”, *BAMPR* VI, n°69 (1908): 139-46, 141-42.

³⁴⁷ De acuerdo con Valle Atilés, el “eugenista cultiva otras clases de flores más sanas, y las cultiva buscando en la sangre”, en “lo más recóndito del protoplasma, las influencias buenas y las nocivas”. Eso no quiere decir que no interesase la “influencia exterior” que afecta “al ser después de su nacimiento”, en particular porque puede hacer que las “tendencias heredadas se robustezan o aminoren, y hasta en que aparezcan otras totalmente nuevas”. Sin embargo, y para ello el galeno remite a Galton, los “dotes más altos” podían ser aniquilados en un “medio defectuoso”. En ese sentido, el más “cuidadoso tratamiento no puede sobrepujar las malas tendencias de intrínseco mal físico, de un cerebro débil o de una disposición brutal.”. Ver Valle Atilés, “Eugenica”, 11-12.

³⁴⁸ Valle Atilés, “Eugenica”, 18.

³⁴⁹ El buen alienista y médico, nos dirá Goenaga, no es como aquellos “elocuentes” e “incipientes librepensadores, caprichosos e indoctos, que fácilmente se cambian en exaltados fanáticos religiosos”, e incluso puede ir más allá de las apariencias, y ver en algunas personas “perfectamente cuerdas” “grados inferiores de microcefalia, porencefalia, hidrocefalia y cretinismo”, individuos que pueden “ser buenos pintores, músicos, poetas, oradores, etc., etc. pero fuera de su especialidad no pasan de las categorías de medianías inferiores”, reflejadas en “alteraciones anatómicas y fisiológicas del cráneo y la masa encefálica”. Ver Goenaga, *Antropología*, xxxv.

por lo general, averiguarse ni identificarse por microscopio. Un “eugenista, para predecir los destinos de un ser, necesita conocer a los padres y a los dos troncos de donde procede”, no sea que hubiese existido algún familiar lejano “inclinado a bebidas alcohólicas” que lleve a una progenie de “embusteros y ladrones”³⁵⁰.

Esta supuesta episteme hereditaria dictaba “nuevas leyes” que justificaban el uso de medios eugenésicos, o al menos la exigencia de un certificado prenupcial, para así ir a tono con el fin de perfeccionar la especie. La retórica empleada por Valle Atilés buscaba justificar que los remedios eugenésicos eran los más humanistas y racionales ante las “leyes inflexibles” de las “reglas de la vida”, amparados en un “amor inteligente” y en nombre de una “noble y alta civilización”, en oposición a las posturas pasionales y fanáticas, incluyendo los imperativos del matrimonio religioso. Como ya señalaba Alfonso Panigua en el 1903, de igual modo que había leyes morales contra la poligamia y el incesto, era lógico/racional/humanista prohibir el casamiento y la reproducción de la degeneración, de la idiotez y de la locura³⁵¹. Era enteramente justificable, dirá Valle Atilés, concederle “poderes represivos” al Estado en pro del derecho de los niños a “ser nacidos sanos” y lograr la perfectibilidad física y evitar la propagación de mentalidades incompetentes³⁵², en particular los débiles mentales o aquellos que no “tienen inteligencia bastante

³⁵⁰ Valle Atilés, “Eugénica”, 16.

³⁵¹ Alfonso Panigua, inspirado por los debates en España en torno a exigir un certificado prenupcial (ya para este periodo tenemos la conformación de un pensamiento eugenésico en ese país), buscaba incitar este debate, a nivel divulgativo, en el país para así cuestionar los límites del “matrimonio religioso”. El matrimonio religioso era presentado en Panigua como contrario a las “leyes naturales” y lo más lógico era utilizar la Higiene para prohibir aquella reproducción que evitase llegar hacia la “perfectibilidad física”. En el 1914 Valle Atilés dirá algo similar: si se prohibía el incesto y la poligamia por sus daños, pues era lógico hacer lo mismo para evitar el idiotismo, la demencia y otras degeneraciones. Ver Panigua, “Apuntes medico-sociales”, 27-28; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 82.

³⁵² Por ejemplo, según Valle Atilés en su artículo sobre “debilidad mental”, la “realidad científica” y el “mundo de los hechos” permitían conocer las “leyes inflexibles” que deducen las “reglas de la vida”, y para poder lograr una vida “robusta y sana” era necesaria la “conquista de los instintos y pasiones” en nombre de una “noble y alta civilización. Ya esto lo había señalado en su conferencia “Eugénica” cuando declaraba: “Nada de amor ciego; amor, sí, pero amor inteligente; que no son cosas incompatibles el corazón y la inteligencia. A esto hay que añadir la solicitud de leyes que den al Estado poderes represivos para evitar la propagación de mentalidades incompetentes; no por la destrucción del inepto para las funciones de la paternidad, sino por la segregación y la esterilización; y todo esto fundado en un

para gobernarse a sí mismos”³⁵³. Sin embargo, tales reclamos de lograr un certificado prenupcial o regular la reproducción no pudieron concretarse en este periodo, pero sí, y muy a tono con otros países latinoamericanos³⁵⁴, en la década de los treinta (como veremos en el próximo capítulo).

Cierto es que la eugenesia no fue un fenómeno público y visible durante esta época cuando lo comparamos, por ejemplo, con las campañas sanitarias de anemia. No obstante, el lenguaje eugenésico sí estaba presente indirectamente en dichas campañas, en particular en las discusiones respecto a los efectos degenerativos de los “venenos sociales” (sífilis, alcoholismo y, en particular, la tuberculosis) en la natalidad. Este tipo de lenguaje eugenésico, que destacaba la degeneración racial/de la especie, la presencia de taras defectuosas y la necesidad de regular la reproducción y/o los matrimonios, era utilizado de forma relativamente acrítica por médicos e intelectuales, independientemente de sus posturas o afiliaciones con el neomaltusianismo y la eugenesia. Dicha teoría y lenguaje eugenésico fueron menos debatidos, públicos y visibles que el asunto de la etiología de la anemia. Y, como mencionamos anteriormente, esta “visibilidad” respecto a la anemia y la figura de Ashford es parte del problema, dado que eclipsa los demás debates médicos y epistemológicos de la época.

4. Límites y críticas epistemológicas: la “problematización” de Ashford y Ashford como problema

La preeminencia de Ashford y sus campañas de anemia, con la consecuente invisibilización de otros fenómenos y teorías, notablemente las eugenésicas, requiere que primero nos detengamos y

principio de derecho indiscutible. El derecho del niño a que le traigan al mundo sano, sin estigmas físicos ni morales que le hagan infeliz toda la vida”. Ver Valle Atilas, “Eugénica”, 20; Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 23.

³⁵³ En el caso de los débiles mentales era lógico que la sociedad “guíe y dirija los convenios de matrimonios evitando en cuanto sea posibles que aquellos individuos que no tienen inteligencia bastante para gobernarse a sí mismos, celebren contratos conyugales de los que haya de resultar hijos débiles mentales. Ver Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 39.

³⁵⁴ Ver Valeria Natividad Almirón, “Las discusiones médicas sobre el certificado prenupcial en Latinoamérica: Brasil, México y Perú”, *Revista de la Red Intercatedras de Historia de América Latina Contemporánea* II, n°4 (2016): 89-103.

discutamos cómo Ashford identificó y fue identificado/reconocido como el descubridor de la etiología de la anemia. De esta forma podremos deslindar los límites y presencia de un lenguaje medicalizador, biopolítico y racalista que confluía armónicamente con cierta modalidad del lenguaje eugenésico. Vale recordar cómo dicho descubrimiento era presentado como si pudiese explicar los problemas socioeconómicos y los prejuicios coloniales del País. Esta forma de (re)presentar el descubrimiento buscaba denotar una supuesta ruptura con la Tradición y, cónsono con los discursos científicos y progresivistas de la época, significar dicho conocimiento como “revolucionario”, difícil y sujeto a resistencias, características que a su vez brindaban un tono heroico a la narrativa del descubrimiento.

La uncinariasis era, en la narrativa de Ashford el protagonista de esa “tragedia” (casi shakespeariana) llamada “anemia”³⁵⁵ y esto significaba que la mayoría de las muertes atribuidas a la “anemia” se debían en realidad a la uncinariasis. Sin embargo, y esto hay que recalcarlo, esta redefinición de lo que era la causa “trágica” de la anemia se justificó ante unas cifras altas de mortalidad, cuya validez resulta cuestionable (y que no se repitieron) y asociación con la uncinariasis fue más inferida que constatada empíricamente³⁵⁶. Ashford buscaba reconceptualizar qué era la “anemia” o al menos insistir en que la causa inmediata de la mayoría de las enfermedades

³⁵⁵ En ese sentido, para Ashford hablar de una “anemia sin uncinaria” era como hablar de “Hamlet sin Hamlet”; entiéndase sin su personaje principal, troncal y que define la narrativa trágica. El propio Ashford no se opusiera a la noción de que una mala dieta pudiese empeorar la infección. La diferencia se nota más, a nivel epistemológico, cuando se acentúa que el objetivo de la postura de Ashford, al ser consecuente con la medicina tropical, era encontrar el vector de transmisión y analizar su relación con el “medio”, en tanto y en cuanto tal espacio geográfico facilitaba su reproducción. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 113.

³⁵⁶ Se supone que en el 1899 de un total de 35,781 muertes se atribuyeron 11,885 a “anemia”, pero ninguna fue atribuida específicamente a la anemia por uncinariasis. Este detalle apuntaba, de acuerdo con Ashford y Gutiérrez Igaravidez, que los hallazgos de Ashford no habían sido aún asumidos. No obstante, y vale la pena destacarlo, eso no detuvo a Ashford de presumir que todos esos casos eran debido a uncinariasis. Vale notar que en ningún otro momento vamos a encontrar un número tan alto de muertes por anemias (antes o después de la campaña de Ashford). A su vez, como veremos más adelante, resulta confuso saber cuántos de dichos casos identificados como “anemia” eran realmente anemia, uncinariasis o *hookworm*, y no casos de malaria, diarrea, enteritis, tuberculosis y otras enfermedades que manifestaban síntomas similares. Los criterios de identificación, aún para las primeras tres décadas del siglo XX, si bien mostraban precisiones y detalles no presentes para finales del siglo XIX, no dejaron de ser, según el propio Ashford, incompletos y erráticos. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, “Summary”, 1758.

consideradas anémicas era la uncinariasis y no otras causas, que podían predisponer a la anemia, como la dieta, la pobreza u otras enfermedades. Esta distinción, entre la “verdadera causa” desde una perspectiva etiológica, en oposición a las condiciones climatológicas y circunstanciales que predisponían a una enfermedad, se presentaba como una ruptura moderna y progresiva que evitaba los excesos de la superada teoría de los miasmas y las teorías de la aclimatación de finales del siglo XVIII y mediados del XIX.

En su narrativa, Ashford destacaba que hubo dificultades y resistencias para convencer a las autoridades municipales que la causa precipitante e inmediata, el verdadero protagonista, era un parásito. Esta resistencia “a la verdad” había sucedido también con otras enfermedades cuya etiología apuntaba a infecciones vía animales (como el mosquito) y la culpa la tenían los medios de comunicación y los políticos³⁵⁷. Esta distinción, entre los métodos objetivos y neutrales de la ciencia y las manipulaciones de los políticos y los medios de comunicación para representar la verdad, era importante dentro del discurso médico y científico. Ashford presentaba su postura como un descubrimiento científico que no tenía intenciones ideológicas ni políticas y que tenía objetivos concretos. Hasta cierto punto esto pudiese parecer ser cierto, Ashford no buscaba “curar” los problemas ambientales e higiénicos que existían alrededor de la pobreza y la nutrición, y por

³⁵⁷ Cuando no fueron los medios de comunicación, eran los europeos, en particular los españoles, los que malentendían y atacaban sin sentido —“*senseless attack*”— las campañas contra el parásito, calificándolo como una especie de “*Yankee pest*” que justificaba remediar/curar el problema del hambre a través del uso de un vermífugo. Al respecto sí hay que hacer la aclaración, valiéndonos de los análisis de Rodríguez Ocaña y Menéndez Ocaño sobre el caso de España, que no hay evidencia de que los médicos españoles hubiesen reconocido la existencia de la anquilostomiasis en Puerto Rico para finales del siglo XIX, e inclusive tampoco en España durante la primera década del siglo XX. Aún si para finales del siglo XIX se habían identificado casos de cuatro fallecidos por anquilostomiasis en las minas de Linares, atendidos por Enrique Lara, dicho incidente no llamó la atención al resto de la comunidad médica en ese momento. Durante la primera década del siglo XX encontramos algunos médicos que atienden el asunto de parasitosis en los mineros (Eladio León Castro y Manuel Iglesias). Sin embargo, no es hasta el 1911, cuando José Codina envía a la RF o la *International Health Commission* (IHC), su investigación sobre la anquilostomiasis en los mineros, que se puede ver cierto interés público en el asunto. Aun así, el uso de análisis hematológicos y otros procedimientos utilizados en los dispensarios de Ashford no se extendieron en España hasta la década del veinte del siglo XX. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, “Summary”, 1757-58; Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 30; Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro, “Higiene contra la Anemia de los mineros”, 223-227, 229.

eso su conceptualización de la anemia se reducía a la uncinariasis. Sin embargo, como veremos más adelante (en esta y otras secciones), hubo omisiones e insistencias en Ashford que nos permiten apreciar que el médico militar sí tenía sesgos e intereses ideológicos y políticos; en particular, si consideramos el valor social y político que estaba adquiriendo el saber médico para resolver problemas sociales.

Aunque Ashford y sus colaboradores reconocían que ningún medicamento podía resolver los problemas y efectos de una higiene y nutrición defectuosa³⁵⁸, el acento en la eficacia de su tratamiento y acercamiento etiológico buscaba autorizar su modelo como más práctico e interesado en el bienestar inmediato del jbaro. Inclusive Ashford y la Comisión de Anemia auspiciaban la necesidad de mejorar la alimentación y las condiciones higiénicas (en particular proveer zapatos y letrinas³⁵⁹). No obstante, estas necesidades no fueron compulsorias ni financiadas. Se pudiese argüir que Ashford asumió una postura práctica en torno a lo que podía lograrse a través de los fondos adjudicados para soluciones más inmediatas (y no a largo plazo), que en este caso era el uso de dispensarios y un enfoque alopático/biomédicos (de uso de vermífugos). No obstante, aún si concedemos esto, tenemos otros problemas y discrepancias difíciles de ignorar, en particular en lo que concierne cierto nivel de transparencia y neutralidad científica.

Ashford fue inconsistente en su narrativa respecto a la relación causal entre uncinariasis y

³⁵⁸ Ashford, "Uncinariasis", 368, 370.

³⁵⁹ Desde la falta de zapatos hasta la necesidad de mejorar las condiciones de limpieza y la alimentación, todas estas reformas fueron presentadas por Ashford como necesarias a nivel estatal y privado, y eran consecuentes con lo que había expuesto Valle Atilas en su texto *El campesino* (libro que fue además una referencia pertinente para Ashford). Inclusive la Comisión de Anemia había puesto entre sus requisitos que los hacendados debían construir letrinas y enseñar a los campesinos los problemas de la contaminación del terreno. Se suponía que además de la propaganda respecto a la infección por uncinariasis, se habían enviado también unas instrucciones a las haciendas que explicaban los modos de contagio, así como la detección de ciertos síntomas para entonces enviar los trabajadores a los dispensarios y, entre otras cosas, destacaban que la anemia afectaba la productividad. Para reforzar el argumento la campaña había notado a nivel empírico que aquellos con zapatos no tendían a padecer de mazamorra ni anemia, y que muchos de los afectados no tendían a tener un lugar adecuado para defecar. Aunque Ashford y Gutiérrez Igaravidez parecen promulgar esta visión, fue Stahl quien sugirió la necesidad de que dichas doctrinas sanitarias fuesen enseñadas en la escuela. Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 15, 23, 43, 134, 170, 183, 200; Amador, *Medicine*, 79.

anemia, en ocasiones reconociendo la uncinariasis como una de las causas más pertinentes y en otras como la causa exclusiva. Consecuentemente también hubo cierta inflación en su narrativa respecto a la efectividad y utilidad del timol como el remedio más eficaz, y respecto a las causas para que la epidemia fuese, una y otra vez, endémica, evitable y permanente. Esto puede notarse si se compara la narrativa de los textos que sintetizan los logros de las campañas cuando son redactadas por Ashford y Gutierrez Igaravidez, y la de los otros informes, en particular los informes preliminares de los distintos directores en los dispensarios alrededor de la Isla. En ese sentido, existe una diferencia en contenido y tono entre el primer informe del 1904, el libro publicado por Ashford y Gutiérrez en el 1911, y el informe preliminar del 1907 (el cual llevó a la comisión permanente para la supresión de uncinariasis). Inclusive pareciera que el texto en donde más críticas son visibles son los que no son, aparentemente, de la autoría de Ashford o King³⁶⁰.

Ya hemos mencionado, a tono con el análisis de Trujillo, que la postura de Ashford buscaba desplazar la de los médicos criollos. Sin embargo, tenemos que también señalar como varios

³⁶⁰ En el primer informe del 1904 tenemos como miembros principales de la Comisión a Ashford, King y Gutiérrez Igaravidez. Los tres médicos son también los redactores del informe. Dicho texto contiene a su vez una suerte de síntesis de lo informado por los demás directores de las subestaciones y dispensarios en la Isla. La narrativa y sintaxis no es una reproducción de cada director sino más bien un resumen por la redacción (y desconocemos aquí cómo fue la distribución entre los tres). Sin embargo, si vamos al reporte del 1907 (1906-1907), a partir de que se solicitase y se aprobara por ley una comisión permanente, notamos varios cambios pertinentes que pudiesen afectar la redacción: la presidencia de dicho proyecto cae en manos de Gutiérrez Igaravidez, con I. Gonzalez Martinez y F. Sein y Sein como asociados (Ashford y King son calificados como miembros honorarios). Este texto también contiene en sus primeras páginas una lista de todos los directores en sus respectivos pueblos (esto no aparece en el primer informe del 1904 ni, al menos no de forma explícita, en el libro publicado en el 1911 por Ashford y Gutiérrez Igaravidez). Sin embargo, lo más interesante es que contiene toda una sección que resalta el uso de las profilaxis necesarias para la supresión de la anemia (pp. 63-67) y una reproducción de todos los reportes de los directores (pp.73-118). Ambas secciones aparecen en la versión bilingüe, pero con algunas distinciones curiosas. Si se comparan la versión en inglés y en español del informe, la primera utiliza el título de *recommendations* mientras que en español tiene un título más largo y explícito: “Educación profiláctica y disposiciones legales necesarias para la supresión de la uncinariasis en Puerto Rico”. Incluso la redacción es distinta, la sección en inglés estaba más centrada en el aspecto financiero mientras que la sección en español resaltaba más la necesidad de educar y tomar en consideración medidas higiénicas-profilácticas. Lo más llamativo es que estos detalles, junto a los contenidos y tonos de la sección aludida respecto a educación profiláctica, no aparecen reproducidos en el libro de Ashford y Gutiérrez en el 1912. Ver Comisión de Anemia en Puerto Rico, *Anemia in Porto Rico: 1905 Preliminar Report (English-Español). Informe de la Comisión Permanente para la supresión de la Uncinariasis en Puerto Rico correspondiente al año fiscal 1906-1907* (San Juan: Bureau of Printing and Supplies, 1907), 63-67, 73-118.

médicos trabajando en la Comisión discrepaban del discurso oficial de éxito respecto a la supuesta cura de la “anemia”. La discusión no fue nunca respecto a la utilidad de la identificación vía microscopio y al uso alopático de un vermífugo sino respecto a la presencia de otros parásitos, a los efectos secundarios nocivos del timol y como esto, junto a una posible falta de propaganda, cooperación y recursos llevaba a cierto nivel de ausentismo y de tratamientos incompletos (los pacientes no retornaban ni tomaban las dosis requeridas para darle continuidad a su caso).

Agustín Stahl, director de la estación de Bayamón (1906-1907), recordaba e insistía en el rol de la dieta y de las medidas profilácticas para tratar la anemia —aún sí reconocía, como sus demás colegas, que estas solas no podían curar la “anemia” o la uncinariasis³⁶¹. No obstante, Stahl no era el único y había directores que insistían en la importancia de reformas sanitarias³⁶². Estas observaciones de Stahl no aparecen (so pena una mención respecto a la importancia de la educación higiénica) en el libro del 1911, y era de esperarse. Como ya ha señalado Trujillo, la postura que destacaba la relevancia de medidas profilácticas antagonizaba con cierto discurso “modernista” enfocado en la eficacia del modelo alopático para curar vía la expulsión del parásito³⁶³.

Otras omisiones sugestivas en el libro del 1911 son en torno a problemas de asistencia a los dispensarios, sea por problemas de acceso, de caminos o inclusive por la sensación del timol³⁶⁴.

³⁶¹ Cuando en el 1904 la Comisión de Anemia resume el informe de Stahl se declaraba que la causa determinante era la uncinaria y no la pobreza, e igualmente que “el régimen dietético, la higiene, los ferruginosos, quínicos, etc., son ineficaces para combatir la anemia aquí”. Sin embargo, en el Informe Preliminar un año más tarde, en donde aparecen más detalles de lo dicho por los propios directores (y no un resumen), Stahl destacaba la importancia fundamental de las medidas profilácticas e higiénicas y la necesidad de que tales fueran enseñadas a nivel propagandístico. Ver *Anemia en Puerto Rico: Informe de la Comisión nombrada para el estudio y tratamiento de la “anemia” en Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Printing and Supplies, 1904), 118-19; Comisión de Anemia en Puerto Rico, *Anemia in Porto Rico: 1905 Preliminar Report (English-Español). Informe de la Comisión Permanente para la supresión de la Uncinariasis en Puerto Rico correspondiente al año fiscal 1906-1907* (San Juan: Bureau of Printing and Supplies, 1907), 81.

³⁶² Por ejemplo, Miguel Roses Artau, director de la estación en Utuado, discutía la pertinencia de la dieta para evitar la debilitación del organismo y sugería a la Comisión considerar la validez de las ideas respecto a la anemia de los pasados 70 a 80 años. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 145-46, 149.

³⁶³ Trujillo, *Modern Colonization*, 141, 147, 149.

³⁶⁴ Pareciera que el uso del timol tenía que ver más con su rapidez y efectividad que la sensación que este

Aunque la mayoría de las observaciones tendían a ser positivas, tanto respecto al uso del timol como de los objetivos alopáticos y metodológicos (el análisis de microscópico), no deja de llamar la atención la selectividad de las omisiones. Por ejemplo, algunas de estas observaciones ponen en duda los señalamientos de Ashford en torno a la asistencia masiva y a una proporción alta de curación. Si bien estas omisiones pudiesen entenderse dentro de una perspectiva pragmática o hasta utilitarista que justificase estas omisiones en nombre del “bien común” de incentivar la financiación de los dispensarios (incluso su aplicación en el sur de los Estados Unidos y la futura intervención de la RF), también se tuviese que recalcar cómo el rol que asumía Ashford de “descubridor” y autoridad para redimir los problemas sanitarios y socioeconómicos del país son un ejemplo de los usos políticos, y muy sesgados, del saber científico.

Tomemos como ejemplo una discusión curiosa y relevante que se da entre Ashford y un médico que inicialmente defendía su postura y después la reevaluó críticamente dentro de un espacio académico-científico y relativamente público (publicaciones en el BAMPR). Como ha señalado al

proporcionaba en términos de malestar (vale notar que hoy en día el timol fuese usado con más cautela por sus efectos secundarios a nivel digestivo); y porque cuanto más rápido se expulsaran los parásitos, más rápido podían retornar al trabajo los campesinos. En ocasiones pareciera que los hacendados no eran muy cooperativos o flexibles con las ausencias de sus empleados, pese a que una mejoría en salud se interpretaba como una mejor inversión en aumento de productividad —o al menos eso era lo prometido por Ashford. Por ejemplo, E. Canino, de la estación de Aibonito, destacaba que varios pacientes no tomaron suficientes dosis del antihelmíntico “para por completo extinguirla”, y optaba por utilizar el timol por su rapidez y así evitar “que los pacientes hagan más visitas á la Estación, librándoles así de los perjuicios que en sus trabajos tales visitas pudieran proporcionales”. A su vez, la mención de medidas profilácticas no la encontramos solo en Stahl, sino en otros médicos como Guillermo Carrera, de la estación de Vieques, quien destacaba la importancia de la profilaxis. Esto iba de la mano con la queja de algunos médicos, como González, de la estación de Isabela, que mencionaba problemas de asistencia y el repudio de los campesinos a traer sus heces y a creer que la causa de su enfermedad, de su “mazamorra”, era un parásito y no la alimentación. Una crítica llamativa, que inclusive no es muy frecuente, pero coincide con la observación de otros médicos como Luis García de Quevedo —quien veremos más adelante—, es la de Rafael Cestero, de la estación de Guayama. Cestero sugería que se usara la santonina, el calomelanos y el helecho macho porque otros parásitos como los áscaris, la tricocéfalo y las tenias eran inmunes al timol. Esto pareciera sugerir que había otros parásitos pertinentes además de la uncinaria que causaban eso que se llamaba “anemia”. A su vez, Ashford y Gutiérrez Igaravidez hacen una mención muy pasajera a que el timol no debería ser usado en mujeres embarazadas porque podía causarles abortar (lo cual sucedió al menos en dos casos, de un total de 11, observados por los galenos). Para más detalles ver Comisión de Anemia en Puerto Rico, *Anemia*, 73-76, 95, 98-99, 115; Ashford & Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 138; Trujillo, *Modern Colonization*, 193-199; Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro, “Higiene contra la Anemia de los mineros”, 221.

respecto Feliú, “surgieron voces” que se “distanciaron del optimismo que dichos resultados generaron”³⁶⁵. Se trata de Luis García de Quevedo, que en el 1903 (desde Maryland), discutía las contradicciones que había en las explicaciones que insistían en aludir al clima y la alimentación como “factores principales” de la anemia³⁶⁶. García de Quevedo reiteraba la diferencia entre las condiciones que predisponen y contribuyen a una enfermedad, como la alimentación y el clima, y los factores principales que eran la causa inmediata de los síntomas —a tono, no solo con los hallazgos de Ashford sino las campañas de la RF respecto a la “clorosis egipcia”. Sin embargo, en el 1915 García Quevedo retoma sus observaciones y ofrece una crítica a partir de su experiencia personal y clínica (de 11 años), no en detrimento de la labor de Ashford y las campañas, sino para aclarar que la “anemia típica de nuestro país no es causada solamente por las toxinas de un parásito intestinal determinado” sino de “causas concomitantes que obran sobre el organismo hasta producirla y de circunstancias especiales el medio en que vive y se desarrolla la población”³⁶⁷. Dichas causas debían darse en un “medio completamente desfavorable” que incluía la “falta de alimentos apropiada, falta de higiene y buena habitación y falta de atención médica a sus enfermedades”; y de ese modo desembocar en una “intoxicación crónica del organismo” la cual llevaba “al extremo de pobreza fisiológica que es la triste y dolorosa característica de nuestros campesinos”³⁶⁸.

En otras palabras, la crítica del galeno apuntaba a que había otras enfermedades e incluso

³⁶⁵ Feliú, “Despenado”, 177. No es casualidad que Feliú va a remitir también al caso del médico Luis García de Quevedo, que vamos a analizar próximamente.

³⁶⁶ García de Quevedo cuestionaba cómo era posible que el aspecto de los jíbaros no fuera más saludable si su ambiente, con “aire libre” y “puro”, debía en realidad hacerlos más “coloraditos” —o sea, por qué no eran “rosadas” sus mejillas— e invocaba patrióticamente que se dejase de atribuir a estos dos como “factores principales” y se considerara a los parásitos. Ver Luis García de Quevedo, “Uncinariasis ó Ankilostomiasis con la historia clínica de un caso II”, *BAMPR* I, n°10 (1903): 155-157, 157

³⁶⁷ Luis García de Quevedo, “La anemia de Puerto Rico y sus causas”, *BAMPR* XI, n°107 (1915): 88-97, 90.

³⁶⁸ García de Quevedo, “La anemia”, 95.

parásitos que podían causar la anemia³⁶⁹, además de resaltar la importancia de que hubiese un “medio” que favoreciera los síntomas y aspectos que asociamos con la “anemia”. El Dr. Saldaña defendía la postura de García de Quevedo, en tanto y en cuanto este asumía que no había una sola razón o causa exclusiva que produzca la anemia. Ashford acentuaba que los parásitos mencionados por García de Quevedo no “causaban *anemia generalmente*” sino que era la uncinaria, y que la eficacia empírica de su tratamiento (incluyendo el aumento de hemoglobina en los campesinos) evidenciaba que la causa de la anemia era la uncinariasis³⁷⁰. Con esto, Ashford parecía desacreditar las observaciones clínicas de García de Quevedo, quien culmina la discusión señalando: “la última palabra sobre la anemia del jíbaro no se ha pronunciado aún y admitiendo como conclusiva la teoría de que el necátor americanus era la única y exclusiva causa de la anemia típica del país se cerraban las puertas a nuevas investigaciones³⁷¹”.

Este tipo de discusión nos permite ver al celo que tuvo Ashford en querer ser reconocido como el descubridor de una nueva especie de parásito sino como el autor/autoridad que dio la primera y última palabra respecto a la anemia. Vale la pena recordar la frustración que tuvo Ashford ante su disputa con Charles Stiles respecto al *Necator Americanus* y el rol de dicho descubrimiento para

³⁶⁹ El galeno incluía otras causas que producían una toxicidad que desembocaba en anemia como era la presencia de otros parásitos en el tubo intestinal (como el tricocéfalo y las ascárides) y/o condiciones que intoxicaban como eran los casos crónicos de estreñimiento, caquexias palúdicas y otros defectos que podían causar esos síntomas, tanto físicos como mentales, que erróneamente se asumían como exclusivos a los uncinariásicos (como la apatía y la falta de actividad mental). Según García de Quevedo, muchas veces se encontraba en sus pacientes: 1) que no había parásitos sino caquexia palúdica o filarica —la cual podía “presentar todos los síntomas que aquí atribuimos invariablemente a la anquilostomiasis y puede ser responsable también de la apatía y de la falta de actividad mental que creíamos patrimonio exclusivo de los uncinariásicos”—; 2) un “estreñimiento crónico” muy recurrente —“Esa falta de metodismo y de regularidad” era algo “típico e inherente a nuestros paisanos”— que llevaba a “auto-intoxicaciones lentas, crónicas” que causaban anemia y otras crisis que podían simular tifoidea, paludismo, meningitis y apendicitis, entre otras; 3) defectos dentarios. Ver García de Quevedo, “La anemia”, 90-93,

³⁷⁰ García de Quevedo había señalado que el índice de hemoglobina no había aumentado de forma visible en el campesino. Ashford argüía que el promedio de hemoglobina sí había aumentado (de 43.09% a 72.22%), además de que de acuerdo con una encuesta con 224 hacendados había un aumento de 61.7% en eficiencia laboral. Estos datos de Ashford resultan un poco cuestionables, como veremos en otra sección. Ver García de Quevedo, “La anemia”, 95.

³⁷¹ García de Quevedo, “La anemia”, 97.

el mejoramiento y tratamiento de los trabajadores anémicos en el sur de los Estados Unidos³⁷². No solo eso, sino que los resultados de Ashford contradecían lo que Stiles y otros habían dicho respecto a la baja mortalidad de estas infecciones parasitarias; y en ese sentido minusvaloraban los efectos positivos de la intervención estadounidense en la salud del País. En ese sentido, Ashford fue resignificado por el discurso colonial estadounidense como una figura clave para demostrar los progresos sanitarios y económicos de la intervención estadounidense, en particular ante al aumento de mortalidad de finales de siglo XIX y principios del XX. A tono con lo ya expuesto por Trujillo, la investigación de Ashford pudiese verse como un modo de distraer del contexto politizado respecto a la dieta y la nutrición y dirigirse hacia el desarrollo de curas científicas como un producto del Progreso y de la intervención estadounidense³⁷³. En otras palabras, la medicalización de los problemas que padecía la industria del cafetal distraía de las preocupaciones y reclamos de los trabajos respecto a la colonización estadounidense y los efectos de la impuesta industria azucarera³⁷⁴.

A su vez estas discrepancias en la narrativa de Ashford podían facilitarse, en parte, porque el manejo de información en torno al tema era limitado y errático. Inclusive, a nivel general el manejo de información epidemiológica fue limitado, errático y potencialmente fácil de malinterpretar,

³⁷²Trujillo ha discutido este problema de reconocimiento y autoría o "*ownership*" respecto a la causa principal de lo que los puertorriqueños, e incluso los estadounidenses del sur, llamaban "anemia". El Dr. Charles Stiles, especialista en zoología y mentor de Ashford, había mencionado la presencia del anquilostoma/*hookworm* en el sur de los Estados Unidos durante un seminario en el 1896 en Georgetown (en donde estudió Ashford). En el 1899 Ashford le envió los especímenes de la uncinaria para reclamar su descubrimiento, pero Stiles describió dos tipos de especímenes, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*, tomando crédito por descubrir el anquilostoma/*hookworm* en el sur. Dicho crédito le permitió a Stiles recibir los beneficios de la Rockefeller Foundation para llevar a cabo su campaña en el sur de los Estados Unidos. Ashford al saber de esto se quejó a la milicia, y exponía que él tenía más credenciales al ser un médico y descubrir que la especie en Puerto Rico era una variedad europea y distinta a la Uncinaria americana descrita por Stiles. A su vez Stiles también acentuó que la uncinarisis no era en sí fatal, hecho que Ashford reconocía de forma selectiva, pero omitía cuando a nivel del discurso oficial se asumía el tratamiento de la uncinariasis para explicar la baja en mortalidad a principios del siglo XX. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 20, 89, 149; Trujillo, *Health*, 147-48.

³⁷³ Trujillo, *Modern Colonial*, 182.

³⁷⁴ Trujillo, *Modern Colonial*, 190.

manipular y sesgar para acomodar intereses particulares (intencionalmente o no, inconsciente o maliciosamente, eso es ya otro asunto).

5. Problemas epistemológicos en torno a la validez de los diagnósticos y los datos epidemiológicos

Durante las primeras décadas del siglo XX, varios médicos, no pocos de ellos en puestos administrativos, señalaron las deficiencias en torno a la calidad de las estadísticas y la recopilación de datos. Hubo problemas relacionados a cómo se registraban las causas de muerte, al uso de categorías cuestionables en dichos procesos y una tendencia a no reportar dicha información a los negociados o instituciones correspondientes. Durante la primera década se llegó inclusive a decir que toda interpretación de datos estadísticos era ilusoria³⁷⁵.

Por ejemplo, en uno de los informes de la Comisión de la Anemia se criticaba que la malaria había sido generalmente mal diagnosticada cuando en realidad se trataba de uncinariasis. Dicho error se debía a que los médicos amparaban su diagnóstico en las “enfermedades populares” y una historia clínica inconclusa en vez que una revisión microscópica³⁷⁶. Ya aquí podemos ver cómo el paludismo era problematizado como un diagnóstico impreciso y no fue raro ver cómo durante la primera década se llegó inclusive a subestimar los casos de malaria³⁷⁷ (y posiblemente se identificaron como “anemia” o casos de diarrea y enteritis). Durante la segunda y tercera década del siglo XX, se invierte el reclamo: era difícil diagnosticar la malaria correctamente, y por ende

³⁷⁵ Las estadísticas, nos recordara Stahl en el 1903, haciendo eco a su trabajo de finales del siglo XIX, eran aún un problema. En el 1907 el director del Consolidado menciona que el trabajo estadístico era “defectivo” (*defective*) e inexistente” (*does not exist*) y por consecuente cualquier análisis epidemiológico resultaba ilusorio (*illusory*). Ver Stahl, “Fecundidad de la mujer en Puerto-Rico II”, *BAMPR I*, n°3(1903), 33-5, 33; Post, *Report. 1907*, 342.

³⁷⁶ En el 1914, Lippit argüía que los hallazgos de identificación microscópica en Utuado (particularmente en los barrios de Río Abajo y Arenas), demostraba que existían pocos casos de malaria, que testimonios de lo contrario en tal región estaban erróneos y amparados en que los médicos se dejaban ir por el “diagnostico popular” (a diferencia de identificar vía análisis microscopico). Ver Lippit et al, “Preliminary Report”, 26.

³⁷⁷ Llama la atención que el Director del Consolidado en el 1910 encontrase sospechoso un número tan algo de decesos por malaria en el 1910 (1,777) para que después de se dijese lo contrario. Ver Colton, *Report. 1910*, 212.

se subestimaba, dada su similitud con la tuberculosis, la fiebre tifoidea y otros procesos infecciosos (incluyendo la anemia) o poner erróneamente como palúdicas “todas aquellas dolencias caracterizadas por más o menos manifiesta periodicidad”³⁷⁸. En el 1925, Earle (de la RF) señalaba el problema recurrente respecto a los errores de diagnóstico y al uso errático de categorías y métodos para registrar las causas de muerte³⁷⁹, en particular las negligencias de los médicos al no informar las enfermedades transmisibles. Este problema ya había sido señalado por otros oficiales sanitarios y administrativos que no le daban ninguna credibilidad a los casos registrados ni causas de muerte por malaria. En ese sentido no eran raras las discrepancias entre casos reportados y decesos, siendo el segundo mayor a los primeros³⁸⁰. Curiosamente dicho problema también apuntaba a otro, menos destacado pero hartamente reconocido, la falta de suficientes médicos y acceso a servicios médicos (lo cual llevaba a que los médicos dependiesen de familiares que relataran los síntomas, no pocas veces mortales, de sus allegados enfermos).

Igualmente, las estadísticas respecto a los “venenos sociales”, en particular la sífilis y la tuberculosis, eran problemáticas. En lo que concierne la sífilis, desde inicios del siglo XX hasta finales de la década de los veinte, no había un método de identificación preciso y por consiguiente los datos estadísticos existentes eran desconfiables³⁸¹. En ese sentido, hubo una tendencia de

³⁷⁸ Ver Torregrosa, “Malaria”, 370. En el 1925 Earle, de la RF, señalaba nuevamente la dificultad de diagnosticar correctamente la malaria, siendo esta erróneamente confundida con anemia perniciosa, desnutrición y otros desórdenes. Earle advertía las limitaciones al interpretar las estadísticas de casos de malaria, señalando que muchos casos, al no ser fatales, no tendían a ser reportados y muchos pacientes posiblemente no eran atendidos hasta llegar su muerte, por ende, el médico municipal asignaba en el certificado de muerte la causa de muerte más obvia de acuerdo con los síntomas descritos por los familiares. Ver Earle, “Malaria”, 13.

³⁷⁹ Ya en el 1911 Lippit, retomando un tema recurrente, exigía la formación reglamentada de un sistema clasificatorio uniforme para el registro de las enfermedades. Ver Colton, *Report. 1911*, 265.

³⁸⁰ En el 1915 también se señalará algo similar al notar las discrepancias entre el número de casos registrados con malaria y el número de muertos. Esta discrepancia demostraba que los médicos no estaban informando a los negociados los enfermos atendidos que padecían de enfermedades transmisibles. Igualmente se comentaba que los diagnósticos puestos en el certificado de defunción no eran confiables. Ver Yager, *Report. 1915*, 66-67.

³⁸¹ Ver, por ejemplo, Goodman, “Prostitution”, 518.; Oscar Costa Mandry, “Syphilis in Porto Rico. I. Its prevalence as shown by the Wasserman reaction”, *PRHPHTM VII*, n°2 (1931): 209-31, 209.

exacerbar o inflar dichos números³⁸². La identificación fue más precisa a partir de hacerse compulsorio el uso de la reacción Wasserman en los dispensarios y clínicas gratuitas³⁸³. Igualmente, un mejor conocimiento de metodología experimental y estadísticas llevó a que se evitase, hasta cierto punto, una exageración e inflación en los cálculos sobre la sífilis en el país.

En las primeras décadas se estimaba un cálculo inflado de las sífilis, llegando a cifras tan altas como una prevalencia de casi 30%³⁸⁴, cuando la cifra más exacta era cerca de 10%³⁸⁵. En el 1930 se consideraba que la prevalencia era menor de 25% (entre 5% hasta 18%)³⁸⁶ y las cifras de mortandad eran bajas, pero se aclaraba que aún los datos eran desconfiables debido a los problemas en torno a cómo se reportaban las causas de mortandad³⁸⁷. Vale notar cómo en el 1931 Costa Mandry señalaba, a tono con los conocimientos metodológicos y estadísticos de la época, que las cifras en torno a la sífilis eran sesgadas porque solamente se estaba midiendo la población urbana y militar³⁸⁸, y porque algunos médicos ofrecían estimados (o inclusive especulaciones) a partir de su experiencia clínica (y no un análisis epidemiológico)³⁸⁹.

En el caso de la tuberculosis tenemos también reclamos similares en torno a la imprecisión

³⁸² Ver discusión respecto a este problema en Costa-Mandry, "Syphilis in", 211.

³⁸³ Costa-Mandry, "Syphilis in", 214.

³⁸⁴ Ejemplos de cifras infladas la encontramos en los estudios del coronel E.B. Vedder en el 1915 y en las cifras dadas por médicos a partir de sus experiencias clínicas en las décadas de los veinte. Ver discusión de estos problemas en Costa-Mandry, "Syphilis in", 210-211.

³⁸⁵ Costa Mandry consideraba que un estimado más propio fuese de 10%, al considerar que muchas de las estadísticas se amparaban solamente en la población urbana (que en el 1930 constituía 31.3% de la población) y por ende podían dar una imagen inflada que fluctuaba entre 14% hasta por encima de 25%. Ver Costa-Mandry, "Syphilis in", 220-22.

³⁸⁶ Cuando los datos eran estimados fuera de ciertos espacios (como los campamentos militares, el Manicomio y la cárcel (en San Juan), como eran las escuelas de caridad u otros lugares los análisis reflejaban porcentajes más bajos, cerca de 5%. Costa-Mandry, "Syphilis in", 214.

³⁸⁷ Costa-Mandry, "Syphilis in", 220.

³⁸⁸ Los porcentajes más altos de casos positivos a sífilis (fluctuando entre un 9% hasta un 26.6%) eran en la cárcel, el Manicomio y algunos campamentos (y en algunos había porcentajes de 5%). Para detalles del análisis epidemiológico hecho por Costa Mandry en el periodo del 1930-1931, centrándose en bases militares, prisiones, el Manicomio y otros grupos tomados al azar en las áreas urbanas ver Costa-Mandry, "Syphilis in", 216-17.

³⁸⁹ Por ejemplo, en el 1926 José Ferrer citaba, a partir de su experiencia clínica en San Juan una cifra de 10%. Un estudio del Hospital Presbiteriano en San Juan —al parecer en el 1930, vía comunicación personal de A. Pomaes a Costa Mandry—, en donde operaba un dispensario y clínica gratuita se llevó a cabo la prueba Kahn y se encontró que de 8,376 muestras 20% fueron positivas. García Cabrera, en el 1931 ofrecía una cifra de 25% a partir de su experiencia clínica como urólogo y especialista en sífilis. Ver Costa-Mandry, "Syphilis", 220.

estadística debido a la tendencia de los médicos a no informar los casos y el modo que se registraban las causas de muerte³⁹⁰. Aun para el 1925 Rodríguez Pastor mencionaba que en un breve censo en San Juan se identificaron 1,800 casos infectados de tuberculosis (un 2% de la población en tal pueblo) y la mayoría no habían sido reportados a las autoridades sanitarias³⁹¹. No fue hasta el 1928, según los análisis de Costa Mandry, que se publicaron datos más confiables, sistemáticos y precisos (y con ello el galeno señalaba que análisis anteriores al 1923 resultaban inconclusos³⁹²). Aunque del 1925³⁹³ en adelante se comenta sobre la mejoría en los modos de reportar e identificar los casos de tuberculosis, seguía habiendo problemas respecto al uso de categorías poco precisas como “debilidad congénita” o cantidades sospechosamente altas atribuidas exclusivamente a diarrea³⁹⁴ y “raquitismo”. La alta incidencia de raquitismo, considerando como un problema de traducción —entiéndase que muchos llamaban “raquitismo” el morir de “desnutrición” en vez que morir de raquitis (*rachitis*) —, apuntaba a una categoría ambigua que pudiese ser también causada en apariencia por otras enfermedades, como la malaria³⁹⁵.

En el 1928 Fernós Isern cuestionaba también las categorías, clasificaciones y modos en que se

³⁹⁰ Para principios de la década de los veinte Gómez Brioso decía que los casos y estadísticas eran cálculos aproximados por “ser trabajoso, difícil, obtener la notificación a que obliga la ley”, y Fernández García exponía que hasta el momento (1923) las estadísticas no eran exactas. A su vez, sin el uso de microscopios o laboratorios, o si quiera un protocolo de identificación las estadísticas, según Francisco Hernández, estaban “basadas en meras presunciones”. Estas no eran interpretaciones anómalas o exageradas y coincidían con los resultados del conocido “Townsend Report”— por James G. Townsend, en aquel entonces el *Surgeon General of U.S. Public Health Service*, comisionado por el gobernador en el 1922 para llevar a cabo un censo de la tuberculosis— que criticaban el “*underreporting*” de los casos de tuberculosis. Ver Gómez Brioso, “Salubridad”, 330; Fernández García, “El problema”, 360; Hernández, “Laboratorio Biológico”, 350; Rigau-Pérez, “The apogee”, 170.

³⁹¹ Rodríguez Pastor, “Organizing”, 21.

³⁹² Asimismo, Rodríguez Pastor aclaraba que los datos respecto a mortandad de tuberculosis, en particular información en torno a su distribución por raza y edades era también inconsistente antes del 1923. Ver Costa Mandry, “Epidemiology of”, 3; Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 439.

³⁹³ Vale apuntar que, a partir del 1925, en particular cuando tales datos sobre tuberculosis provenían de los dispensarios, los diagnósticos eran producto de análisis de laboratorio y rayos X, y en algunos casos la prueba Von-Pirquets. Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 441-42.

³⁹⁴ Ver Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 437.

³⁹⁵ Earle, “Malaria”, 13.

identificaban las enfermedades, en particular si tantas muertes atribuidas a enteritis no era en realidad un error de diagnóstico que reflejaba que la causa fuera un conjunto de otras condiciones, entre las cuales se destacaban aquellas producidas por déficits alimenticios³⁹⁶. Para comprender estos problemas vale detenernos un momento y contextualizar el problema en torno a cómo eran clasificadas y registradas las muertes. La pertinencia del 1923 cuando se discutía respecto a la confiabilidad y validez de las estadísticas tenía que ver con la formación, en ese mismo año, del Negociado de Estadísticas Vitales, bajo el mando de Manuel A. Pérez³⁹⁷. Pérez repetía las críticas en torno a la falta de cooperación de los municipios y los médicos para registrar las enfermedades³⁹⁸, resaltando que aún estaba la tendencia de utilizar los testimonios de familiares para certificar la causa de muerte³⁹⁹. El asunto no parece mejorar mucho en lo que resta de la década⁴⁰⁰.

Si a esto añadimos el uso de categorías que fácilmente podían confundirse entre sí y de problemas diagnosticando por falta de acceso a análisis microscópico, es muy probable que la

³⁹⁶ Fernós Isern, “Infantile Morbidity”, 462.

³⁹⁷ Manuel Pérez, jefe del aludido negociado fundado en el 1923, ofrece una suerte brevísima de historia de las estadísticas, que es en realidad una historia respecto al registro bautismal y civil en Puerto Rico, para explicar los déficits aún presentes. Inicia su recorrido con los registros bautismales en el siglo XVI y deteniéndose en el registro civil para finales del siglo XIX y el “*Civil Register*” del 1911 propuesto por la legislatura para el registro de nacimientos, matrimonios, emancipaciones y muertes, entre otras. Pérez también criticaba la poca autoridad del Departamento de Sanidad y la falta de cooperación de los médicos y las autoridades municipales. Ver Manuel A. Pérez, “Vital Statistics in Porto Rico”, *PRHR* I, n°9(1926): 3-8, 3-4

³⁹⁸ Se suponía que se usase la “*International List of Causes of Death*”, pero su uso era inconsistente o incompleto por parte de los médicos. Parte del problema, aclaraba Pérez, tenía que ver con la falta de cooperación, por parte de los médicos, de reportar sistemáticamente los casos de enfermedades transmisibles —“*Frankly speaking, most of them have always been negligent in this respect*—”. Ver Pérez, “Vital”, 6-7.

³⁹⁹ Se supone que las muertes debían ser certificadas por un médico (en teoría aquel que lo atendió en su último padecimiento). No obstante, la ley permitía que la persona que reportaba la muerte, junto a dos testigos, podía “examinar” y certificar dicha muerte en el Registro Civil (llamado Registro Demográfico a partir del 1930), para así entonces tener permiso y enterrar dicho muerto. Pérez criticaba la poca autoridad dada al Departamento de Sanidad al respecto y la dependencia en autoridades municipales. Dichos registros, que debían ser revisados por las autoridades municipales e insulares, rara vez lo eran y podían contener información imprecisa. Pérez, “Vital”, 5

⁴⁰⁰ En el 1926, en el informe del Negociado de Estadísticas Vitales, se repite esta crítica. Se señalaba que esto se debía a los pocos médicos que había y, por esa razón: “For this reason the physician in many instances has to guess the cause of death instead of scientifically determining it”. Ver “Report of the Bureau of Vital Statistics, 1925-1926”, *PRHR* II, n°4 (1926): 15-26, 15.

causa principal de muerte en el país fuese la tuberculosis⁴⁰¹. ¿Acaso no fuese legítimo pensar que estos problemas existían y estaban evidentemente presentes, tanto a nivel local como estatal, cuando se declaró, a principios del siglo XX, que la “anemia” era la causa principal de muerte en el país? Esto no menosprecia la extensión de la uncinariasis en Puerto Rico, aunque tal vez sí su prevalencia de 90%. Inclusive, vale la pena cuestionar los reclamos de Ashford sobre la eficacia y cantidad de tratados en los dispensarios, dado que, como sugieren los cálculos de Trujillo, se trató a una cantidad que fluctuó entre 8 a 20% de la población rural⁴⁰². Cifra que no de suyo no es pequeña ni menosprecia el trabajo loable de los dispensarios en contextos poco apremiantes, pero sí desmitifica la figura de Ashford y de los progresos de la “americanización”.

El objetivo de estas críticas no es señalar que existiesen unas obvias limitaciones y límites epistemológicos ni trazar una serie de errores que debieran rectificarse en lo que conciernen cálculos estadísticos o diagnósticos. Si apuntamos a estos límites epistemológicos y tecnológicos es para justamente contextualizar mejor las dificultades del contexto, y el modo selectivo en que ciertas enfermedades, y sus respectivos modos de identificación y tratamiento, fueron representadas y significadas como paradigmáticas, eclipsando así otros eventos.

Para entender mejor esto tenemos que abarcar más otro aspecto que hemos ido mencionando: el contexto socioeconómico y su relación con cómo eran representadas las epidemias de anemia, malaria y tuberculosis, junto a sus respectivas campañas. Y para ello hay que detenerse en el cómo el saber médico buscó “medicalizar” lo social.

⁴⁰¹ Rigau menciona este problema respecto a los diagnósticos, y aclara como algunas de las categorías utilizadas aún en el 1927 (ej. debilidad congénita, senilidad y nefritis) reflejaban como muchos de los pacientes no tuvieron acceso a análisis microbiológicos, radiológicos o patológicos. Si tomamos esto en cuenta, según Rigau, la causa principal de muerte fuese en realidad tuberculosis pulmonar. Curiosamente Rigau no aclara si esto aplica a las primeras dos décadas del siglo XX dado que lo mismo pudiese aplicarse a las muertes atribuidas a “anemia” a finales del siglo XIX y principios del XX. Rigau-Pérez, “The apogee”, 162.

⁴⁰² Trujillo, *Modern Colonization*, 195.

B. El saber médico ante los “problemas sociales”: el médico como economista, educador y comadrón

En las siguientes secciones veremos cómo el saber médico enmarcó “lo social” dentro de su discurso de la medicalización, extendiendo su rol para (re)presentarse como figuras aptas para dirigir, regular y remediar los problemas socioeconómicos del país. Y por eso veremos en cada subsecuente sección cómo los médicos buscaron operar como agentes para: 1) revitalizar una “economía anémica” y “enferma”; 2) educar, persuadir y regenerar la ignorancia de los enfermos; 3) moralizar y purificar las degeneraciones y “venenos sociales”, y ;4) proteger la futura prole (criándolos sin tener que criarlos)

No deja de llamar la atención cuánto del lenguaje utilizado por los médicos evocaba el ideal de la medicina como una especie de “ciencia moral” o “ciencia social” —equívoco común durante las primeras tres décadas del siglo XX. Se trataba de problemas médicos, desde la anemia y la tuberculosis hasta la debilidad mental, que estaban siendo delimitados como “problemas sociales”, y por consecuente “médico sociales⁴⁰³”. En este discurso medicalizador todo problema “vital” era representado principalmente como un problema, de higiene primero y después social. Como bien lo resume Valle Atilés en el 1914, “y ved como el problema económico va siempre unido al problema sanitario⁴⁰⁴”.

Consecuente con esto, vemos cómo ciertos médicos asumieron que sus roles como galenos e higienistas les facilitaba ser también economistas, educadores, criadores e incluso políticos (aún si insistían en los males e influencias de lo político). No es raro ver, por ejemplo, un médico e

⁴⁰³ Solo para proveer una idea de su frecuencia, muy somera, el referirse a “problemas sociales” como problemas médicos puede encontrarse en: Ashford, “Aspectos económicos”, 10; Vélez López, “Memoria”, 200; Quevedo Báez, “Dispensario”, 12; Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 35; Costa-Mandry, “Syphilis”, 212; Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 301.

⁴⁰⁴ Valle Atilés, “La controbucion”, 232.

intelectual como Quevedo Báez recalcar (en el 1913) que “la Medicina” era la más noble de las ciencias y tenía por ende una “alcance social tan grande”⁴⁰⁵. El dilema no estriba en apuntar a los errores de los médicos, como productos de ignorancia o habilidad, ni cuestionar si la medicina debe ser o es social (o si lo fue una vez o si dejó de serlo, dado a que siempre ha sido, de un modo u otro “social”)⁴⁰⁶. Lo que problematizamos son los efectos que tuvo esa “medicalización indefinida”, ese discurso que buscó reducir todo problema “vital” (sea este identificado como social, cultural, personal o asociado a la condición humana), y por consecuente toda aproximación epistemológica, metodológica o inclusive técnica, a uno médico-higiénico y sesgado por cierto uso de la biología.

Como ya hemos visto en secciones anteriores, existe desde inicios del siglo XX en Puerto Rico una mayor y loable especificidad y precisión del saber médico, tanto técnico como teórico, que permitió refinar los procesos de identificación de enfermedades y de tratamientos cada vez más individualizados. Sin embargo, cuando atendemos a los contenidos teóricos, argumentativos y prácticos de esta “medicina social”, no encontramos en realidad una refinación o elaboración precisa; muy al contrario, el análisis “social” se reducía a presentar la higiene y la sanidad como “fuentes” y causas eficientes para resolver la complejidad de los problemas socioeconómicos del país. El dilema es que dichos problemas “médico-sociales” reforzaron la identificación banal respecto al ser o no ser pobre, o a la igualmente banal solución respecto a si los trabajadores producen mucho o poco debido a su estado de salud o enfermedad. Esto llevó a simplificar, cuando no eclipsar, las complejas dificultades socioeconómicas y políticas del país⁴⁰⁷.

⁴⁰⁵ Quevedo Báez, “Dispensario de”, 12.

⁴⁰⁶ Vale recordar además la crítica hecha por Foucault a la antimedicina, la supuesta científicidad y eficacia de la medicina a partir del siglo XVIII, y la medicalización indefinida. Ver Michel Foucault, “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?” En *Michel Foucault, Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II*, (eds) Julia Varela y Fernando Álvarez Uría. (Barcelona. Paidós, 1999), 343-361, 341, 344-352

⁴⁰⁷ No es este el espacio para adentrarnos a las amplias dificultades socioeconómicas y políticas del país durante las primeras tres décadas del siglo XX, que van desde: 1) la expropiación de terrenos que llevó a muchos trabajadores a

Eso no quiere decir que, ante los déficits económicos, los médicos no hicieron ciertos reclamos legítimos y atinados en términos de reformas, recursos y servicios. Sin embargo, dichos reclamos al ser apalabrados en un discurso paternalista e higienista no dejaban de patologizar y hasta cierto punto culpabilizar a los grupos más afectados. Asimismo, y esto lo veremos particularmente en Ashford, la insistencia en buscar remedios prácticos y costo-eficientes (entiéndase barato) llevó, pese a las intenciones de los médicos, a que los efectos fuesen de corta duración hasta que no se invirtiesen en cambios infraestructurales y que se modificaran positivamente las condiciones de desigualdad social que sostenía el ciclo de epidemias “endémicas”. Como es de esperar, iniciaremos con Ashford y su campaña contra la uncinariasis.

1. El médico como economista: revitalizar una economía anémica

El discurso que reducía la anemia a la uncinariasis fue de la mano con demostrar cómo mejorar la salud implicaba mejorar la producción agrícola⁴⁰⁸. Sin embargo, como ya ha señalado Trujillo, este discurso médico ignoraba varios aspectos, entre ellos los ciclos de la labor agrícola (distintos a los modos de trabajo industrial), y la necesidad de reformas económicas y agrarias, a la vez que dicho discurso compartía el interés de los hacendados en expandir su dominio en los terrenos a través de mayor producción⁴⁰⁹. A su vez, este discurso medicalizador eclipsaba los problemas de desigualdad social y de luchas obreras mientras exaltaba el patriotismo de las campañas médicas

depender de una economía salarial (a partir de los impuestos sistemas azucareros, de tabaquerías y de la industria de la aguja); 2) los problemas de la caída del mercado del café; 3) las condiciones laborales pésimas (tanto rurales como urbanas) con salarios bajos y empleos temporales (o por temporada, de apenas seis meses); 4) las fluctuaciones de las políticas tarifarias estadounidenses, del precio del tabaco y la azúcar en el mercado; 5) la dependencia en importar muchos productos comestibles (y a precios poco accesibles a la mayoría); 6) los efectos físicos, socioeconómicos y psicológicos de los huracanes y el terremoto; 7) la desvaloración de los terrenos y entre otras cosas; 8) las luchas obreras y reclamos socioeconómicos y políticos de las luchas sufragistas, socialistas y anarquistas. Para más detalles ver Trujillo, *Modern Colonization*, 38-42, 190-214; Kelvin Santiago, *Subject people and colonial discourses (1898-1947)*(Albany: State University of New York Press, 1994): 135-164; Solsiree del Moral, “Rescuing the jíbaro: renewing the Puerto Rican Patria through school reform”, *Caribbean Studies* XLI, n°2 (2013): 91-135, 93-94; Arnaldo Torres-Degró, "Discusión legislativa y gubernamental en Puerto Rico ante los asuntos de índole poblacionales: Estrategias e intrigas entre 1898-1937", *CIDE digital* I, n°2 (2010): 47-76, 50-52.

⁴⁰⁸ Trujillo, *Modern Colonization*, 154.

⁴⁰⁹ Trujillo, *Modern Colonization*, 165-66.

contra la anemia, y destacaba también la participación de los médicos, de los trabajadores y de los hacendados que “colaboraban” y veían el beneficio en promover una mejor salud para mejorar la producción agrícola⁴¹⁰. Dicho discurso minusvaloraba la necesidad de reformas sociales de carácter económico. Inclusive, cuando el tema del salario era mencionado (porque no era posible ignorarlo), señalaban que dicho aumento no iba a cambiar la situación, dado que los jíbaros iban a seguir comiendo las mismas cantidades e invertir el resto en licor⁴¹¹.

En este contexto, el lenguaje bélico coincidía con el de la competencia económica, y las campañas contra la anemia eran articuladas como campañas contra un enemigo de la actividad industrial y agrícola —“*against this formidable enemy of industrial and agricultural activity*”⁴¹². Se reiteraba que la anemia no era un simple problema médico que afectaba a un grupo aislado, sino que era un problema social, económico e incluso moral que afectaba a todos. Por ejemplo, Ashford, en su conferencia del 1912 en Washington, cuenta la historia de “decadencia” y “redención” respecto a la “enferma” industria cafetera⁴¹³, una industria “útil” que es presentada como íntima a los “caballeros” y “pobres” del país (y en ese sentido supuestamente más autóctona), en oposición a la industria azucarera, que ahora sostenía “la vida en Puerto Rico”⁴¹⁴. Según Ashford, con las campañas iniciadas en el 1904, los médicos lograron un “despertar”⁴¹⁵ de las fuerzas laborales convirtiendo a “hombres enfermos” en “hombres útiles”⁴¹⁶. De esta manera,

⁴¹⁰ Trujillo, *Modern Colonization*, 186; Amador, *Medicine*, 76; Feliú, “Despejado”, 175-76.

⁴¹¹ Trujillo, *Modern Colonization*, 191

⁴¹² Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1758.

⁴¹³ Ver Ashford, “Aspecto económico”, 9.

⁴¹⁴ Ver Ashford, “Aspecto económico”, 2-3.

⁴¹⁵ Ashford proclama: “Así es como, nosotros, médicos, podemos con justicia reclamar una participación en el despertar de esa industria”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 4.

⁴¹⁶ Según Ashford, para la “rehabilitación de la industria” se requería aumentar la producción por acre y “convertir el hombre de trabajo en un hombre capaz de dar el 100% de labor útil diaria”. Y si a ello se asume el cálculo estimado de que el 90% de los trabajadores agrícolas estaban “infectados”, pues no es de sorprender que Valle Atilas destacara en el 1914 que “la ciencia médica al convertir el número de hombres enfermos en hombres útiles está realizando la obra más efectiva para la felicidad del futuro de Puerto Rico”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 4; Valle Atilas, “La contribución”, 233.

Ashford definió la uncinariasis como un problema económico, trazando correlaciones entre los campesinos enfermos que padecían anemia (y se tornaban “inútiles”) y la disminución en la producción de café⁴¹⁷.

La retórica empleada por Ashford buscaba demostrar que las expediciones, comisiones y dispensarios habían logrado efectivamente (y para ello tenía evidencia a través de “encuestas” a los hacendados⁴¹⁸), y de forma barata, aumentar la fuerza laboral⁴¹⁹. Esta imagen de un modelo de progreso sanitario, económico y costo-efectivo servía también para incentivar otros proyectos, o al menos justificar el financiamiento vía filantropías privadas (en este caso los Rockefeller). También se presentaba como prototipo de un tipo de campaña que supuestamente llevó a la “salvación” no solo de los labradores del sur de los Estados Unidos sino de “todos los países templados del mundo”⁴²⁰. En ese sentido, como ha dicho el historiador Carlos Amador, cuando en el 1909 la RF buscó retomar el programa contra la uncinariasis en Estados Unidos es muy probable que tuviesen en mente esta imagen de miles de puertorriqueños “salvados” / “redimidos”⁴²¹.

Evidentemente, Ashford no era al único que promulgaba esta imagen de “redención”, y ya en el capítulo pasado vimos algo similar en Valle Atilés, quien también, durante las primeras dos décadas del siglo XX, declaraba que las “gloriosas campañas” en distintas partes del mundo habían demostrado como “regiones antes mortíferas” e “intuitiles” habían sido transformadas/resucitadas;

⁴¹⁷ Este argumento puede verse claramente en la reproducción y traducción en el *BAMPR* de una conferencia dada por Ashford en un congreso internacional en Washington en el 1912. Ver Bailey K. Ashford, “Aspecto económico de la uncinariasis” *BAMPR* IX n°86 (1912): 1-14.

⁴¹⁸ Ashford alude a una encuesta hecha a través de una carta circular a 400 cultivadores de café, de los cuales 224 contestaron. Tales hacendados señalaban aumentos de eficacia (un 7%) y reducción de anémicos (había un 17.5%). Dejando a un lado la selectividad de los resultados o su validez, lo que resulta pertinente aquí es el uso de datos cuantitativos para establecer equivalencias cuestionables (por ejemplo, Ashford asociaba la cantidad hemoglobina con potencial de trabajo). No hay muchos detalles sobre tales censos ni sus modos de medición (o la confiabilidad de las medidas), un aspecto que amerita mayor indagación en un futuro. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 12.

⁴¹⁹ Ashford destacaba que todos los logros se hicieron con una campaña que costó relativamente poco (287,000 dólares). Ver Ashford, “Aspecto económico”, 12; Ashford & Gutiérrez Igaravidez, “Uncinariasis”, 368

⁴²⁰ Ashford, “Uncinariasis”, 368.

⁴²¹ Amador, *Medicine*, 71.

proclamando así que “hoy nadie duda la posibilidad de convertir un país insalubre en otro cuya salubridad nada deje que desear para sus habitantes⁴²²”. Esto aplicaba particularmente a los países tropicales y Valle Atilas declaraba que a través de la Higiene se podían reducir ciertos costos y problemas económicas. Claro, para lograr esto se requería hacer muchos cambios al “medio”, desde el dragado de pantanos y el uso de calzado hasta la eliminación de ciertos insectos y animales que transmitían enfermedades⁴²³. Tales cambios, que requerían de transformaciones en el “medio”, no se dieron durante este periodo (o se dieron de forma lenta y errática), en gran parte por el acento inicial en un modelo higiénico y “social” biomédico y alopático.

Sin embargo, este no es el único problema que hay dentro de este discurso medicalizador e higienista. Es preciso notar la imagen que se nos presenta: si los individuos estaban saludables, y gracias al “vivir higiénicamente⁴²⁴” superaban las condiciones mórbidas y endémicas del país, dichos individuos iban a ser suficientemente robustos, vigorosos y sanos para desenvolverse en cualquier trabajo, labor o producción afanosa. Y en este sentido, seguimos topándonos con esa imagen banal del siglo anterior que vinculaba ejercicio, salud y productibilidad, reduciendo la interacción entre sujeto y el “medio” a una serie de modificaciones mecánicas en función de aumentar la productibilidad. Si bien Ashford había buscado desmitificar la imagen del vago, sustituyéndola con el anémico con uncinaria, los objetivos y finalidades no cambiaron mucho:

⁴²² Valle Atilas, “La contribución”, 228.

⁴²³ La imagen de regeneración, redención y casi “resurrección” era aquí pertinente para anteponerse a los tristes y enfermizos trópicos—“los trópicos, considerados no hace mucho como lugares mortíferos, inservibles para la explotación”—vuelto ahora en “centros de una civilización vigorosa” y que podían utilizar su “reconocida fertilidad, antes perdida para la vida económica de la humanidad”. Valle Atilas inclusive apuntaba a que el “alto costo de la vida” podía resolverse al higienizar los “medios”. Hasta cierto punto, esto era cierto, pero para ello se requería del dragado de pantanos, la eliminación de mosquitos, ratas, moscas, chinches, piojos, y de la suciedad; además de las “tierras contenidas” —donde radicaban los parásitos que producían la anemia—, el uso de drenajes y, entre otras cosas, de calzado. Ver Valle Atilas, “La contribución”, 231-232, 234.

⁴²⁴ Supuestamente se buscaba generalizar un modo de “vivir higiénicamente”, el cual iba a posibilitar “hombres robustos, con trabajadores a quienes no amenace ninguna de las enfermedades transmitidas por mosquitos, ni estén expuestos a adquirir uncinaria”, entre otras dolencias evitables si se ha hecho que “vivan higiénicamente”. Ver Valle Atilas, “La contribución”, 230-31.

pésimas, desiguales e injustas que fuesen las condiciones socioeconómicas, el campesino y el obrero, si no estaban enfermos ni eran vagos, iban a trabajar y con su voluntad y motivación podían resolver los problemas económicos del país.

En el 1923 la imagen idealizada de redención contrarrestaba con el hecho de que la mayoría de la población aún padecía de uncinariasis y estaba, como admitía Ashford, en un estado de “invalidez crónica” que era “la antítesis completa del tipo normal feliz”⁴²⁵. Las reinfecciones eran algo recurrente, pero Ashford y sus colaboradores continuaban proclamando victoria, pese a las fallas evidentes de la campaña a la hora de poder transformar los “medios” de (re)infección. De acuerdo con Amador, las reinfecciones reflejaban las dificultades que tuvo la campaña en transformar los hábitos cotidianos, no por falta de voluntad de los campesinos sino por la falta de recursos y a causa de la explotación laboral, la cual entorpecía la posibilidad de seguir las directrices higiénicas (sea tanto teniendo y usando zapatos como construyendo letrinas)⁴²⁶. No obstante, parte del problema apunta también a cierto tipo de racionalismo y optimismo progresivista que, pese tal vez a sus intenciones, creía poder convencer a las elites a invertir en la salud de los “de abajo”, aunque fuese en nombre del interés propio (fenómeno que no es exclusivo a Puerto Rico⁴²⁷). En el caso de la anemia, dichas inversiones fueron muy limitadas y, como ya hemos visto, la financiación de letrinas, calzados y otras transformaciones no vinieron de parte de

⁴²⁵ Sin embargo, el tono de Ashford (y sus colaboradores) era aún de victoria y se oponían a aquellos que consideraban los dispensarios y tratamientos contra la uncinariasis una pérdida de dinero ante las reinfecciones. Más allá de los intereses de Ashford por preservar su legado, también es lícito reconocer que esta defensa de las campañas era en pro de que mantuvieran los servicios médicos ofrecidos por los dispensarios (ante la carencia de otros servicios disponibles). Ver Ashford, “Uncinariasis”, 366, 370.

⁴²⁶ Amador, *Medicine*, 81.

⁴²⁷ En varios países puede verse como ciertos discursos racialistas e incluso racistas fueron justificados a través de los adelantos microbiológicos y de las teorías de infección y contagio vía “gérmenes”. Lo curioso es notar como, de forma indirecta, cierto tipo de racismo justificó las primeras concesiones e intervenciones higiénicas que permitieron mejoras relativas entre los pobres, las minorías o inclusive grupos segregados. Por ejemplo, algo similar sucedió en Atlanta para principios del siglo XX, en época de segregación bajo la lógica Jim Crow, cuando se buscó mejorar las condiciones higiénicas de los negros, no por razones altruistas sino para preservar la salud de los blancos. Ver Andrea Patterson, “Germs and Jim Crow: The impact of microbiology on public health policies in Progressive Era American South”, *Journal of the History of Biology* XLII, n°3 (2009): 529-559.

los hacendados y apenas del Estado. La mayoría de las iniciativas higiénicas en el País se toparon con la dificultad de financiación y acceso a recursos, no solo cuando se trataba de parásitos como la uncinaria (u otros similares) sino también con la eliminación del mosquito⁴²⁸.

En el caso de la industria azucarera también podemos ver como los intereses salubristas estaban vinculados a los interés productivos y capitalistas/financieros, buscando promover la imagen de que un país saludable podía sostenerse y competir mejor a nivel económico⁴²⁹. La colaboración con la central de Aguirre se da por la iniciativa e intereses de la RF, apelando inclusive a cómo las mejorías económicas podían reducir revueltas a nivel político⁴³⁰. La selección de los espacios a tratar en la campaña respondía más a los lugares en donde un aumento de producibilidad resultaba más atractivo y no necesariamente donde las tasas de mortandad eran más altas⁴³¹. Igual que en el caso de los cafetales, se requería convencer a los hacendados respecto a cuán costo-efectivo era llevar a cabo la campaña con su colaboración. Era este acento en la productividad, y en aumentar la eficacia de la producción laboral, en vez que el bienestar o salud de los trabajadores, lo que motivaba la colaboración de los hacendados⁴³².

⁴²⁸ Por ejemplo, la fumigación contra el mosquito, en barcos y otros espacios, suponía ser uno de los logros estadounidenses para exterminar la fiebre amarilla. Sin embargo, a partir del 1911 se mencionaba que se habían llevado a cabo “grandes cruzadas contra el mosquito, gastándose considerables sumas de dinero” y el éxito era grande, pero “siempre transitorio” dada la “falta de necesarios recursos” para sostenerla y la falta de acueductos y alcantarillados. Y, si bien se celebraba la erradicación de la fiebre amarilla, supuestamente por los métodos estadounidenses de aislamiento de la sanidad militar estadounidense y no fumigación, lo mismo no aplicaba a la malaria. Ver P. Valle Atilas, “Sanidad Marítima”, 306; Ramírez de Arellano, “Historia de la Ingeniería”, 316.

⁴²⁹ Por ejemplo, una carta de Victor Heiser, en el 1920, expone “it seems to me imperative that the health conditions in Porto Rico be improved if that island is successfully to compete with its neighbors (...) A laboring force so thoroughly depleted in physical strength can scarcely be expected to hold it own”. Ver Trujillo, “Controlling Malaria”, 11.

⁴³⁰ Cuando Victor Heiser le escribe al Sr. Luce, busca apelar como la sanidad puede traer beneficios económicos e incluso aminorar algunas de las revueltas políticas y la movilización de los trabajadores. Ver Trujillo, “Controlling Malaria”, 17.

⁴³¹ Ver Trujillo, “Controlling Malaria”, 7, 20.

⁴³² Según muestra el análisis de Trujillo, el 18 de mayo 1922 Wycliffe Rose le envía una carta al Dr. Green (encargado del proyecto en Aguirre) quejándose del alto costo del proyecto (un dólar por cabeza para controlar la malaria), considerarlo “impracticable”. La estrategia de Green fue demostrar cuan problemático o cuanta pérdida le podía resultar a Aguirre la pérdida de dichos empleados. Vale notar aquí como confluyen los intereses económicos y los médicos, como inclusive el número de muertos puede equivaler a una mayor justificación para que la corporación invierta dinero en el proyecto. Ejemplo de ello podemos verlo cuando en el 1925 Earle señalaba los costos y pérdidas

Sin embargo, cuando se trata de la tuberculosis, si bien el argumento económico está presente también, tal se articuló como una extensión, efecto o “residuo” del viejo problema de negligencia y de indiferencia, tanto de las autoridades estatales como de los vicios morales de los individuos —por ejemplo, Quevedo Báez la tuberculosis era el “residuo de la negligencia privada y pública”—⁴³³. La tuberculosis, aún más que la malaria y la anemia, era representada como ese “veneno” que aportaba a la alta mortalidad infantil, y en ese sentido afectaba la reproducción de una prole sana o de ese capital humano activo. Es a través de las discusiones y representaciones sobre la tuberculosis y la mortalidad infantil que encontramos la mayor cantidad de alusiones eugenésicas y un mayor énfasis en la necesidad de llevar a cabo reformas que transformen los “medios”.

Asimismo, la mortalidad infantil, en particular, a partir de la segunda década del siglo XX, era también enmarcada como un problema económico, destacando en este caso la relación entre la calidad y salud de la futura prole y el futuro económico del país—la prole como “carga para la comunidad del futuro”—⁴³⁴. Al respecto, Valle Atilés señalaba que lo propio de toda “comunidad civilizada” era el “cuidado de la salud de los niños”, porque los “niños forman el capital potencial de la nación” y de ella “dependerá la prosperidad de todo el cuerpo político⁴³⁵”. Este tipo de economía y capitalización de la niñez llevaba a estimaciones y cálculos especulativos respecto a los posibles defectos, carencias y pérdidas que se podían tener si no se regulaban los “medios”, y

en algunas compañías de azúcar dado la alta proporción de enfermos durante ciertas temporadas. Dichos “cálculos” justificaban porque, después de la uncinariasis, la malaria era el problema más importante de salud pública en el País. El tratamiento médico, como expone el Negociado de Control de Malaria en su campaña en Fajardo (1926), buscaba los medios para hacer que los trabajadores fuesen más eficientes. Ver Earle, “Malaria”, 15; Bureau of Malaria Control, “Report”, 19; Trujillo, “Controlling Malaria”, 12, 19-20

⁴³³ En el 1904, Quevedo Báez apunta que la tuberculosis era una “cuestión social” y un “problema económico” que era “el residuo de la negligencia privada y pública”, y el “sedimento” que va “depositando la miseria, los vicios, el alcoholismo” y “las grandes conmociones morales” de ciertos grupos sociales. Ver Manuel Quevedo Báez, “Sección de Propaganda: De la Liga Antituberculosa”, *BAMPR* II, n°19 (1904): 298-300, 301.

⁴³⁴ Francisco del Valle Atilés, “Salud y vigor físico”, *BAMPR* X, n°102 (1914): 1-2.

⁴³⁵ Francisco del Valle Atilés, “Inspección médica de los niños de las escuelas”, *BAMPR* X, n°101 (1914): 1-4, 1.

por consecuente el potencial biológico del país vía una prole sana⁴³⁶. Estos cálculos especulativos usaban selectivamente las estadísticas para apuntar al costo alto o la “carga pesada” de los degenerados⁴³⁷ (en particular los idiotas e imbéciles⁴³⁸).

Cónsono con esto, Valle Atilés apuntaba a que la “densidad poblacional” afectaba los límites productivos del país (se reproducía más de lo que se producía⁴³⁹) y, por consecuente, el “trígono indispensable”— “alimentación, reproducción y protección”—para el “desarrollo de la vida de todo organismo”⁴⁴⁰, en especial cuando dichos excesos en reproducción sucedían entre los más enfermos/de menor calidad⁴⁴¹. Por esa razón, insistirá Valle Atilés, la “capacidad reproductiva” necesitaba “ser dirigida y debe serlo siempre con orientación conducente a una noble finalidad”⁴⁴², que era el perfeccionamiento de la raza/especie.

En resumen, las sugerencias médico-económicas (si nos permitimos llamarlas así), sean desde el registro de la medicina tropical o desde la eugenesia, compartían un objetivo similar: la

⁴³⁶ Por ejemplo, Valle Atilés, al citar un estimado de 41,976 niños nacidos de 1911 al 1912, recalca los problemas que había al estimar cuántos de estos se debían descontar en términos de ser capaces de hacer un “trabajo efectivo” al estar impedidos por enfermedades temporales, además de descontar también a los que iban terminar en asilos, los afectados por el pauperismo, los déficits mentales y los terminarán en las prisiones. Valle Atilés estima, sin explicar cómo llega a semejante cálculo, que esto será un 8% de la población, y si a ello se descuentan los que mueren precariamente antes de cumplir el año (6,554) y los que “desaparecen” antes de los 23 años (10,557), solo quedarían unos 23,386 de ambos sexos, de lo que “habría que deducir más de 4/5 de los del sexo femenino que no verificaran otro trabajo que el de la casa”. Valle Atilés, “Eugénica”, 16.

⁴³⁷ Ver ejemplos de estos argumentos y especulaciones en Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 82; Valle Atilés, “Eugénica”, 17.

⁴³⁸ El idiota y el imbécil eran también un costo porque tenían una capacidad infantil que los inhabilitaba para el trabajo. En el análisis que hace al respecto Valle Atilés en el 1915, el galeno sugiere algunos posibles usos laborales de acuerdo con los grados de imbecilidad y moronidad. Para ello se deja regir por la “clasificación industrial” de la Escuela de Vineland de Nueva Jersey. Esta clasificación asociaba, con sesgos claramente clasistas, trabajo manual y mecánico-industrial con idiotez, imbecilidad e infancia. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 36.

⁴³⁹ En otras palabras, y como lo expondrá Valle Atilés, había que reconocer que no se podía alimentar “un número indefinido de personas superior al de su capacidad productiva” y en ese sentido la “suficiencia de todo país” tenía un límite sujeto a la población y sus capacidades productivas/reproductivas. Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 66.

⁴⁴⁰ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 66.

⁴⁴¹ A partir de la segunda década del siglo XX, en Puerto Rico hubo cierto énfasis en destacar que existía cierta “densidad” entre aquellos que eran más enfermizos. Por ejemplo, el Comisionado de Sanidad (Ruiz Soler) apuntaba, en el 1920, que “nuestra población es una de las más densas del globo”, con 70% de la zona rural, “mal albergados, mal nutridos y enfermos y desconocedores de los más rudimentarios preceptos higiénicos”. Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 16.

⁴⁴² Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 66.

necesidad de gobernar y regular los mecanismos en función de mejorar la calidad de la producción y reproducción de las clases pobres. El problema no era que los médicos ignorasen o desconocieran la gravedad o presencia de factores sociales, sino cómo reducían los “problemas sociales” a intervenciones alopáticas (ej. uso de quinina y timol), de aislamiento (ej. el leprocomio y el manicomio) e inclusive abstención (ej. evitar la procreación entre “degenerados”). Este reduccionismo nos permite apreciar los sesgos particulares del supuesto “análisis social”, usualmente repleto de moralismos, que ofrecían algunos médicos. Por ejemplo, tenemos médicos, como Quevedo Báez, que culpabilizaban a las madres obreras de pervertir el “medio natural” al abandonar a sus hijos en pro de la “fiebre del feminismo” y de esa forma aumentando la mortalidad infantil⁴⁴³. Cuando se hablaba de los aumentos salariales se aludía al hecho de que los jíbaros, aún con un aumento de salario, lo gastarían mal o en vicios⁴⁴⁴. En torno a la malaria sucedía como con la anemia, los médicos mencionan el asunto del salario bajo de los trabajadores, a través de correlaciones⁴⁴⁵, pero el enfoque en su mayoría era para demostrar cómo los “problemas sociales” y “económicos” podían mejorarse aumentando la productibilidad. Ejemplo de ello es la postura del Comisionado de Sanidad Pedro Ortiz (1923-1931), quien consideraba que el Estado no debía intervenir, y sus sugerencias reflejaban una suerte de liberalismo económico ingenuo que apostaba

⁴⁴³ Es esa “fiebre del feminismo” y no otros factores sociológicos (y no deja de sorprender como el galeno lee aquí a los sociólogos desde un clave eugenista), los que empujan, según a Quevedo Báez, a la mujer de la casa/su medio natural al taller. Ver Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 54.

⁴⁴⁴ Aunque Ashford y Gutiérrez Igaravidez reconocieran que la dieta típica del jíbaro se debía a su salario —“This is a normal jíbaro diet. With the wage paid him he can get no better”—, y reconocen ciertos prejuicios injustos respecto a la voluntad del jíbaro, ambos no dejan de, forma ambigua, reproducir el estereotipo del jíbaro como ignorante y predisuesto a vicios o supersticiones:

Aside from all this, if wages were better, it is said he would leave his ration as it now is and spend his surplus otherwise. This has not been given, however, a very earnest trial. He takes also more rum than he is given credit for by those who have accepted the formula that the jíbaro does not drink, but it is true that he is not usually intemperate in this sense. One of his vices is " la mascaura " (the wad of tobacco), and he believes the juice of the " chaw" beneficial in warding off tetanus.

Ver Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 12-13.

⁴⁴⁵ Earle alude a un estudio de un Dr. Grant que establecía una correlación entre salario y mortandad en donde aquellos años con sueldos más altos y con presupuestos altos reflejaban tasas de mortalidad más bajas. Ver Earle, “Malaria”, 12.

a que las carencias salariales e incluso los problemas nutricionales iban a mejorar si se mejoraba la productibilidad de los trabajadores⁴⁴⁶.

La tuberculosis presentaba complicaciones particulares dado que no era una enfermedad curable por medicamentos (como la anemia y parcialmente la malaria) y por ende notamos una mayor insistencia, por parte de los médicos y las autoridades sanitarias, en mejorar las condiciones socioeconómicas (en particular los sueldos bajos) y de viviendas⁴⁴⁷. Sin embargo, nuevamente el acento recaía sobre la voluntad y responsabilidad de los individuos para regular y proteger los “medios”; un argumento que era muy similar a lo propuesto por los eugenistas cuando apuntaban a la reproducción “inteligente”. La postura eugenésica de Valle Atilas es muy ilustrativa de este tipo de argumentación que señalaba, por ejemplo, en el caso de la prostitución que debido a que las condiciones socioeconómicas eran “desventajosas” y de “exploración”, la mejor solución era reducir la prole entre los más desventajados.

Aún si se reconocía la necesidad de “medios económicos más amplios”, dichas menciones iban acompañadas por una fe en una educación higienizante (aspecto que ya veremos en la próxima sección)⁴⁴⁸. El problema aquí era que esta estrategia de convencimiento y propaganda trataba, como era de esperarse, de presentar la imagen de una intervención barata, costo-efectiva y que de forma inmediata se traduciría en ganancias para los dueños y autoridades gubernamentales. Dicha

⁴⁴⁶ Ver Ortiz, “Underlying”, 436.

⁴⁴⁷ Por ejemplo, en el 1925 Rodríguez Pastor hará una mención breve de los bajos sueldos (ofreciendo el caso de una lavandera cuya enfermedad la dejó sin empleo) y en el 1929 lo retomó al criticar el problema del empleo errático (con periodos de seis meses sin trabajo) y del salario bajo de 75 centavos, aún en las grandes factorías americanas que ganaban millones cada año. Dichas condiciones económicas desesperadas —“desperate economic conditions”— creaban al hacinamiento (*overcrowding*) y los estándares bajo de vida en los barrios pobres. Ver Rodríguez Pastor, “Organizing”, 21; Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 431, 434. También encontramos menciones respecto a los salarios bajos y su relación con la tuberculosis, aunque sea de forma muy somera en Fernández García, “El problema”, 358; Pedro.N. Ortiz, “The Tropics from the Public-Health Standpoint”, *PRHR* XI, n°12 (1927): 3-13, 7.

⁴⁴⁸ Por ejemplo, Ruiz Soler señalaba que mientras “no cuenten con medios económicos más amplios que les permitan llevar una vida mejor, sin la angustia de tantas privaciones, y mientras con la instrucción no aprendan a proteger y conservar su salud, ningún resultado positivo que compense los esfuerzos que se hagan será obtenido”. Ruiz Soler, *Informe*. 1920, 16.

estrategia había sido utilizada desde inicios del siglo XX y al llegar la década de los veinte ya no importaba cuán estratégicamente interpretadas eran las estadísticas y evidencias (como los cuestionarios de productibilidad), la anemia o la uncinariasis, si bien no era ya mortal (si alguna vez lo fue) continuaba afectando a los trabajadores de café. Algo similar sucedió con la malaria, cuyos cambios más significativos no se dieron después de este periodo (posterior a la década de los treinta), cuando se invirtió más capital y se llevaron a cabo cambios a nivel de ingeniería e infraestructura para evitar la proliferación del mosquito. Con la tuberculosis, como veremos también en el próximo capítulo, los adelantos fueron lentos y erráticos, y requirió no solo del descubrimiento y uso de antibióticos, sino de cambios sistemáticos, por parte del Estado, en higiene urbana, condiciones laborales y vivienda personal.

No obstante, cada vez más las alternativas eugenésicas, ante el lento proceso de invertir y llevar a cabo los mencionados cambios infraestructurales y económicos, se presentaron como más realistas, costo-efectivas e incluso humanitarias. Un elemento importante en este discurso fue el supuesto rol de cierto tipo de “educación” e intervención preventiva. Este tipo de intervención la encontramos promulgada en las discusiones en torno a la mortalidad infantil, la puericultura y la tuberculosis. Sin embargo, sus inicios pueden trazarse al modelo de los dispensarios iniciado por Ashford y sus supuestos objetivos de promover una “educación higiénica”.

2. El médico como educador: “educar” para persuadir, domesticar, moralizar y abstener

En Puerto Rico, la campaña contra la anemia era narrada como una conquista llena de sacrificios y eventos heroicos⁴⁴⁹ que buscaba no solo curar sino convencer a los jíbaros de la efectividad del tratamiento, y en ese sentido buscaba (re) educar al jíbaro como parte de su misión

⁴⁴⁹ Ver Ashford y Gutiérrez Iagaraviez, “Summary”, 1759. Respecto al discurso de “reconquista” y el modo que Ashford evocaba un “discurso patriótico”, el cual buscaba ganarse la voluntad de los hacendados, a la vez que patologizaba al jíbaro ver Feliú, “Despejando”, 163-165, 173-176.

higiénica. Educar significaba aquí convencer, visibilizar y sujetar a dichos colectivos a un conjunto de reglas sanitarias/higiénicas o “modos de vivir higiénicamente”. En términos de estrategia la campaña de Ashford reconocía la importancia de ganarse la fe y voluntad de ese colectivo, de ese “pobre miserable” que tendía a ser infantilizado y maltratado por las elites y autoridades, y cuya “cooperación” era la supuesta evidencia de la eficacia del tratamiento⁴⁵⁰.

En el 1929 Ashford reiteraba aún la importancia de convencer y ganarse la motivación y conocimiento del paciente rural, de hacerlo ver como dichos análisis lo ayudaban y como su sometimiento a dicho proceso era un modo de cooperar. En la narrativa de Ashford, convencer, educar y demostrar debían ser parte del quehacer del médico científico, el cual era transparente en sus procesos y cuyas explicaciones y tratamientos eran “visibles”, evidenciables y por lo tanto tenían mayor credibilidad⁴⁵¹. De esta forma, el método demostrativo y educativo del médico científico se representaba como lo opuesto al oscurantismo del charlatán o a las explicaciones extravagantes del curandero, las cuales apelaban al jíbaro “sospechoso” y “supersticioso”⁴⁵². De

⁴⁵⁰ Ashford señalaba que el éxito de su campaña dependió justamente de dicho “elemento”—“the poor man himself”—, de cumplir finalmente con aquel que había fielmente abrazado toda posible cura, y que no podía estar en una condición de mayor miseria. A su vez la asistencia y presencia del jíbaro corroboraba la verdad de la teoría de Ashford: “Tenemos, la prueba elocuente, persistente, de la fe del jíbaro en esta nueva *teoría* que lo traía diariamente á bandadas por veredas fatigosas á nuestras estaciones sin la más ligera demostración de arrepentimiento”. Ver Ashford y Gutiérrez, “Summary”, 1759; Ashford, “Aspectos económicos”, 12.

⁴⁵¹ Ver Ashford, “Suggestions”, 169.

⁴⁵² La importancia de la “visualización” del microscopio y la explicación científica era en función de convencer al jíbaro “supersticioso” y “sospechoso”, que se dejaba ir por lo supersticioso. Asimismo, el jíbaro era “astuto” y para ello el médico debía ser aún más astuto. Esto puede verse en el siguiente fragmento del texto de Ashford y Gutiérrez Igaravidez:

The jíbaro is equally superstitious and very quickly impressed by a supernatural explanation of any phenomena he cannot understand. The more outlandish the explanation of a disease the better he likes it, and for this reason the " curandero " or local charlatan is so popular and powerful in the mountains. We very much fear that our abrupt tumbling in the dust of ancient explanation of his anemia, our assertion that it was due to " worms " and our administration of " strong medicine " which practically put him hors de combat for the day, accounts for part of our early success. In spite of this lack of knowledge of the world above him he has one quality which is his ever ready defense, his astuteness. There is one phrase much used in describing the jíbaro's acuteness of observation. Referring to a trade it is said: " Para un jíbaro, otro, y para los dos, el demonio," which means, "To get the best of a jíbaro, employ another, and to catch both, Satan himself must take charge of them."

Ver Ashford & Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 14

esa forma, en la narrativa de Ashford y sus colaboradores, el médico científico y heroico, con su microscopio, “medicinas fuertes” y educación higiénica se distanciaba de los agentes represivos del pasado régimen español, de los charlatanes e incluso de los letrados. Esta imagen idealizada del médico científico y heroico requería también la de un paciente idealizado, que era dócil/obediente, pero a la vez arisco, ignorante y/o supersticioso.

El jíbaro de Ashford encarnaba esa imagen idealizada y errática del paciente colonizado, cortés, fiel, dispuesto y con interés para aprender⁴⁵³. Esta imagen podía contrarrestar con otra, igualmente errática, que aparece tanto en Ashford como en las autoridades y los médicos criollos, la del jíbaro visto como supersticioso, presa aún de charlatanes⁴⁵⁴, pero muy listo —“Para un jíbaro, otro, y para los dos, el demonio⁴⁵⁵”—. De un modo u otro, el jíbaro era representando como esencialmente infantil, débil e irresponsable, y a quien había que (re) educar y “cultivar” para finalmente potencializar el destino del país. Vale notar que, si bien acentuamos a Ashford, esta perspectiva la vemos en otros médicos que resaltaban la pertinencia de reformar y corregir las malas costumbres, supersticiones e ignorancias de los jibaros. Por ejemplo, Goenaga aconsejaba una educación “higiénica”, “metódica” y “racional”, la cual podía, refrenar la impresión en los niños de los defectos mentales de los padres ignorantes o del “espiritismo charlatanesco”⁴⁵⁶.

⁴⁵³ Ver ejemplo de ello en Connor, *Diary of a Porto Rican Trip*, 30-32.

⁴⁵⁴ Sin embargo, puede verse cuán errática podía ser esta narrativa respecto a la sugestión del jíbaro. Por un lado, Ashford señalaba que “campaña vigorosa se ha hecho en contra de estos entremetidos desde el principio: pero no hay la menor esperanza de poderlos dominar”. Por el otro lado, en el reporte de la ITMH se señalaba: “It should be added that the country laborer of Porto Rico does not by nature or habit appeal first to charlatans and local superstitious practice for the cure of this infirmities”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 10; Lippit et al, “Preliminary Report”, 17.

⁴⁵⁵ Ver Ashford y Gutiérrez Iagaraviez, *Uncinariasis*, 14.

⁴⁵⁶ Por ejemplo, Goenaga señalaba que una “educación esmerada”, una “educación prudente” y una “enseñanza metódica y racional” podía ayudar a padres refrenar sus defectos para así no “imprimirlo” en sus hijos, “antes que el hábito los haya consolidado”; en particular cuando eran trastornos y perturbaciones heredadas, las cuales podían ser corregidas, aunque no eliminadas —“un lisiado ciertamente, pero en todo caso corregido, nunca aumentado”—. Según Goenaga, en los niños se debía evitar “trastornar el cerebro” con “enseñanzas metafísicas que le infunden temor a cosas invisibles cuya existencia se les obliga creer”, refiriéndose no tanto al cristianismo sino a “ese espiritismo charlatanesco que practican no pocos ignorantes, pero conocedores del estado de embrutecimiento de nuestras masas con quienes viven en íntimo contacto, cuya incapacidad e inclinación a lo maravilloso y misterioso, suelen explotar

Consecuente con la imagen que ya existía desde finales del siglo XIX, la educación era representada como fundamental para convencer a los pobres, desde su infancia, a que siguiesen las “leyes de la vida”, las cuales eran enseñables por el médico —“el verdadero medico ha de ser profesor”⁴⁵⁷—. Sea en las campañas de anemia o las que buscaran reducir la mortalidad infantil, la pobreza o la criminalidad, usualmente dirigidas contra la degeneración y los “venenos sociales” (tuberculosis, sífilis y alcoholismo), se buscaba la cooperación de los maestros rurales y de los “favorecidos por la fortuna”. Se hacía uso de la propaganda para vulgarizar y convencer, cuando no “despertar el espíritu”, en el uso de medidas profilácticas, de hacerlos ver que existía una solidaridad entre “la sanidad y el pueblo”. Dichas técnicas eran en función de ganarse la voluntad y cooperación de “esa masa” o pueblo resistente, que desconocía y apreciaba poco la “higienización de los hogares y los pueblos”⁴⁵⁸. Lo ideal era una educación higiénica preventiva que lograse la obediencia y cooperación voluntaria de las sugerencias del médico y las políticas

con consumada maestría, fingiendo de curanderos y adivinos. Estos charlatanes carecen de instrucción, pero les sobra malicia y osadía”. Además, según había evidenciado Goenaga (en realidad menciona un solo caso), las sesiones espiritistas dejaban a algunos “trastornados”. Ver Goenaga, *Antropología*, xxxix, xl

⁴⁵⁷Dice Perea Fajardo en el 1907: “El verdadero médico ha de ser un profesor, enseñando á sus pacientes á no necesitar sus servicios; debe enseñar siempre y en todos lugares que las enfermedades y sufrimientos no son una visita de la divina Providencia pero que sí son los resultados á la desobediencia de las leyes de la vida”. Ver Pedro Perea Fajardo, “Un aspecto de la medicina preventiva”, *BAMPR V*, n°53 (1907): 297-300, 300.

⁴⁵⁸ Como bien lo resume Stahl, en su discurso presidencial en el 1905, la “propaganda, á viva voz, y los métodos educativos son, ó no dudarlo, los medios más eficaces y efectivos al logro de nuestro propósito”; en particular los maestros rurales para que estos convengan respecto a las medidas profilácticas. Las campañas higiénico-educativas debían ir, como dirá Valle Atilés en el 1914, paralelamente con la educación general, en particular porque el pueblo “gusta de aprender” y en ese sentido no es culpa de estos si ofrecen resistencia, “es que no está convencido de la utilidad que aquélla ha de reportarle”, “vulgarizando” los conocimientos para así obtener la cooperación (y para ello había que también convencer de su utilidad a los educadores). Claro, en el caso de Valle Atilés dicha vulgarización buscaba ayudar a la “cuidadosa selección de la progenie”. Asimismo, Gómez Brioso, en el 1923, expondrá que la “educación sanitaria” era la solución y había que “obtener el concurso del pueblo” para llevar a cabo “los medios de higienización de los hogares y los pueblos”; y en ese sentido, las cifras de mortalidad no “son otra cosa que el exponente del desconocimiento o poco aprecio de los preceptos de la higiene pública y de la higiene privada”. También en el 1923, Font y Guillot recalca la necesidad de despertar el “espíritu de las masas” a través de la escuela, en particular las escuelas rurales, y adquiriendo la cooperación de distintos grupos, desde los religiosos hasta los “favorecidos de la fortuna”. Era preciso, nos dirá Font y Guillot, convencer al pueblo de que existía una solidaridad entre la sanidad y el pueblo, una especie de correspondencia orgánica. En otras palabras, la Sanidad no era una imposición ni una simple estructura sino una “experiencia integral de toda la Comunidad, una acabada y perfecta solidaridad entre la Sanidad y el pueblo”. Ver Agustín Stahl, “Discurso de apertura del doctor A. Stahl”, *BAMPR IV*, n°47 (1906): 174-77, 176; Valle Atilés, “La contribución”, 230; Valle Atilés, “Eugénica”, 10; Gómez Brioso, “Salubridad”, 338; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 304

sanitarias, en vez que al uso de coerción⁴⁵⁹. No pocas veces dicho discurso se refería a dicha masa o pueblo en función del supuesto objetivo noble, altruista y eugenésico de sanear, perfeccionar o procurar la especie⁴⁶⁰.

La insistencia en la educación recorre estas primeras tres décadas, a tal punto que recurre y retorna siempre como un proyecto inacabado del “desenvolvimiento” y “progreso” sanitario-moderno. Se tendía a repetir y acentuar la necesidad de hacerles ver a esos puertorriqueños pobres e ignorantes, desde niños, la pertinencia de formar “hábitos higiénicos”, “modos higiénicos de vivir” para así vencer el pesimismo, la indiferencia y la apatía⁴⁶¹. Fernos Isern aconsejaba enseñar estos hábitos higiénicos en la escuela y a su vez aprovechar ese periodo prematrimonial para prepararlos para la paternidad y la maternidad y así evitar o corregir los “pecados” de sus padres; y con ello lograr además una “técnica de la vida” compatible con los adelantos modernos⁴⁶².

En otras palabras, al articularse los problemas de higiene como si fuesen también un problema de educación, la responsabilidad caía no tanto sobre las propias estructuras, deficientes y sin suficiente financiamiento, sino sobre la voluntad, definida ya de antemano como pobre y defectuosa, de las clases trabajadoras (usualmente las rurales, pero también las urbanas). En donde

⁴⁵⁹ Más que la coerción legal, como fue en el caso de las letrinas, lo mejor según Ortiz era la “educación”: “Ignorance can be overcome by education and finally by legal means. Prejudice, negligence, indifference, jealousy, hatred and all the natural passions combined can also be overcome by education and legal means, *but poverty is the single and only obstacle that retards and hampers the progress of public-health work everywhere (...)*”. Ver Ortiz, “Underlying”, 436.

⁴⁶⁰ Font y Guillot mencionaba que para lograr el progreso de la Sanidad no bastaba los esfuerzos del Departamento de la Sanidad, sino era necesario “interesar al pueblo” y a través de la “obra civilizadora” convencerlos y hacerlos olvidar el pasado pesimista, además de procurar ese fin altruista del porvenir de la especie. Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 302.

⁴⁶¹ Por ejemplo, Manuel Pujadas Díaz, en el 1926 proclamaba la necesidad de una campaña educativa intensiva que impresionara los “modos higiénicos de vivir” para contrarrestar la apatía, la pobreza y la ignorancia. En un tono similar, en el 1927, Fernós Isern exponía la necesidad de una educación práctica y de relevancia local (enfocándose en enfermedades como la gastro-enteritis, la tuberculosis, la malaria, la desnutrición, e incluso la anquilostomiasis) a niños, para que así ejercitaran y formaran hábitos higiénicos. Ver Manuel Pujadas Díaz, “Problems which confront the Bureau of General Inspection of the Department of Health”, *PRHR* I, n°11 (1926): 7-9, 7; Antonio Fernós Isern, “Health Education in secondary schools”, *PRRPHTM* III, n°3 (1927): 95-97, 95.

⁴⁶² Ver Fernós Isern, “Health Education”, 97.

esto puede verse mejor es en el caso del fracaso de las campañas contra la anemia y el supuesto logro “educativo” de la imposición de las letrinas. La narrativa que ofrecía la nueva campaña auspiciaba por la RF aludía de forma muy selectiva a algunos de los problemas estructurales y generales que afectaban generalmente las demás iniciativas sanitarias y económicas del País (por ejemplo, la falta de financiación y recursos), pero centraba las causas del “fracaso” (de la anterior campaña) en la figura del jíbaro ignorante, dócil y cooperador.

En el 1925 Hill señalaba que el fracaso de la campaña de anemia se debió a una asociación falsa entre anemia y uncinariasis que hizo la gente (y no por insistencia de Ashford, sus colegas y toda la propaganda circundante), la cual llevó a considerar solamente como enfermos a aquellos visiblemente anémicos. Esto supuestamente —y no los problemas que ya aparecían desde los informes de los directores de los dispensarios en el 1907— explicaba porque los pacientes dejaban el tratamiento o no iban a los dispensarios. Hill reconoce también problemas políticos y filantrópicos dado que hubo una falta de interés por parte de los poderosos en continuar una vez que se fue la “novedad” de la campaña⁴⁶³ (algo similar habido sido señalado por Ruiz Soler en el 1919⁴⁶⁴). No obstante, la nueva intervención de la RF iba a “convencer” y “educar”, lo cual significó en este contexto que la imposición de la construcción de las letrinas cayó sobre los

⁴⁶³ Vale reproducir las palabras de Hill al respecto:

During this time there was forming in the public mind the idea that “uncinariasis” was synonymous with “anemia”, that a person was not suffering from a disease unless he was noticeably anemic and almost incapacitated for work. This was one reason why the people did not continue to attend the dispensaries as they had at first. Unless they were very sick, they did not think they should go to the dispensary.

Unfortunately at the same time, public interest, the interest of the influential men of the Island, also lessened. After the first vigorous efforts, after the novelty of a new disease had worn off, the public, if not indifferent, at least accepted the disease as natural to the Island and did very little about it

Hill, “The Uncinariasis”, 13.

⁴⁶⁴ Este tipo de problema, en tanto y en cuanto se reducía a un problema de “interés”, podemos verlo desde el 1919, cuando Ruiz Soler informaba que la uncinariasis era un problema biológico, económico y social de una magnitud incalculable (*incalculable magnitude*). Gran parte de este problema “económico” y “social” radicaba, según Ruiz Soler, en la falta de cooperación, tanto de los trabajadores como de los dueños de haciendas, en particular con seguir las instrucciones respecto a la medicación. Esto se debía, en parte, al hecho de que la gente no le daba credibilidad a la eficacia de las medidas higiénicas, considerando que era un lujo el uso de una letrina y de zapatos. Ver Ruiz Soler, *Report, 1919*, 151-52.

“campesinos ignorantes”.

Tanto las campañas de anemia como la de malaria, y más adelante en la década del treinta la de tuberculosis, no lograron sus objetivos hasta que recibieron financiación privada y filantrópica de la RF. Evidentemente, admitir esto evocaba nuevamente las imágenes de un Estado negligente e ineficaz, por ende, el discurso ante la “nueva campaña” no acentuaba tanto la ineficacia e ignorancia del Estado sino la necesidad de emplear un método “más intensivo”. Dicha intensidad, hay que recalcarlo, cayó más sobre los campesinos que sobre las autoridades gubernamentales y privadas, también responsables, de las mismas estructuras sanitarias.

Para finales de la década de los veinte el Comisionado de Sanidad y oficiales de la IHD, como Harry Howard, celebraban la eficacia de ese “método intenso” para “batallar” el “mal” de las enfermedades evitables/preventivas, el cual constaba de educar, cambiar hábitos de vida (*habits in living*), y construir y usar letrinas. En la narrativa heroica que ofrecía Howard, se trataba de una batalla que no cesaba y cuyo símbolo de mayor victoria y progreso “educativo” radicaba en la letrina⁴⁶⁵. Se resaltaba como la educación era fundamental y debía estar presente desde un inicio de las campañas sanitarias⁴⁶⁶. Como ya mencionamos, dicha “educación”, además de las ya conocidas conferencias dadas a los hacendados y campesinos (presente en campañas anteriores) consistió en el proceso de inspección de letrinas y de imponer las medidas legales, como multas, que obligasen a los campesinos edificar las letrinas.

Lo injusto de estas multas no era algo desconocido ni ignorado por los médicos y las autoridades sanitarias, e incluso se apuntaba a la indiferencia de las “clases pudientes” ante las

⁴⁶⁵ Howard, “Hookworm disease”, 239.

⁴⁶⁶ Por ende, cuando en el 1927 Ortiz celebraba como las campañas de uncinariasis habían logrado superar cuatro siglos de “inutilidad” (*uselessness*) e “invalidismo” (*invalidism*), era para resaltar la necesidad de continuar (como si hubiese una continuidad entre la vieja y nueva campaña) con el proceso de “educación”, el uso de letrinas y el tratamiento. En el 1928, el médico y representante de la International Health Division (IHD) de la RF, Harry H. Howard, celebraba por un lado los logros contra el anquilostoma (*hookworm*). Ver Ortiz, “The Tropics”, 5-6; H.H. Howard, “Hookworm disease and hookworm infestation in Porto Rico”, *PRRPPHTM* IV, °6 (1928):239-46, 241-42.

injusticias de la “clases pobres”⁴⁶⁷. No obstante, la necesidad de las multas fue racionalizada, justificada y casi naturalizada como inevitable, a la misma vez que se glorificaba como un gran sacrificio y logro de la “educación” que llevaba a la cooperación/obediencias de las políticas sanitarias⁴⁶⁸. Por eso el Comisionado de Sanidad aconsejaba que el lugar/rol del médico u oficial sanitario era “educar” al jíbaro pobre y con ello aminorarle el peso, al menos en términos afectivos y racionales, y con ello convencerlo de seguir las reglas⁴⁶⁹. Lo curioso es como Ortiz señalaba que el peor “enemigo” de la salud pública era la pobreza. Ortiz no criticaba en realidad la inacción gubernamental o de la propia filantropía sino el modo en que se “obligó” al campesino invertir en lo que no tenía. Aquí podemos ver una retórica mediante la cual el enemigo era la pobreza, y no el pobre, aún si recae en él/ella la voluntad para mejorar.

Este proceso de multar para educar también se hizo en las áreas urbanas, contra aquellas “casuchas” que no solo “afeaban” sino se convertían en focos de infección, en particular de tuberculosis. Las campañas de tuberculosis, al menos antes de la intervención de la RF, también se enfocaban en la educación⁴⁷⁰ pero destacaban aún más la necesidad de inculcar “buenos hábitos” (privados y públicos); en gran parte porque el modo de infección de la tuberculosis era más extenso y difuso, y no existía cura ni vehículo/vector a “eliminar” (como era típico de las enfermedades

⁴⁶⁷ Algunos como Ortiz, entonces Comisionado de Sanidad (1927), no coincidían con las multas hechas contra aquellos que hacían casuchas, considerándolo una medida insuficiente, y criticaba la indiferencia de las clases pudientes ante los problemas de las clases pobres. Ver Ortiz, “The Tropics”, 11-13.

⁴⁶⁸ Ortiz criticaba como se tuvo que obligar a los campesinos, a fuerza de amenaza jurídica, a construir letrinas (un costo promedio de 16 dólares, muchas veces más cara que la casa en que vivían) y admiraba como dichos campesinos lograron dicha empresa pese a las condiciones de miseria. Dicho logro Ortiz se lo atribuye a la educación, la cooperación, el sacrificio personal y el buen espíritu/buena voluntad (*good spirit*); y por eso recalca que no se debe coercer sino convencer con “friendly advice”. Ver Ortiz, “Underlying”, 435.

⁴⁶⁹ Ortiz, “Underlying”, 435.

⁴⁷⁰ Por ejemplo, en el 1923, Fernández García destacaba la necesidad de una “intensa campaña general, educativa y sanitaria”, dirigida por los Departamento de Sanidad, de Instrucción, de Justicia y de Agricultura y Trabajo. Dicha educación sería el medio más eficaz dada la “ignorancia en que vive la mayor parte de la humanidad de la manera de operar de esta afección”. Por eso era importante que las autoridades encargadas eran, según el galeno, merecedoras del “respecto y apoyo en general, y de la clase médica en particular”, siendo estos últimos quienes debían informar ya que servía de intermediario entre “los alienables derechos del sér humano y los inflexibles dictados sanitarios, salvaguardia de la salud pública”. Fernández García, “El problema”, 356, 358.

tropicales⁴⁷¹). La tuberculosis seguía siendo significativa como ese “enemigo invisible” que se escondía detrás de cada infracción higiénica, vicio moral y mala costumbre, desde el escupir y toser (sin el uso de un pañuelo) hasta el vivir en habitaciones hacinadas, besarse⁴⁷² y beber alcohol⁴⁷³. En ese sentido, la propaganda y educación en torno a la tuberculosis se centraba en la necesidad de inspeccionar, regular y mejorar el “medio” en el cual se vive y reproduce en los espacios urbanos. Se requería de una propaganda que apelara y fuese comprensible, con imágenes provocativas, la cual debía ir de la mano con un proceso de inspección domiciliaria⁴⁷⁴.

Es en las intervenciones “educativas” contra la tuberculosis que notamos más la presencia de un discurso médico moralizante y eugenésico. Por ejemplo, se promovía la educación física y los parques recreativos para fortalecer y distraer las “tentaciones carnales”, lo cual fue de la mano con estrategias para limitar la reproducción entre tuberculosos y otros “venenos sociales”⁴⁷⁵. Vale la pena detenernos un poco más en este discurso higiénico-moralizante, su relación con los “venenos

⁴⁷¹ El uso del término “enfermedad tropical” resulta problemático en el caso de la tuberculosis, y si bien no era considerada una enfermedad exclusiva del trópico, sino que estaba presente en las áreas metropolitanas y los países no-tropicales, sí fue objeto de estudio en las investigaciones de medicina tropical en el país. Si nos dejamos ir por el análisis bibliométrico de Rodrigo Fernós, hubo al menos 30 títulos en la revista de Medicina Tropical dedicados al tema de la tuberculosis y fue el tema que con más frecuencia aparece. Ver Fernós, *Gonzalo Fernós*, 199.

⁴⁷² Ver José Rodríguez Pastor, “The educational campaign launched by the bureau of tuberculosis of the department of health”, *PRHR* I, n°4 (1925): 19-24, 21.

⁴⁷³ Por ejemplo, en el 1911 la educación higiénica, publicada por la Liga Antituberculosa, buscaba “desechar la peligrosa costumbre de escupir, de toser”, la “escrupulosa limpieza de las manos antes de comer”, de sustituir el “barrer en seco” por el fregado, y recordar que no se tengan habitaciones sin luz y aire, al igual que no debe trabajarse en espacios reducidos, ni dormir con puertas cerradas; además de “acudir oportunamente al Médico cuando haya sospecha de la enfermedad” sin perder tiempo con medicamentos “patentizados”. También se aconsejaba comer comidas sanas, tomar aire fresco, descanso y que se abandonase “el uso de bebidas alcohólicas”. Eso dicho, este tipo de propaganda parece estar ya presente desde antes del 1911. Por ejemplo, el enfoque en no “escupir en el suelo” parece ser parte de una propaganda que existía desde inicios del siglo XX, al menos en Ponce desde el 1903. En el 1903 encontramos una alusión por parte del médico municipal Luis Agueverre en torno a los cartelones que “existen, en todos los lugares públicos, en los que dice: ‘Prohíbese escupir en el suelo’”. Ver Luis Agueverre, *Los asuntos higiénicos de la ciudad de Ponce* (Ponce: Topografía “Baldorioty”, 1908): 57-58; Martínez Rosello, “Informe”, 18, 21.

⁴⁷⁴ Ver Rodríguez Pastor, “The educational”, 19, 21.

⁴⁷⁵ Esto no fue un fenómeno que se dio solo en Puerto Rico y podemos encontrarlo también en Estados Unidos. Para más detalles ver Edith M. Irvine-Rivera, “Physical Education in the Public Schools of Porto Rico”, *PRHR* I, n°11 (1926): 10-14, 10-13. Para una discusión más detallada en el contexto de Estados Unidos, además de la relación entre la Era Progresiva (1890-1920) y la eugenesia (en particular una que selectivamente hizo uso de interpretaciones lamarkistas en nombre de tanto preservar como mejorar la raza) ver Kenneth E. Mobily, “Eugenics and the playground movement”, *Annals of Leisure Research* XXI, n°46 (2017): 1-16.

sociales” y el rol de la educación higiénica para sensacionalizar, “cultivar” /hacer cultos y promover técnicas de abstinencia.

3. El médico como moralista: evangelios y eugenismos

Desde principios del siglo XX podemos ver la apropiación de este rol moralizante entre los médicos que veían en la “moralización” un gesto civilizador (o inclusive de “buen Gobierno⁴⁷⁶”) y que respondía a una especie de “ley natural” que buscaba preservar o conservar la especie de todo tipo de degeneración o “veneno”⁴⁷⁷, como eran el alcoholismo y la “inmoralidad sexual”⁴⁷⁸. Para moralizar se requería de cierto tipo de educación y propaganda, y, por ejemplo, Quevedo Báez (en el 1903) no tenía reservas en promulgar una educación que hiciese uso explícito de técnicas sensacionalistas en nombre del realismo y la prevención, entre ellas utilizar imágenes y colores que provocasen horror y el uso de clasificaciones que difamaran y creasen “clases” que separasen a los “virtuosos”/sanos de los “viciosos”/alcohólicos⁴⁷⁹. Lo preferible era una propaganda, educación y regulaciones que fuesen verdaderamente preventivas, profilácticas y

⁴⁷⁶ Por ejemplo, en el 1903, Quevedo Báez vaticinaba que como parte de un “buen Gobierno” se debe velar no solo el “bienestar material del pueblo, sino por el bien moral del mismo”; y consecuente con ello no bastaba ver el progreso “en una sola dirección” fomentando el trabajo, las ciencias, las artes e industrias, sino que la “obra de un buen gobierno es moralizar” e incluso “el objetivo de una sociedad es moralizar”. Ver Quevedo Báez, “Medios”, 135.

⁴⁷⁷ En el 1903, Quevedo Báez, al referirse al problema del consumo del alcohol, invocaba selectivamente la historia y gobierno de otros países para demostrar que “el buen sentido moral de los Gobiernos” mostraba un patrón que prevalecía “aún en los periodos de atrazo histórico, un sentimiento humano, altamente civilizador” que buscaba moralizar al individuo, y esto reflejaba también una “ley tipo” que regía a la especie hacia la conservación o al menos a excluir “todo daño, degeneración o vicio que pueda mermarla”. Quevedo Báez, “Medios”, 137.

⁴⁷⁸ Una parte del “evangelio” del higienista, nos dirá Valle Atilés, era educar sobre las consecuencias del alcoholismo y de la “inmoralidad sexual”, de esos “venenos” que “destruyen a menudo la felicidad de las familias, perjudicando la prole” y producía variadas degeneraciones —en la medula espinal y en el cerebro, produciendo locura, inferioridad mental y predisponiendo a la tuberculosis, entre otros males. Ver Valle Atilés, “La contribución”, 234-35.

⁴⁷⁹ Por ejemplo, el galeno auspiciaba el uso de una propaganda “en colores con los horribles y rojos de la enfermedad, para que el ánimo del joven se aterre y se prepare para la lucha del futuro, con el miedo que habrá que infundirle”. Inclusive, también era permisible la difamación o el uso de alguna especie de “clasificación” por clases sociales — “pues el vicio merece difamación, establézcanse clases sociales separando de ellas á los bebedores, de suerte que tengan al sucumbir á esta clasificación, que sonrojarse de su propio vicio.” El gesto segregativo y biotipológico es evidente al Quevedo Báez auspiciar que en tal educación y clasificación sea tal “que haya líneas, que separen á unos hombres de otros según sus virtudes ó vicios”. Ver Quevedo Báez, “Medios para combatir el desarrollo del Alcoholismo en Puerto Rico II”, *BAMPR* I, nº10, 152-155, 153.

llevasen a una abstinencia voluntaria⁴⁸⁰. Este señalamiento de Quevedo Báez no debe verse como aislado, y converge bien con lo que fueron las campañas contra los “venenos sociales” en otros países (que en su mayoría no aplicaron la prohibición) en donde frecuentaba el lenguaje eugenésico y moralizante.

En Puerto Rico la relación entre prohibición y educación también la encontramos en los debates higienistas sobre la prostitución, en particular en Valle Atilés en su estudio sobre la prostitución del 1919. Aunque Valle Atilés señalaba que las causas de la prostitución eran variadas, sus argumentos resaltaban que era el producto de una falta de educación moral, que cultivase un “sentimiento de responsabilidad”, de “cultura moral” y de una “conciencia del deber” que pudiese frenar la “carnalidad bruta”, el “sensualismo no refrenado”, el “trato promiscuo” y los actos “irreflexivos⁴⁸¹” propios de los que padecen de un “daltonismo moral”— “pecadores a causa de su daltonismo moral”—⁴⁸². Lo pertinente aquí es ver que “educar” en este contexto eugenista significaba corregir vicios, dar consciencia y enseñar a tener cierta “cultura”, sensibilidad y sentido de deber —una “cultura del sentido del deber”— que evitase el desarrollo de enfermedades venéreas e intoxicaciones, pero más que nada enseñase como prevenir y abstenerse en nombre de

⁴⁸⁰ A tono con la lógica preventiva una “buena profilaxis y una acción eficaz de los gobiernos pueden hacer mucho más que la “prohibición absoluta”, siendo más preferible medios para regular el consumo, entre ellos el uso de propaganda, asociaciones y métodos de aislamiento o abstención, incluyendo prohibir que se casen los alcohólicos. Ver Quevedo Báez, “Medios II”, 154.

⁴⁸¹ Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 1, 9.

⁴⁸² Resulta muy sugestivo que Valle Atilés utilice este término para referirse a las prostitutas y nos permite atisbar con algunas de sus influencias intelectuales. El término “daltonismo moral” puede encontrarse en textos del jurista e intelectual argentino Octavio Bunge y el psiquiatra italiano Benigo Di Tullio (influenciado por la criminología de Cesare Lombroso) y remite a la conceptualización de la “locura moral” o *moral insanity* (presente en Philippe Pinel y, posteriormente en James Cowles Prichard) y los debates en torno a la imputabilidad de un crimen a ciertos grados de locura e idiotismo. El término lo encontramos en posturas biologicistas y eugenistas. Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 12. Para información en termino al concepto y su relación (en ocasiones forzada y equivoca) con la conceptualización de “locura moral” ver José Adolfo Reyes Calderón, *Diccionario de Criminología y criminalística* (Guatemala: Kompas, 2006), 69 (recuperado el 23 de noviembre de 2019 en https://issuu.com/themapalma/docs/diccionario_de_criminologia); Jean Garrabé, *Diccionario taxonómico de psiquiatría* (México: Fondo de Cultura Económica, 1993): 77-78; Luis Rodríguez Manzanera, *Criminología* (México: Editorial Porrúa, 1981): 270-71, 282; German E. Berrios, *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century* (New York: Cambridge University Press, 2002), 103, 313, 419, 426.

“la patria” y “la especie” para así proteger el “orden biológico” y se cultivasen así aquellos “poderes” favorable al “porvenir de la raza”⁴⁸³. Las analogías entre educación, eugenesia y agricultura no son azarosas, dado que se nutría de la imagen de que agricultor “inteligente” era selectivo cuando “cultivaba” y por eso sus estrategias favorecían la economía el País.

Valle Atilas apuntaba a la necesidad de instituciones reformativas o de rehabilitación, o de una educación práctica y culta, sugerencias que parecían muy sensatas y que, de forma predecible, eran ignoradas. Inclusive si tomamos el ideal que proponía Valle Atilas de las inspecciones escolares para la segunda década del siglo XX, dicho proyecto no se distanciaba mucho (aún si tenía un alcance mucho más modesto y limitado) del propuesto por la biotipología argentina e italiana o los demás eugenistas latinoamericanos y españoles en esa misma época⁴⁸⁴. La finalidad era, a través de la colaboración de maestros y enfermeras, identificar, para entonces ir aislando y tratando (preferiblemente de forma gratuita vía dispensarios) las enfermedades comunicables e ignoradas en la casa, y lograr ese “tipo ideal de hombre” con cualidades perfeccionables⁴⁸⁵. De esa forma se podía lograr el “superhombre” de Nietzsche y el “tipo ideal” de Spencer (dos figuras y referentes muy comunes entre los eugenistas), en particular si el matrimonio estaba guiado por una “ley

⁴⁸³Ver Valle Atilas, *Un estudio*, 12; y un señalamiento similar en torno a la pertinencia de la educación como “base principal del porvenir de la raza” en Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 80.

⁴⁸⁴ Esto puede verse más en el caso de Argentina y en México. Ver Gustavo Vallejo, “El Ojo del Poder en el espacio del saber: Los Institutos de Biotipología”, *Asclepio* LVI (1) (2004): 219-245; Héctor Palma & José Antonio Gómez Di Vincenzo, “Biotipología, eugenesia y orden social en la Argentina de 1930-1943”, *eä (ea-journal)* 1 (2) (2009): 1-21; Lara Suárez y López Guazo, “La influencia de la sociedad eugénica mexicana en la educación y en la medicina social”, *Asclepio* LI, n°2 (1999): 51-84; José Antonio Gómez Di Vincenzo, “El talle justo de alumno: Biotipología, eugenesia y pedagogía en Argentina (1930-1943)”, *Archivos de Ciencias de la Educación* 6, n°6 (2012): 1-14.

⁴⁸⁵ En el 1914 Valle Atilas enmarca una discusión respecto a la infancia y su potencial a través de analogías y referencias a Spencer y Nietzsche. Remite al sueño nietzschiano del superhombre como algo que puede ser realizable “manteniéndonos dentro del terreno firme de las cualidades humanas, perfeccionables siempre” y al “tipo ideal de hombre” de Spencer cuyas cualidades eran: normalidad física, capacidad mental, carácter agresivo, concentración, simpatía y visión. Desarrollar estas cualidades eran el trabajo del educador y se pensaba que era posible si se tenía la cooperación de “nurses preparadas científicamente” (siguiendo el modelo de Baltimore) que pudiesen identificar con tarjetas la condición de los niños a nivel fisiológico y salubre. Aun si no se les daba tratamiento en las escuelas (aunque el ideal era poder lograr esto), sí se podían excluir aquellos niños “afectos de difteria, escarlatina, sarampión, varicela y otras enfermedades comunicables, incluyendo la tuberculosis y el tracoma”. Valle Atilas, “Inspección”, 3-4.

sabia” que llevase a un “tercero superior” a ellos⁴⁸⁶.

Sin embargo, Valle Atilés aclaraba que el educador, o “educacionista”, podía hacer poco ante los “mentalmente defectuosos” y “damnificados”, carentes de potencialidad (debido a la herencia biológica) o que reaccionaban mal ante el “estimulo educativo”⁴⁸⁷. En el caso de la prostitución, la asociación entre mentalidad defectuosa, debilidad mental, inmoralidad y falta de escolaridad (debido a dificultades en el aprendizaje) era enmarcada como un problema hereditario de debilidad mental que facilitaba la prostitución⁴⁸⁸. En ese sentido, la falta de escolaridad, concebida por Valle Atilés como la única educación moral posible para una niña pobre, era interpretada no solo como un reflejo de una mentalidad defectuosa y heredada, sino que correlacionada con la prostitución como destino. Vale notar aquí como ser prostituta, ser débil mental, ser/estar enfermo y tener poca escolaridad (o aptitud para ello) podía interpretarse equívocamente como problemas biológicos y hereditarios, y por ende incurables. Valle Atilés argüía que la educación típicamente funcionaba solamente en “mentes sanas” y en ese sentido era absolutamente inútil para el “desenvolvimiento intelectual y moral” del “pobre degenerado”⁴⁸⁹; y por eso valía más la pena suprimir las causas

⁴⁸⁶ A tono con lo que ya habían argüido Alfonso Panigua y Valle Atilés a principios del siglo XX, Quevedo Báez declaraba que el matrimonio debería ser limitado entre aquellos “degenerados”. También añade que el matrimonio debe ser dirigido por una “ley sabia” en pro del beneficio de la especie o, a tono con Nietzsche (según la lectura sesgada del galeno), como una especie de “voluntad concorde con crear un tercero superior a ellos”. Quevedo Báez remite a la necesidad de una “ley sabia” que lleve [a los padres] a “renunciar a su libertad de procrear seres desdichados” y con ello limitar el matrimonio y procreación de los enfermos. Ver Quevedo Báez, “Dispensario”, 9.

⁴⁸⁷ De acuerdo con Valle Atilés “hay ciertos casos en los que el educacionista poco puede hacer” y son aquellos cuyas “células cerebrales damnificadas por algún estado patológico, o carentes de potencialidad, no reaccionan, o lo hacen mal, al estímulo educativo”. Valle Atilés, *Un estudio*, 9.

⁴⁸⁸ Valle Atilés estimaba que esta herencia y defecto irreversible aplicaba a más de la mitad de los casos de prostitución. El galeno provee evidencia empírica ni justificación clínica para ello, sino que se amparaba en su observación y experiencia clínica. Inclusive ciertas conductas desatentas y resistentes a la escolaridad (no saber leer ni prestar atención, discutir con el profesor o preferir jugar que ir a la escuela), al menos en el caso de las mujeres, junto a ciertos defectos en el supuesto y natural “sentimiento estético” (usar “colores chillones”, “dibujos vulgares” o tatuajes, “afeites y perfumes de picotilla”), eran interpretadas como señales del conjunto debilidad mental-prostitución. Estos datos parecen derivarse del estudio de Valle Atilés, publicado en el 1919, de 168 casos de prostitución en el cual señalaba que la mayoría (150) “no conocían las letras” y algunas asistieron, pero tenían “muy dura la cabeza” para aprender, “les gustaba más jugar”, “que no ponían atención”, “que peleaban con los profesores” o daban cualquier “otra razón trivial”. Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 4-5; Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 32.

⁴⁸⁹ Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 10.

que emplear cambios de régimen educativo⁴⁹⁰.

La educación eugenésica, que no era muy distinta a la auspiciada por los neomaltusianos, buscaba educar a la juventud en lo que conciernen sus compromisos matrimoniales⁴⁹¹. Dicha educación constaba en restringir la reproducción de las madres ignorantes, los “faltos de inteligencia para contraer enlaces” y los que padecían de “defectos” (como la debilidad mental, el alcoholismo e incluso la “exhaustación nerviosa”), en particular, porque los “defectos generalmente son muy prolíficos”. También buscaba educar a que las “personas inteligentes” se asegurasen que no se casaran con alguien con una “tara hereditaria” que llevase a una “prole afectada”⁴⁹². Según Valle Atilés, citando a Spencer, este tipo de educación y estrategia iba a tono con ese primer requisito para el éxito en la vida: ser “buenos animales”⁴⁹³.

El discurso neomaltusiano evocaba razonamientos e imágenes que resaltaban como cierta “educación inteligente” podía mejorar la reproducción natal y la productividad económica. Basta ver cómo, en el 1925, Fernós Isern señalaba que el problema dual de una alta mortalidad infantil y natalidad reflejaba una pérdida de energía y producción, señal de una maquina defectuosa que producía mucho, pero desperdiciaba mucho⁴⁹⁴. Fernós Isern señalaba que se trataba de una producción de capital humano de baja calidad, de basura y escoria en vez de excelencia o calidad platina⁴⁹⁵. En ese mismo año Lanauze promulgaba obligar al gobierno que le enseñase

⁴⁹⁰ Valle Atilés comparte cierto pesimismo ante las capacidades de los defectuosos a tono al de Octavio Bunge, a quien cita para señalar que los “anormales perdían el tiempo, vegetando si [sic] provecho intelectual alguno, y si alguno adquirirían, era disgusto y antipatía por la escuela”. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 26

⁴⁹¹ Según Valle Atilés: “El problema general del eugenista es definido y claro; persigue el mejoramiento de la raza por medio de la educación de la juventud, induciéndola a emplear una previsión razonable al tratar de establecer sus compromisos matrimoniales”. Ver Valle Atilés, “Eugenica”, 19.

⁴⁹² Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 81; y señalamientos similares aparecen en Valle Atilés, “Salud y”, 1.

⁴⁹³ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 41.

⁴⁹⁴ Fernós Isern, “Infant mortality”, 3.

⁴⁹⁵ Tal cual como lo expone Fernós Isern: “Our human capital is a matter of quantity, it is not one of sterling worth but of dross and dregs”. Fernós Isern, “Infant mortality”, 4.

gratuitamente a la mujer, víctimas empujadas a cometer un “aborto criminal”, para que controlase “prudentemente y científicamente el número de hijos”⁴⁹⁶. Casi como un eco de lo ya señalado por Quevedo Báez, Panigua y Valle Atilés, Lanauze proclamaba que para poder “crear una raza de niños nacidos y sanos” era “esencial que la función de la maternidad sea elevada a la alta dignidad que merece” y esto no era posible si la concepción se daba por “casualidad o capricho” o por “ciega y caprichosa consecuencia del instinto”⁴⁹⁷.

En otras palabras, Valle Atilés, como todo buen eugenista, destacaba que el origen de los problemas sociales era en esencia biológico (radicaba en el “plasma-gérmen”), y no económico o educacional (aún si ofreciera posibles soluciones transitorias de este tipo), y por consecuente requería de soluciones eugenésicas⁴⁹⁸. Y aún, cuando los médicos no proclamaran abiertamente o explícitamente dichas soluciones eugenésicas y maltusianas, el lenguaje eugenésico estaba presente cada vez que se buscaba educar y moralizar respecto a la mujer, sus capacidades reproductivas y el problema de la mortalidad infantil. Esto podemos verlo, más claramente, cuando vemos el discurso médico respecto a la “protección de la infancia”.

4. El médico como protector de la infancia: mecedores de cunas, comadrones

Ya desde finales del siglo XIX pudimos ver en los textos de Valle Atilés y Zeno Gandía (entre otros), cómo los médicos representaban las prácticas de las mujeres, en particular las madres pobres, como uno de los peligros de la ignorancia que contribuía a la degeneración de la prole. No es de sorprender que, en Puerto Rico como en Europa y Latinoamérica, se evoquen durante la segunda década del siglo XX las virtudes y necesidades de la puericultura —en nombre de

⁴⁹⁶ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 6, 13

⁴⁹⁷ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 14.

⁴⁹⁸ Valle Atilés declaraba: “Es una ilusión creer que el origen de todos los daños sociales se halla sólo en el problema económico y en el educacional. Esto es no tener en cuenta que la más poderosa raíz de esos males es más honda, hay que ir a buscar al plasma-gérmen mismo; que este sea bueno o malo; que el primero se propague, y que limitemos o impidamos la reproducción del segundo”. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 42.

“proteger nuestros hijos”—, en clave eugenista y en pro de evitar los “venenos sociales”, en particular la tuberculosis⁴⁹⁹. Para nuestros fines, una parte relevante dentro de la discusión respecto a higienizar los “medios” giraba en torno a las críticas médicas sobre cómo se podía mejorar el régimen de alimentación y la calidad de la leche en los niños. Ya hemos visto cómo para la década de los veinte y los treinta varios médicos, en particular Belaval y Fernós Isern, destacaron los peligros de la negligencia e ignorancia materna, junto a los problemas respecto a la calidad de la vivienda y de los alimentos. Sin embargo, ya estos señalamientos vienen dándose desde inicios del siglo en autores como Quevedo Báez, Panigua y Valle Atilés, exigiendo la necesidad de “higienizar la niñez⁵⁰⁰” y regular sus medios de reproducción en pro de regenerar al país, tanto biológica, como moral y económicamente.

El vínculo entre la calidad del régimen alimenticio de los niños, en particular la leche, y ciertas regulaciones de carácter eugenésico, podemos verlo de forma clara, aún si no explícita, en el 1912, cuando Quevedo Báez insistía en la importancia de la “leche pura”. Quevedo Báez llamaba la atención sobre la necesidad de limitar el matrimonio entre individuos tuberculosos, destacando la necesidad de regular tanto la alimentación y la vivienda como la herencia biológica⁵⁰¹. El galeno consideraba que el “combate” actual estaba enfocado equivocadamente porque no era eficaz “curar á los ya averiados ó á evitar el contagio más o menos directo”, y por esa razón era mejor llevar a cabo estudios demográficos y registros que identificaran las familias con tuberculosos para así, a través de una “selección social”, evitar el contagio vía leche materna⁵⁰². El galeno

⁴⁹⁹ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 61, 67; Manuel Quevedo Báez, “La protección a la infancia en la lucha antituberculosa”, *BAMPR* X, n°97 (1914): 5-8.

⁵⁰⁰ Por ejemplo, como señalaba ya Guillermo Salazar en el 1904: “El niño de hoy es el ciudadano de mañana; todas las patrias necesitan ciudadanos fuertes, porque el hombre fuerte bien piensa y bien trabaja. Es pues, labor de los gobiernos higienizar la niñez”. Ver Guillermo Salazar, “Higiene de la lactancia”, *BAMPR* II, n°22 (1904): 364-65, 364.

⁵⁰¹ Manuel Quevedo Báez, “La Mortalidad Infantil y su relación con la ascendencia tuberculosa”, *BAMPR* IX, n°83 (1912):6-9, 6.

⁵⁰² Quevedo Báez, “La Mortalidad Infantil”, 7-9.

responsabilizaba, como lo harán muchos otros, a las madres del “problema moral” de la degeneración y mortalidad infantil, sea ya por sus errores en la selección de pareja —para así llevar a cabo su “magnífica obra”⁵⁰³— como del cuidado propio, de sus alrededores y del niño. Y si bien Quevedo Báez no alude explícitamente al término eugenesia, sí apunta al problema del “mejoramiento de la raza” como parte del “cultivo del hombre, por el hombre, o sea la Puericultura⁵⁰⁴”.

El peso y carga caía sobre la mujer dado que ella era el “eje moral”, una “suprema magestad” que era importante en la “vida doméstica” y era pertinente que tal “vida” no sufriese y se comprometiera la “felicidad de los hogares” (vale recordar que la crítica de Quevedo Báez en torno a las “mujeres modernas” que abandonaban la casa en pro de trabajar en talleres o factorías)⁵⁰⁵. Ante las fallas maternas y los excesos de la modernización, que llevaba a que madres trabajasen en talleres y factorías, los médicos “mecían cunas”, en tanto y en cuanto buscaban a través de sus dispensarios de leche darle un alimento al niño para despertar una “energía moral” y tener así para la patria una “legión de hombres⁵⁰⁶”. El llamado de Quevedo Báez era “a las armas”, a la “acción social”, lo cual se traducía, en términos concretos, a aplicar el programa europeo de “Gota de Leche⁵⁰⁷” para no solo proveer leche a las madres sino educarlas en el “secreto arte de criar

⁵⁰³ Al respecto de ese deber y “magnífica obra” dice Valle Atilés: “La mujer de este país tiene un papel de inmensa grandeza en tan magnífica obra. Ella debe resistirse a la tentación de un casamiento, cuando el consorte sea persona de malos hábitos o tenga otros antecedentes perjudiciales a la descendencia”. Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 21.

⁵⁰⁴ Quevedo Báez, “Dispensario”, 10.

⁵⁰⁵ Quevedo Báez recrimina: “Las madres se alejan de las cunas y en los talleres sus energías se debilitan para ganar mezquino salario que no alimentará al hijo abandonado”. Quevedo Báez, “Las gastro-enteritis”, 59.

⁵⁰⁶ Quevedo Báez, “Dispensario”, 11.

⁵⁰⁷ La presencia de estos proyectos de “Gota de Leche” y su relación con propuestas eugenistas, vía el campo de la puericultura y la higiene social podemos encontrarla también en Latinoamérica, particularmente durante la década de los veinte (aunque su exhortación puede encontrarse desde inicios del siglo XX). Por ejemplo, en el caso de Colombia, Márquez Valderrama y Gallo Vélez dicen que el proyecto de “Gotas de Leche” fue “expresión de la lucha por la civilización y el mejoramiento de la raza, aunque también aparece en la documentación como una acción pragmática”. En Chile, tenemos médicos que acentuaban como la “Gota de Leche” (desde el 1911) lograba corregir la “vergüenza” de la mortalidad infantil, producto de madres ignorantes y que contribuían a la degeneración de la raza. Ver Márquez Valderrama y Gallo Vélez, “Eufemismos para”, 28-30; Antonieta Vera Gajardo, “‘La superioridad moral de la mujer’: Sobre la norma racializada de la femineidad en Chile”, *Historia y Política* XXXVI (2016): 211-240, 228.

niños”, porque el “instinto de la madre” no era suficiente para esta labor⁵⁰⁸. La finalidad general de dichos consejos se reducía a (re) educar a la madre contra su instinto afectivo, el cual le faltaba el cultivo de la inteligencia respecto a la higiene, evitando así contactos “promiscuos”, como era el escuchar a charlatanes o comadronas. Esta medicalización de la maternidad asumía la necesidad de regular esa supuesta “función natural” de la mujer, que por ser mujer se dejaba ir por un “instinto maternal” que no era cónsono con la razón medica e higiénica. Se trataba de un saber medico paternal que se percibía como masculino y superior⁵⁰⁹.

En términos discursivos el saber médico-organicista y biologicista asumía que existía una jerarquía y organización en torno al saber y la educación, amparada en un supuesto orden natural/biológico y orgánico (y por ende objetivo y neutral) que justificaba (ahora aclararíamos que reforzaba) las divisiones sociales y de género a favor de la identidad masculina y heterosexual (o ciertos ideales e imaginarios de tal identidad). Un aspecto curioso es notar cómo en dicho orden natural, el responsable es definido como el que sabe, mientras que el irresponsable es tanto el que no sabe cómo el que no tiene la capacidad, voluntad y/o disposición para saber. En dicho contexto la comadrona y la madre son interpretadas como las que no sabían, eran irresponsables y por lo tanto no podían integrarse a este sistema de saberes sanitarios, sino solo someterse a sus dictámenes⁵¹⁰.

⁵⁰⁸ Curiosamente eso es todo lo detallado, por parte de Quevedo Báez, sobre dichos “secretos”. Ver Quevedo Báez, “La protección”, 7. Algo similar había señalado Valle Atilés, quien aconsejaba que toda joven debía ser “doctrinada para esta nobilísima función”, para así anteponerse al “instinto de la maternidad” el cual carecía del “cultivo de la inteligencia”. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 62.

⁵⁰⁹ Aún si para este periodo hubo mujeres graduadas y doctoradas en medicina—por ejemplo, María Elisa Rivera y Ana Janer en el 1909, seguido por Palmira Gatell, Josefina Villafañe y Dolores Pérez Marchand en el 1910 y 1911—la percepción general de la medicina como masculina era algo común. Inclusive, aún en el 1930, cuando se aprueba la Ley #77 para que se crease una Junta de Enfermeras, Quevedo Báez renuncia en disgusto como presidente del Tribunal Examinador de Médicos, y uno de los miembros declaró “que la aprobación de las leyes que atañen a la Junta sobre todo aquella que crea una Junta de Enfermera son leyes que retroceden el proceso medico por veinticinco años”. Ver Yamila Azize Vargas & Luis A. Aviles, “The unknown facts: women’s participation in the health professions in Puerto Rico (1898-1930)”, *Puerto Rico Health Sciences Journal* IX, n°1 (1990): 9-16, 13.

⁵¹⁰ Vale recordar que, a diferencia de Europa, Estados Unidos no fomentó la integración de las comadronas al sistema sanitario ni hubo, como apuntan Azize Vargas y Aviles, “una política uniforme de aceptación de las comadronas”.

Tomemos por ejemplo cómo Belaval en el 1914 justificaba sus observaciones respecto a las comadronas a través del discurso de prevención y evitación de las enfermedades y, consecuente con ello, insistió en la necesidad de tener que (re) educar e imponer la autoridad médica en las madres jóvenes. Belaval insiste en la necesidad de educar y vulgarizar los conocimientos médicos para evitar el patrimonio de “herencia” de prejuicios de las “madres antiguas” y el peligro “inconsciente” de hacer caso a una comadrona en vez que un “facultativo inteligente”⁵¹¹. Belaval criticaba la pasividad de algunos médicos que permitían que la comadrona dirigiese el proceso, cuando lo lógico era que fuese el médico, a quien apoda aquí como “comadrón responsable”, quien dirigiera el proceso. Bastaba con que el médico empleara una especie de explicación cortes, pero autoritaria para convencer a las madres y desplazar así la influencia de la comadrona⁵¹². Este juego y reverso de llamar al médico “comadrón”, en tanto y en cuanto activo y responsable, no es ingenuo ni simplemente jocoso, y atañe a cierta lógica que reitera una lógica de jerarquías determinadas por saber, clase, educación y género⁵¹³. Esta apropiación, e incluso sexuación, de un saber y experiencia evoca una imagen de dominio científico-masculino, no muy distinta a la aludida

Azize Vargas & Aviles, “The unknown”, 10.

⁵¹¹ José S. Belaval, “Algunas observaciones sobre la práctica de la obstetricia en Puerto Rico”, *BAMPR* X, n°105 (1914): 5-14, 6.

⁵¹² Belaval aconsejaba a sus colegas que debían ir contra el “sentimiento de pudor” de algunas mujeres y de forma “cortés pero firmemente rehusar la posición ridícula” que se le ofrecía al médico/comadrón; y por lo general dicha cortesía autoritaria: “todavía ninguna parturienta por ignorante que fuese quien después de haberle explicado la necesidad de un examen lo haya rehusado profundamente, por el contrario, más o menos pesarosa todas se han sometido a él”. Ver Belaval, “Algunas observaciones”, 7.

⁵¹³ No es casualidad que Belaval conciba esta “pasividad” de algunos médicos como algo “ilógico” en términos jerárquicos, y para ello trace una analogía que marque las distinciones entre cirujano/practicante, clínico/enfermera, comadrón/comadrona. Dice Belaval de los médicos que:

(...) se someten a un caso de parto, cómodamente sentados en la sala de la parturienta esperando con tranquilidad que la comadrona avise si le ha de necesitar o no; es decir, fiando aquella mujer, por lo regular ignorante, nada menos que el diagnóstico de las distocias y accidentes del parto (...) ¿Permite acaso el cirujano que el practicante le diga que ha llegado el momento de intervenir quirúrgicamente en un caso de apendicitis? ¿Espera el clínico que la enfermera le avise el momento propicio de una individuación terapéutica? No, pues del mismo modo señores, y por las mismas razones, no es lógico ni científico, que el comadrón del parto tan pronto penetra en la casa, consienta bajo ninguna excusa, conducir el alumbramiento (...).

Belaval, “Algunas observaciones”, 6-7.

imagen de verter las cunas en Quevedo Báez, que selectivamente eclipsa y minusvalora los roles y problemas de las mujeres en torno asuntos higiénicos y socioeconómicos.

Pese a sus renuencias, Belaval admitía que las comadronas eran “necesarias”—o mejor dicho, dice que “son un mal necesario”— y ante la imposibilidad de evitarlas pedía que se educasen correctamente con un certificado mejor que el actualmente dado⁵¹⁴. El caso de Belaval nos permite ver como los médicos utilizaban su rol, educación y conocimientos para justificar y fortalecer ciertos intereses de clase e identidad. A su vez nos permite apreciar como los sesgos ideológicos y prejuicios de los médicos los llevaban a culpabilizar y promover estrategias que resultaron fallidas. Por ejemplo, la calidad de la leche mejoró gracias a ciertos adelantos tecnológicos y de accesibilidad económica y no a través de las regulaciones eugenésicas y las condenas a la “fiebre del feminismo”⁵¹⁵. Como veremos en el próximo capítulo, la solución a la mortalidad infantil no se logró por medios eugenésicos (aunque eso no evito que se apostase a ello y se empleasen) ni evocando a la moral y voluntad de esas supuestas “madres ignorantes”.

Por esa razón es preciso que discutamos ciertos entendidos e imaginarios evocados por la AMPR, quienes suponían representar la clase médica del país, para así ver cuán selectiva era la laudada “objetividad” y “educación” médica al acercarse a los “problemas sociales”.

C. La “organización médica”: imaginarios respecto a clase, educación, política y moralidad

En esta sección nos acercamos a lo que los médicos, sean estos afiliados a la AMPR, a las

⁵¹⁴ El certificado actual era “inmerecido” y el comadrón de Belaval consideraba que no estaba haciendo lo necesario para mejorar los criterios de admisión para certificar este “mal necesario”. Ver Belaval, “Algunas observaciones”, 11.

⁵¹⁵ Hubo mejoras para finales de la década del veinte, en particular con la pasteurización iniciada en el 1927 (con la primera fábrica en San Juan) y el uso de plantas de refrigeración en aquellas fincas más grandes. Sin embargo, no será hasta más tarde (finales de la década de los cuarenta y durante los cincuenta), cuando se podía garantizar el costo casero de una nevera, que el asunto tuvo un cambio más permanente (asunto que ya veremos en el próximo capítulo). Ver Pablo Morales Otero, “Porto Rico and Its Milk Problems”, *American Journal of Public Health* XVIII, n°11 (1928):1384-87, 1384-85.

campañas higiénicas o a las autoridades sanitarias, afirmaban respecto a su rol como clase y como profesionales; dejando así entrever imaginarios y presupuestos en torno al valor, legitimidad y autoridad concedida a sus saberes, su educación, sus intereses de clase y función ante una sociedad que percibían como degenerada y enfermiza. Para ello hay que destacar el rol de la formación de la AMPR, su relación con las campañas de higiene (en particular a partir de las de anemia con Ashford) y los modos, estrategias y dinámicas que los médicos puertorriqueños emplearon para validar y legitimizar su rol, tanto como profesionales como en tanto que clase social con injerencia y autonomía política. Los médicos puertorriqueños se enfrentaron asimismo a una serie de presuposiciones y estereotipos que las autoridades estadounidenses tenían e impusieron respecto a los males y corrupciones que parecían ser inherentes al País, y que cuestionaba la autoridad, educación y competencia de los profesionales puertorriqueños.

Nuevamente, los conceptos de Progreso, evolución y desenvolvimiento son evocados de forma entrelazada, al punto de que confluyen y parecen confundirse, trazando en ocasiones analogías organicistas que buscaban, de forma muy selectiva, representar el rol del médico como esencial para la modernización de Puerto Rico⁵¹⁶. Esto iba de la mano con un modo selectivo de representar las influencias españolas y la historia de la sanidad a partir de la intervención estadounidense. Por eso la imagen del médico como apolítico va a ser importante, permitiendo que los médicos, como clase y profesión, pudiesen estratégicamente distanciarse de las defectuosas herencias de un país que percibían como enfermizo, a la vez que se apropiaban de los mejores elementos de dichas interacciones e intervenciones. La supuesta inmunidad ideológica del médico lo ubicaba en una posición de excepcionalidad en donde podía ser político pero distinto a los demás políticos,

⁵¹⁶ Valle Atilés, “La contribución”, 229; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 67; Valle Atilés, “Eugénica”, 10; La Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 1-2; Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 93; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 286; Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 42; Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 70.

moralistas y religioso (con su propio “sacerdocio”) pero sin los límites sentimentalistas y fanáticos de la religión y la charlatanería. A su vez los médicos buscaron mostrar que sus intereses de clase no eran particulares sino universales o naturales, y a tono con los discursos de modernidad, progreso y evolución.

1. La organización de la clase médica y la AMPR

Es ley del mundo que toda empresa tendiente al bien colectivo haya de encontrar en su camino dificultades sin cuento, obstáculos casi insuperables, antes de alcanzar su completa realización. Pero, por otra ley compensadora, ocurre que á despecho de escollos y valladares llegar un momento en que, aunándose circunstancias antes improbables y dándose esfuerzos imprevistos, la empresa triunfa, cuando se daba ya por imposible de realizar y cuando aparecía, sarcástica, la sonrisa en los labios de los eternos murmullos....

Y no era posible que se sustrajera á estas leyes el noble pensamiento de unir con los más altos fines la clase Médica de Puerto Rico; no era posible que llegara al logro de sus justas aspiraciones sin la laboriosa gestación correspondiente; sin que surgiese más de una vez la idea para caer nuevamente en el olvido por algún tiempo. Y es que todo en su vida tiene su momento, el suyo propio, la dichosa oportunidad, madre del éxito, que no reconoce sino circunstancias favorables que hay que saber aprovechar so pena de ver para siempre perdida la mejor de las causas

¿Es que he llegado esa fugaz ocasión para la clase médica puertorriqueña?⁵¹⁷

Con estas palabras La Redacción del BAMPR inaugura su primer editorial “Nuestro Pensamiento”, con una narrativa que enmarcaba su fundación como si fuese un organismo⁵¹⁸ producto de una “voluntad orgánica” cuya vitalidad finalmente superó contras las adversidades y obstáculos varios. Lo importante a destacar aquí es el tono triunfal de regeneración y oportunidad que evocaba simultáneamente el bien colectivo y el bien de una clase particular —la “clase Médica de Puerto Rico”— en un país que era representado como atravesando un periodo de transformación, desenvolvimiento, evolución y realización (casi como si los tres viniesen de la

⁵¹⁷ La Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 1.

⁵¹⁸ No se debe minusvalorar el juego semántico y selectivamente (auto) referencial que evoca a intereses particulares a la vez que los “naturaliza”—es un “ser nacido” que habla— e incluso se universaliza como un evento objetivo, neutral y necesario. Ver La Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 2.

mano o significasen lo mismo) y la AMPR era esa “fuerza viva”, ese “cuerpo organizado que iba a tono con un “movimiento general civilizador” y “progresivista”, y por lo tanto, era el “órgano” más apto para representar dicha “realización”⁵¹⁹. Vale la pena recalcarlo, la AMPR, como era propio de muchas profesiones para principios del siglo XX, buscaba proteger y promover sus intereses de materiales y de clase⁵²⁰.

El *BAMPR* fue un vehículo académico y político —propio de cualquier publicación que se asuma “órgano” y portavoz de una asociación— que buscó conformar y defender los valores de una “clase respetable”, que se percibía como víctima de negligencias, sometimientos y ultrajes respecto a sus merecidos prestigios⁵²¹, además de señalar las fallas del sistema médico ante las negligencias del Estado⁵²². La retórica empleada reiteraba que no se trataba de problemas o intereses exclusivos de una clase, sino que estaban dirigidos a la “moral universal”, al “bien material de nuestro pueblo” y que implicaba un “positivo progreso y un real, desinteresado, patriótico beneficio á nuestro país”⁵²³. Por un lado, era una clase “respetable” que había “aparecido” para reclamar los atropellos contra los médicos y las fallas del sistema médico en el país, y que estaba compuesta por la “más alta y genuina representación de la clase médica de Puerto Rico”⁵²⁴. Por el otro, era una clase de carácter “esencialmente social” (un “organismo social”) que

⁵¹⁹ Vale la pena reproducir todo el próximo segmento para comprender mejor lo expuesto:

En Puerto Rico hoy todo se desenvuelve, todo se halla en pleno período constituyente; por sí misma va estableciéndose la verdadera personalidad del país, y por todas partes, aislada, pero positivamente, asoma cada día una fuerza colectiva nueva en órdenes diversos; y si á a ello se añade que el ambiente es indiscutiblemente favorable para tal desenvolvimiento, se comprenderá que sería falta imperdonable en una tan numerosa é ilustrada porción de la sociedad puertorriqueña, el no seguir la corriente de las cosas, constituyéndose en fuerza viva, en cuerpo organizado, para mejor coadyuvar al movimiento general civilizador y progresista que en nuestra existencia regional se determina

La Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 1-2.

⁵²⁰ Trujillo, *Modern Colonization*, 103, 138.

⁵²¹ En ese mismo año Quevedo Báez, proclamaba que la clase médica no podía “continuar viviendo sometida, sumisa y resignada á todo lo que sea ultraje y baldón para sus prestigios”. Ver Manuel Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, *BAMPR* I, n°7 (1903), 107-08

⁵²² Ver La Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 3.

⁵²³ La Redacción, “Nuestro Pensamiento”, 3.

⁵²⁴ Manuel Quevedo Báez, “Labor de la Asociación Médica: Tercera Asamblea científica en Mayaguez”, *BAMPR* 4,

tenía un conocimiento “perfecto” que le permitía entender el “carácter y modo de ser del pueblo” en periodo de “exagerado egoísmo” que ha llevado al “desbordamiento de todas las clases sociales”⁵²⁵. En ese sentido, la AMPR aclaraba, como lo hizo Quevedo Báez, que no eran un grupo de “ilusos” o de “unos pocos” sin “afinidad con los demás elementos de la sociedad”⁵²⁶. La AMPR se proyectaba como un organismo que sí conocía y le interesaba remediar los malestares de las clases pobres del país⁵²⁷.

Según Quevedo Báez, entonces presidente de la AMPR, la fundación/nacimiento de la AMPR marcaba la regeneración de toda la sociedad y el País — “La regeneración de todas las clases sociales tiene su momento histórico. Tal vez tras él gire el de toda nuestra sociedad”—⁵²⁸. Era un “organismo de autoridad indiscutible” en donde iban a gravitar soberanamente la opinión médica —entiéndase que eran los “soberanos” en cuanto a la opinión respecto la clase médica—⁵²⁹. Por ende, la pretensión de dicho “órgano” era hablar en nombre de toda la clase médica (y no solo los afiliados a la AMPR) y en pro de los mejores intereses de todas las personas. Este tipo de retórica y pretensión, repleta de sensacionalismos, eufemismos y analogías cuestionables, va a ser normativa en el discurso médico cuando invocaba y justificaba su autoridad y rol social, político y educativo. Por eso vale detenernos un poco más en torno a como los médicos percibían y entendían lo político y su relación con lo sanitario-higiénico.

n°44 (1906): 111-113, 112.

⁵²⁵ Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 107; Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, *BAMPR* I, n°8 (1903): 125-26, 125

⁵²⁶ Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 107.

⁵²⁷ Por ejemplo, en una conferencia en el 1917, Vale Atilés buscaba mostrarle “al mundo profano que a la Asociación Médica no le son indiferentes las cuestiones que se relacionan con el bienestar de las clases pobres, y de nuestra sociedad en general”. Ver Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 89.

⁵²⁸ Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 108.

⁵²⁹ Ver “Tercera Sesión científica anual de la “Asociación Médica” de Puerto Rico”, *BAMPR* IV, n°50 (1906): 171-174, 171

2. Las políticas del médico apolítico

Quevedo Báez, el primer presidente de la AMPR, representaba bien la imagen del médico liberal, perteneciente a la clase elite y que buscaba promover una mayor autonomía política y profesional, a la vez que evitaba los excesos de la política municipal⁵³⁰. Por lo general, la AMPR quiso asumir cierta autonomía y distanciamiento con la política local⁵³¹, pese a resistencias de ciertos miembros y a su tendencia de apoyar estratégicamente ciertas organizaciones y actividades clave, como fue la AMA⁵³², las campañas de Ashford, el uso del microscopio y, entre otras cosas, las políticas de centralización de la administración colonial.

Lo interesante es notar cómo figuras clave de la AMPR, como Quevedo Báez, interpretaban “lo político” de forma tan ambigua y oportuna, asumiendo en ocasiones que “lo político” era un obstáculo cuando estaba en manos de alcaldes u otros oficiales, y en otras una herramienta útil cuando los médicos la usaban para moralizar, sanear y hacer progresar a los habitantes del País⁵³³. Quevedo Báez asumía que existía una diferencia real entre la “política egoísta”, que era la empleada por no-médicos, y la política guiada por los intereses médicos, llamémosla “política

⁵³⁰ Trujillo, *Modern Colonizing*, 133, 135.

⁵³¹ Ejemplo de ello puede verse ya, desde un inicio, en septiembre de 1902, cuando la AMPR discutió la importancia de la autonomía médica, la “personalidad puertorriqueña y la participación de los médicos en asuntos políticos y locales. Inicialmente la mayoría de los miembros (Manuel Quevedo Báez, Ramón Ruiz Arnau, Francisco Sein y Sein, Francisco Jesús Amadeo, José Carbonell y Rafael Vélez López) quiso limitar la participación directa y política de los médicos en torno asuntos locales; sin embargo, se llegó al acuerdo a mantener su participación y legitimidad en políticas locales (postura defendida por José Esteban Saldaña y Narciso Doval). No queda claro cómo fue que Doval y Saldaña lograron convencer a la mayoría, pero al parecer Quevedo Báez y Amadeo quedaron muy decepcionados por la resolución. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 137.

⁵³² Inicialmente la AMPR no buscó afiliarse con la AMA, en pro de promover la autonomía de la clase médica puertorriqueña, en particular la de los “médicos liberales” que no tenían vínculos con la milicia estadounidense ni con las asignaciones municipales. En el 1910 se había votado inicialmente para evitar la incorporación con la AMA, solo para revertirla (con 36 a favor y 5 en contra) 4 meses más tarde. Como veremos más adelante, el cambio resulta muy sugestivo si consideramos que en este periodo (poco antes de la Acta de Colton del 1911) hubo huelgas y luchas obreras contra las compañías estadounidenses y administración colonial. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 135, 140.

⁵³³ Esto puede verse, por ejemplo, en Quevedo Báez, quien aclaraba que la AMPR no era una “sociedad política” pero “debe parecerlo”. No era ni podía ser “política” en el sentido de que no debe buscar agitar “las opiniones para satisfacción de bastardos egoísmos, no para empujar la máquina de los destinos públicos en el sentido de una conveniencia privada”. Sí podía ser política si buscaba estudiar los “medios” para “perfeccionar la vida pública”, la “moral” (y moralizar) y las “condiciones de vida”, “progreso” y de “su propia regeneración”. Ver Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 107.

médico-moral”, la cual no estaba motivada por intereses propios y en ese sentido era verdadera y objetiva. Tal cual como lo aclaraba Quevedo Báez, en su usual tono médico-moralista, la “política de los individuos” era algo volátil, de movilidad y caprichosa, y esto podía “profanar” a “fuerza de ignorancia y concupiscencia⁵³⁴”. Por el contrario, la política médica (o “medico moral”) apuntaba supuestamente a los problemas en torno a las influencias políticas y sus “egoísmos”, en particular los problemas del control municipal de los servicios médicos, la falta de compensación económica y de autoridad, autonomía y reconocimiento, por parte del gobierno y la administración colonial, del rol de los médicos para regular y mejorar los asuntos del país⁵³⁵. Ciertamente Quevedo Báez no era el único que asumía este tipo de dicotomía entre la política de los médicos y la de los demás, los “profanos”.

Era sabido, desde el Informe Carroll, que una de las frustraciones de los médicos era su impotencia para controlar el nombramiento de los médicos municipales, los cuales podían ser nombrados por razones personales o influencia política, disfrutando de ciertas exenciones, un pago más fijo y la posibilidad de expandir su clientela⁵³⁶. Sin restarle mérito a las críticas hechas a través de la AMPR, es preciso notar que sus críticas a la política municipal tenían que ver con quien tenía la autoridad para regular y llevar a cabo los servicios médicos locales. No obstante, tales disputas no eran enmarcadas como luchas de poder, en particular cuando se acentuaba el desinterés de los

⁵³⁴ Quevedo Báez, “Reformas”, 30.

⁵³⁵ Trujillo, *Modern Colonization*, 136.

⁵³⁶ Algunos médicos municipales eran parte de una elite intelectual, involucrada políticamente y con variadas publicaciones (autobiográficas, poesía, biografías), la cual podía incluir también a individuos que no tenían los documentos oficiales (aún si tuviesen la educación como fue el caso de Gregorio Santo en Orocovis y Francisco Aguirre y Federico en Hatillo). Los médicos municipales, como ya vimos en el capítulo anterior, tenían diversos cargos, desde investigar el estado sanitario hasta proveer opiniones forenses y hacer autopsias. Entre las ventajas del nombramiento municipal estaba la mayor probabilidad de ser pagados de forma, más o menos fija, y algunos aprovechaban para expandir su clientela privada y cobraban por los clientes no pobres. No obstante, la remuneración era baja y muchos se quejaban de tener que soportar los caprichos políticos de los alcaldes. Estos asuntos no mejoraron a principios de siglo con la intervención estadounidense. Para más detalles ver Trujillo, *Modern Colonization*, 112-13, 117-19, 132.

médicos en asuntos “políticos”, sino como afrentas contra la Ciencia y la Higiene. En varias ocasiones en el BAMPR se publican disputas y conflictos entre alcaldes y los nombramientos de médicos municipales⁵³⁷; de médicos titulares en una “abyección deprimente para la ciencia y para la personalidad profesional⁵³⁸”. Nuevamente, lo que se acentuaba era la necesidad de reconocerle prestigios y honores al médico titular y obtener salarios y autoridad a partir de méritos⁵³⁹. Cónsono con esto, estaba el mal estado de ciertos servicios sanitarios locales (o su completa ausencia) y la falta de hospitales, lo cual se achacaba a mezquindades y egoísmos de los alcaldes que impedían, según Quevedo Báez, el “imperio de la Higiene”⁵⁴⁰. La AMPR exigía tanto la centralización estatal de los servicios y el derecho de los médicos para tener autonomía y control local en la administración de los servicios y regulaciones sanitarias, dado que se consideraban la profesión mejor cualificada para ello⁵⁴¹. Como bien apunta al respecto Trujillo, favorecer la centralización de los servicios sanitarios fue una estrategia para, por un lado, favorecer los intereses de las autoridades coloniales, y a la vez proteger también sus intereses de clase y materiales⁵⁴².

Esta imagen del médico científico y profesional, cuya autoridad era valorada como una que trasciende o puede cortocircuitar la “politiquería”, resultaba muy atractiva, no solo porque reforzaba la imagen del saber médico como objetivo y libre de ideologías y partidismos, sino que reforzaba la imagen del progresismo y profesionalismo estadounidense. Durante las primeras tres décadas del siglo XX se estaba conformando una generación de “médicos profesionales” y

⁵³⁷ Ver, por ejemplo, el conflicto entre el alcalde de Lares y Francisco Sein en “Sección Informativa”, *BAMPR* I, n°1 (1903), 14-15, “Sección informativa”, *BAMPR* I, n°3 (1903), 43-44; entre Alfonso Panigua y el alcalde de Río Piedras en “Sección Informativa”, *BAMPR* I, n°2 (1903), 32.

⁵³⁸ Quevedo Báez, “Reformas”, 31.

⁵³⁹ Quevedo Báez, “Reformas”, 31.

⁵⁴⁰ Quevedo Báez, “Reformas”, 30.

⁵⁴¹ Para más detalles ver Trujillo, *Modern Colonization*, 136-38.

⁵⁴² De tal manera, y a tono con lo que ha señalado Trujillo, los médicos invirtieron, tanto en el sentido de darle la vuelta como el de capitalizar y gastar, el discurso de la administración colonial respecto al control y centralización gubernamental. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 138.

“especialistas” formados o afiliados a los ideales estadounidense del progresismo, imaginados como más “científicos” y “preventivos” que los médicos titulares, liberales y clínicos. Tales profesionales podían supuestamente trascender la politiquería del pasado y hasta los actuales “males del nacionalismo”. Ejemplos de ello los encontramos en las narraciones de médicos formados en Estados Unidos (ej. Pedro Valle Atilés⁵⁴³) o médicos estadounidenses (ej. Francis W. O’Connor⁵⁴⁴) que celebraban como la ciencia y el profesionalismo podía destruir los males del nacionalismo y del gobierno local. Como veremos más adelante, dicha imagen, o mejor dicho imaginario, se nutría en parte de ciertos análisis psicológicos (o de la “psicología de las masas”) que describían al anglosajón como profesional, distante, frío y pragmático y de ciertas interpretaciones que recalaban la autoridad y disciplina del médico militar anglosajón, la cual era casi soberana. De un modo u otro, este imaginario del estadounidense o “americano” profesional y apolítico, como plataforma de eficacia burocrática de centralización, objetividad y pragmatismo, fue un vehículo apropiado para que algunos médicos puertorriqueños pudiesen expresar sus frustraciones como clase y profesión ante la falta de recursos y servicios a nivel local.

Este tipo de apropiación del discurso de la objetividad, el progresivismo y el profesionalismo podemos verlo en las discusiones en torno a la necesidad de centralizar, y por consecuente “modernizar”, los servicios sanitarios. La centralización era presentada por las autoridades sanitarias (tanto estadounidenses como puertorriqueñas) como un “favor” o “alivio” a las

⁵⁴³ Por ejemplo, Pedro del Valle Atilés, quien fue un intermediario y traductor para los estadounidenses en el 1898, admiraba como la Sanidad Marítima estadounidense operaba de forma autónoma y soberana, no requiriendo solicitar la permisibilidad del gobernador ni de autoridades privadas para imponer cuarentenas o métodos de aislamiento. Ver P. Valle Atilés, “Sanidad Marítima”, 306.

⁵⁴⁴ Por ejemplo, O’ Connor admiraba la habilidad de los médicos puertorriqueños, a quienes califica equívocamente (aunque dicha equivocación es común en el idioma anglosajón) como “españoles” (*Spanish doctors*), y estadounidenses (*American doctors*) para “mezclarse” pese a los “malos sentimientos” que existían entre el resto de los puertorriqueños (aquellos fuera de la profesión médica) y sus “Maestros/Señores” (en el sentido de *Masters*) estadounidenses. Dicha capacidad reflejaba para O’ Connor el potencial de los científicos, en particular los médicos, para destruir el nacionalismo y toda esa ignorancia, en la cual incluye también a los turistas maleducados, que incapacitaba el bien y progreso sanitario. Ver O’Connor, *Diary*, 25.

autoridades locales y médicas, aun cuando era hecha de forma errática y parcial (como fue el “Consolidado”⁵⁴⁵), y como la técnica más “moderna” y costo-efectiva para un país pequeño, pobre, densamente poblado y con pocos recursos en los municipios⁵⁴⁶. Este discurso presentaba al “gobierno propio” como “hostil” y con una concepción errónea de “libertad individual” —una “mal pretendida autonomía” dirá un galeno— que reflejaba las malas influencias de los intereses políticos locales⁵⁴⁷.

Este discurso que selectivamente asociaba casi exclusivamente las “malas influencias” de lo político con las políticas municipales, locales y partidistas puertorriqueñas obviaba que dichos “males” existían también entre los médicos y no eran exclusivos de la política local puertorriqueña. Por esa razón resulta ilustrativo que la disputa que hubo a principios del siglo XX (1903) entre

⁵⁴⁵ Desde un inicio los poderes y centralización dados a la Junta Superior de Sanidad eran inclusive mayores a las existentes en Estados Unidos, y dicha excepcionalidad se justificaba por la supuesta ignorancia sanitaria y gubernamental de los puertorriqueños en tales asuntos. No solo eso, sino que dicha autoridad y centralización era presentada como una especie de “favor” o “alivio” a la carga de los médicos y autoridades locales. Esto puede verse en el informe que rinde en el 1901 William Smith. Sin embargo, vale recordar que dicha centralización fue en realidad parcial y errática debido a la propia estructura que tuvieron los sistemas sanitarios durante la primera década del siglo XX, en particular con y bajo el “Consolidado”. Dicha centralización comienza a concretizarse más una vez se fundan el Servicio de Sanidad (1912) y el Departamento de Sanidad (1917), pero aún ahí, como ya vimos en las primeras secciones, hubo dificultades respecto a la autonomía de los municipios (1919-1921). Ver Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 172.

⁵⁴⁶ En el 1920 Ruiz Soler, entonces Comisionado de Sanidad, consideraba la imposición de la autoridad municipal como contraria a los ideales de la modernidad. Ruiz Soler sostenía, amparándose en las “corrientes modernas de opinión científica” que las condiciones de Puerto Rico se beneficiarían de la centralización, debido a que era un país pequeño, con supuesto fácil acceso de transportación, pobreza, pocos recursos municipales y densidad poblacional. Ver Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 13.

⁵⁴⁷ Tomemos por ejemplo como en un Informe en el 1908, el director de Sanidad se refería a la lucha entre dos tendencias diametralmente opuestas: una recelosa que defendía los principios autonómicos y que descentralizaba los asuntos de salud y otra que buscaba centralizar todos los asuntos de salud. La primera tendencia era descrita como una “aptitud” de “gobierno propio” que resultaba hostil y que estaba amparada en una “mal pretendida autonomía” producto de las “influencias políticas” que “empañaban toda obra de carácter público”. Similarmente, en ese mismo año, Alfonso Paniagua parece hacer eco del ideal de centralización gubernamental y de leyes sanitarias que para ser eficaces “tienen que atacar á la libertad individual”, al igual que otros derechos —de la propiedad, del libre ejercicio de las industrias y las libertades municipales —y ajena a los intereses privados y políticos. En un tono similar, José Belaval, en el 1914, señalaba que el problema principal respecto a la beneficencia municipal radicaba en el papel que jugaba la política local cuando tales asuntos deberían ponerse en mano de una junta directiva (un “Board de Trustees”) separada de las “manos de un Alcalde”. El informe del 1908 aparece reproducido y citado en Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 18. Respecto a las frases citadas sobre la autonomía de los municipios (al parecer de autoría de un Dr. Barreras) ver “Sección Informativa”, *BAMPR* VI, n°63 (1908): 36; Alfonso Paniagua, “Apuntes relativos al estado actual de la Higiene Pública en Puerto Rico y reformas que debieran plantearse”, *BAMPR* VI, n°65 (1908): 68-70, 70; Belaval, “Consideraciones”, 3-4.

Luis Agueverre, médico municipal de Ponce, y el Comisionado de Sanidad (Ricardo Hernández). Agueverre criticaba las negligencias, sesgos ideológicos y mal uso de fondos por parte del Comisionado de Sanidad⁵⁴⁸, quien además buscó despedirlo injustificadamente de su puesto (por ofrecer estas críticas, pero no logró hacerlo al negarse a cooperar el alcalde de Ponce⁵⁴⁹). El caso de Agueverre no es aislado y mostraba cómo los poderes de la Junta Superior de Sanidad fueron percibidos por algunos como una usurpación a las autoridades locales y en contra de ciertas afiliaciones partidistas entre los médicos (en el caso de Agueverre parte de la discusión no fue solo por su afiliación con el catolicismo sino sus afiliaciones políticas, autonomistas a la vez que republicanas, que cuestionaban los excesos del “centralismo” o de cualquier asunto oficial del gobierno⁵⁵⁰).

Los ejemplos de dichos reclamos a favor o en contra de la centralización son abundantes, no obstante, este no es el espacio (ni es el propósito de esta disertación) calcular u ofrecer una lista exhaustiva de los mismos. No obstante, sí vale la pena detenernos en algunas instancias que resultan iluminativas, a la vez que ofuscantes, como fue el acta del gobernador Colton del 1911 y el rol de las campañas de Ashford en conformar un discurso que reforzaba el imaginario de la figura

⁵⁴⁸ Luis Agueverre fue médico municipal de Ponce y director del Hospital Trichoche, y colaboró con Ashford cuando este llevó a cabo sus estudios en dicho hospital en el 1902. Agueverre criticaba el “sobrado centralismo”, el mal uso de un lujoso presupuesto en empleados ineficaces que entorpecían las labores de los oficiales de sanidad y el carácter errático y la idiosincrática influencia del Comisionado. Parte de la discusión inició cuando Agueverre acusó públicamente al comisionado de ser un “católico *enragé*” (en una publicación en el periódico el *Águila de Puerto Rico*), aspecto que hizo que el Secretario del Gobierno, Charles Hartzell, le escribiese al alcalde de Ponce notificándole del incidente y recordándole que era ilegal que una persona con un cargo público hiciese ese tipo de reclamo referente a asuntos oficiales. Pero la crítica de Agueverre no se limitaba a este insulto, de carácter ideológico, sino que acusó al Comisionado de ser negligente con los asuntos sanitarios de Ponce, desde la falta de alcantarillado e inodoros, problemas de inspección de vacuno y exhumación de cadáveres. Para más detalles sobre las distintas discusiones entre el médico titular y el Comisionado ver Agueverre, *Los asuntos*, 10-11, 22-23, 40-42, 57-8.

⁵⁴⁹ El Comisionado pidió su remoción sin justificación suficiente y buscó sustituirlo por otro. El alcalde de Ponce se negó a llevar dicha remoción y consideraba al médico sustituto, Pedro Hernández, quien había rendido servicios anteriores, negligente en sus quehaceres. Aquí pudiese verse que la asignación de Pedro Hernández, por parte de las autoridades “centrales” y “objetivas”, sufría de esos mismos “males” que supuestamente provenían de la política local y municipal. Ver detalles en Agueverre, *Los asuntos*, i-iii, 4-5, 7; Trujillo, *Modern Colonization*, 132.

⁵⁵⁰ Agueverre era un autonomista, pero también, como sucedió con cierta facción de dicho partido, era republicano aunque no por ello favorecía el “centralismo” de la administración colonial. Agueverre, *Los asuntos*, 6-11; Trujillo, *Modern Colonization*, 132-33, 142 (n.12).

del médico como excepcional, siendo por un lado apolítico y por el otro capaz de incidir sobre asuntos políticos y morales. La visión del médico como figura apolítica resultaba oportuna porque las autoridades gubernamentales asumían que cualquier asociación partidista o, más precisamente con algún partido puertorriqueño (en particular al Partido Unionista) o modalidad de activismo político era “hostil” o inclusive “deshonesta”.

El Acta del Gobernador Colton en el 30 de junio de 1911 es un buen ejemplo de cómo se significaron las afiliaciones e “influencias” políticas (en particular las político-locales y puertorriqueñas) como ineficaces, deshonestas y contrarias a los ideales modernos y científicos de la salud pública⁵⁵¹. Este reclamo de “neutralidad” no es arbitrario y se da en un periodo tumultuoso en términos de activismo político, con manifestaciones obreras y de corte socialista y anarquista (en particular en los talleres de tabaquería)⁵⁵². Colton va a asignar a William Lippitt como Comisionado de Sanidad⁵⁵³ (sustituyendo a Ashford, quien duró apenas ocho horas en el puesto⁵⁵⁴), cuyo desprecio por las afiliaciones políticas y religiosas (en particular si eran contrarias a sus

⁵⁵¹ En el 1911 el Gobernador Colton llevó a cabo una ley que daba una supuesta “sabia provisión” que buscaba hacer un: “honest, efficient public service which, being free from political influence and unhampered by local prejudices, will be able to deal effectively with this subject of vital concern”. Dicha acta pedía la cooperación de todos los oficiales y empleados a nivel local en la aplicación de un servicio sanitario que debía ser honesto, eficiente, imparcial y, entre otras cosas, pero, sobre todo, absolutamente libre de toda influencia o actividad política: “It must be honest, efficient, energetic, impartial, courteous, patient, persistent, firm, and absolutely free from either political influence or political activity”. Ver Geroge R. Colton, *Report of the Governor of Porto Rico to the Secretary of War* (Washington: Government Printing Office, 1911), 52.

⁵⁵² Ver al respecto Jorell A. Meléndez Badillo, *Voces Libertarias: Los orígenes del anarquismo en Puerto Rico* (Santurce: Ediciones C.C.C., 2013): 98, 127-37; Santiago, *Subject people*, 112-114

⁵⁵³ En el 1915 Lippitt admitió que su selección fue para justamente lograr librar el cargo de esas “influencias” políticas: “*The desire to secure a service entirely free from such influences, more than any other reason, induced Gov. Colton to entrust to me its organization and control*”. No es casualidad que Lippitt, en el 1922 (recién sustituyendo a Ruiz Soler), recordará dicha acta como un paso importante en la centralización de los servicios y en garantizar que el País se convirtiese en uno de los más limpios y sanitarios en el Caribe al liberarlo de cualquier influencia política/partidista. Ver Arthur Yager, *Report of Governor to the Secretary of War. 1915* (Washington: Government Printing Office, 1915), 63; Lippitt, *Report.1922*, 319.

⁵⁵⁴ Ya esto lo retomaremos mejor en el próximo capítulo. Ashford quiso tener control de los nombramientos de la Junta de Sanidad y otros asuntos respecto a los Servicios de Sanidad, lo cual no fue del agrado del gobernador Colton. Esto llevó a su supuesta renuncia. Ver Norman Maldonado, “El Dr. William F. Lippitt (1865-1958)”, *Galenus* LVII/9, n°2 (2015), recuperado en <http://www.galenusrevista.com/?El-Dr-William-F-Lippitt-1865-1958>; Rodrigo Fernós, “The social factors affecting the diffusion of parasitology to Puerto Rico and Honk Kong”, *PRHSJ* XX, n°4 (2001): 367-75, 371-72.

intereses) fue conocido, sea ya contra el Obispo Jones (en el 1916⁵⁵⁵) o cuando sustituyó a Ruiz Soler como Comisionado de Sanidad⁵⁵⁶.

Vale acentuar cómo lo hecho por la administración colonial no era concebido como “político” sino como necesario, imparcial, eficaz y libre de “influencias”, mientras que toda afiliación ajena a lo hecho por dicha administración, en particular si era con algún partido político puertorriqueño, es significada de forma despectiva y peyorativa como “político”. En este contexto, las campañas de Ashford fueron un vehículo político oportuno⁵⁵⁷, tanto para la administración colonial y su imagen de modernización, Progreso y eficacia (en particular ante la alza de mortalidad después de San Cipriaco) como para los médicos puertorriqueños que buscaban, de un modo u otro, adquirir recursos y mayor autonomía ante dicha autoridad colonial y/o la AMPR⁵⁵⁸. La asociación con las campañas de Ashford y los métodos de la microbiología también contribuía a la imagen del médico científico y de su supuesta educación anglosajona “moderna”, especializada y actualizada. Como

⁵⁵⁵ Vale la pena aludir también al incidente entre Lippit y el Obispo Jones en el 1916. El Comisionado de Sanidad pidió que se dejase de usar agua bendita (por estar llenas de larvas de mosquitos) y se usara una caja de metal y una manta eclesiástica en ciertos casos de muertos contagiosos, como era la tuberculosis. Dichas imposiciones fueron vistas por el Obispo Jones como anticlericales e incluso como injustas en términos económicos, particularmente en ceremonias para difuntos de familias con escasos recursos. Eso llevó a una discusión entre los católicos (o mejor dicho ciertas autoridades católicas) y Lippit, quien fue categorizado (inclusive en algunos periodísticos católicos) como un fanático protestante. Para una discusión más detallada ver Samuel Silva Gotay, *Catolicismo y Política en Puerto Rico* (Río Piedras: La Editorial UPR, 2005), 294-96; Luis Pío Sánchez Longo, “Monseñor William Jones: hombre al servicio de Dios o del César?” (39-54) en Pablo García Colón (ed.) *Tras las huellas del pasado: mosaico de la historia de Puerto Rico, siglos XIX y XX* (Humacao: Isla Negra, 2000), 51-56.

⁵⁵⁶ Lippit deja claro su desprecio por las afiliaciones políticas cuando señala que el nombramiento de Ruiz Soler (1917-1921) como Comisionado de Sanidad fue “político” dado que este, afiliado a su partido (Unión de Puerto Rico), hizo selecciones de inspectores de sanidad en el 1921 por razones puramente políticas, y sin someterlos primero al Gobernador. Al parecer esto llevó a que fuese nombrado Lippit al puesto para asegurar una “organización no política” (“*nonpolitical organization*”) y se cancelaran todos los nombramientos de inspectores de Soler. Sin embargo, los nuevos nombramientos no fueron bien recibidos por todos, aspecto que Lippit atribuye a ese “espíritu político” que estaban tan arraigado en algunos empleados municipales disidentes. Aunque, al fin y al cabo, Lippit reconoce que los nuevos trabajadores y los municipios cooperaron adecuadamente. Ver Lippit, *Report. 1922*, 319-320.

⁵⁵⁷ Como bien apunta al respecto Trujillo: “The anemia campaign was hardly apolitical, which was evident from its inception”. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 104, 183.

⁵⁵⁸ Como arguye Trujillo, las campañas de Ashford lograron un modo de organización centralizada, además de que proporcionó una imagen positiva de la supuesta eficacia de la intervención estadounidense, en particular ante el aumento de mortalidad que hubo para finales del siglo XIX debido a la intervención militar estadounidense y el huracán San Cipriaco. A su vez, participar de dichas campañas fue uno de los medios por los cuales los médicos puertorriqueños pudieron afiliarse y organizarse, fuera de los confines de la AMPR, y lograr obtener legitimidad e influencia política. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 139.

veremos más adelante, esta imagen evocaba también una serie de imaginarios y tensiones en torno a la “mentalidad” y educación de los médicos, en particular en Puerto Rico cuando se insistía en la imagen de la influencia de las “dos culturas” y su legado en el desarrollo de la “personalidad” puertorriqueña.

3. La educación y mentalidad médica

Si notamos las alusiones que hay en torno a los saberes y habilidades del médico, en particular cuando son hechas por los propios médicos, encontramos que el médico fue representado como un individuo culto y desinteresado (dispuesto a “sacrificarse”) cuya educación lo hacía apto para los quehaceres más importantes de la sociedad⁵⁵⁹. Dicha educación lo contraponía a la ignorancia del campesino y los trucos del charlatán o al charlatanismo degenerado de los curanderos⁵⁶⁰. Sin embargo, desde la intervención estadounidense la educación del médico criollo era puesta en duda ante los supuestos adelantos modernos asociados a la ya aludida figura del médico-científico, en especial a través de la figura de Ashford como médico militar, científico y “americano”.

¿Eran los médicos militares y anglosajones más “educados” y “científicos” que sus colegas puertorriqueños? No, y dicho conocimiento no era algo ajeno a los propios médicos puertorriqueños. Muchos de los médicos puertorriqueños formados en Barcelona (como Quevedo

⁵⁵⁹ Por ejemplo, en el 1923 Eugenio Fernández García, editor también del *Libro de Puerto Rico*, señalaba que los médicos tenían “las mejores enseñanzas de su época” y por ello no debería sorprender que hubiesen influido en todo movimiento científico, literario y político de la Isla (y para ello menciona la lista de médicos involucrados en dichos asuntos, como Betances, Stahl, del Valle Atilas, Barbosa y, entre otros, Font y Guillot) y que continuaran haciéndolo con sus vidas de abnegación y sacrificio. La AMPR aludía sus predecesores de finales del siglo XIX (y principios del XX) como ejemplos de “cultura, altruismo y desinterés”. Ver Fernández García, “La Profesión”, 928, 932.

⁵⁶⁰ Como ya hemos visto la supuesta buena educación del médico se anteponía a la ignorancia del campesino, la cual era presa del charlatán y de “medicamentos secretos”. Esta lógica, pudiese resumirse, según Gómez Brioso, como: “Si se enferma, consulte con un buen médico. Ese es el buen camino. Él le resultará al fin más barato que *medicarse* á si mismo con medicinas secretas patentizadas sin valor alguno”. No solamente encontramos un discurso contra los medicamentos “secretos” patentizados fraudulentos y de “puro charlatanismo”, sino un modo de representar a los curanderos y otras intervenciones no alopáticas como si fuesen monstruosidades o degeneraciones —o como apuntaba Gómez Brioso en el 1923, un “charlatanismo” que en Puerto Rico tomaba la “forma grotesca” de las “degeneraciones y abusos del conocimiento espiritista”. Ver José Gómez Brioso, “Medicina patentes”, *BAMP* IX, n°84 (1912): 1-5, 2, 5.

Báez, González Martínez, Malaret Yordan y Gutiérrez Igaravídez) tenían una formación médico-científica más prolongada, estudiosa y equilibrada que sus contrapartes estadounidenses (al menos en términos de una mejor educación general y más años de estudio). Vale recordar que no fue hasta el reporte de Flexner en el 1910 que se empezó a regular la educación médica en Estados Unidos⁵⁶¹. Por ende, sí existían unas diferencias entre ambos sistemas educativos, pero de suyo la educación anglosajona no era en realidad superior en calidad a la española. No obstante, si nos dejamos ir por los informes de los oficiales estadounidenses de finales del siglo XIX y las observaciones y recomendaciones de Ashford para principios del siglo XX, los médicos criollos eran representados como negligentes e ignorantes en torno a adelantos científicos (como la estadística y el análisis microscópico), además de víctimas de una larga tradición de negligencia y abandono por parte del régimen español. Era casi como una especie de reverso del discurso que los médicos letrados de finales del siglo XIX habían utilizado para referirse, de forma paternalista, al atraso y trauma de los negros y la condición enfermiza de los jíbaros en un país corrupto y degenerado. De esta forma, la asociación con España operaba como un estigma de degeneración intelectual y psicológica, no solo por las acusaciones respecto a su corrupción y negligencia política, sino por su relativo estancamiento en términos de la producción de técnicas y tecnologías médica (al menos al compararlo con Francia, Inglaterra y Alemania).

Es en este contexto, en donde confluyen los significantes de cultura, educación y moral, que encontramos en el 1904 una conferencia curiosa de Ruiz Arnau, quien quiso aclarar los

⁵⁶¹ Vale recordar que en el 1910 tenemos el estudio y reporte de la Comisión Flexner en Estados Unidos para regular la educación médica (1908-1910), dejando al descubierto las series limitaciones que dicho sistema tenía hasta el momento. Entre tales deficiencias estaban pocos años de formación y la falta de prerrequisitos o estudios de bachillerato. Sin embargo, después de ese periodo, la educación, sea en España o Estados Unidos, era usualmente de 7 años. Ver Fernández García, “La Profesión”, 928; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 5; Trujillo, *Modern Colonization*, 128; John Duffy, *From Humors to Medical Science: A History of American Medicine* (Chicago: University of Illinois Press, 1993): 207-213.

“exagerados prejuicios” contra la “cultura médica española”⁵⁶², percibida como atrasada y “psicológicamente incapaz” de hacer experimentos científicos. Arnau argüía que los aparentes atrasos se debían al “malestar económico crónico” que impedía invertir en experimentos⁵⁶³. No obstante, los españoles, aclaraba el galeno, eran “ricos” en el arte de la observación, el altruismo, la reflexión, el “espíritu de crítica” y el “enciclopedismo”⁵⁶⁴. El aludido “enciclopedismo” es alabado por Arnau como una cualidad sintética y necesaria de la “Clínica” —“A la cabecera del enfermo señores, no queda otro remedio que ser enciclopédicos”— y tal se contraponía a los males de la “división del trabajo”, el materialismo y de la “especialización” (cualidades que se tendían a vincular, aunque sea indirectamente, con la mentalidad anglosajona)⁵⁶⁵.

Cuando Ruiz Arnau se refiere a los estadounidenses o “norteamericanos”, les concede una serie exclusiva de virtudes “étnicas” y “psicológicas” que, hasta hoy en día, resuenan como parte de la constelación de imaginarios en torno al “americanismo”⁵⁶⁶: “espíritu de independencia, sentimiento de igualdad social, conciencia de su propia potencialidad, impulso irresistible hacia el progreso, predominio de los intereses materiales” y de un particular “individualismo” distinto al inglés que explicaba la mayor intervención de la mujer “en las manifestaciones de la vida social”⁵⁶⁷. También elogió sus adelantos tecnológicos en el campo de la cirugía junto a otras empresas industriales, pero dichos “avances” eran también el efecto de un temperamento

⁵⁶² Ruiz Arnau, *Influencia*, 63-4.

⁵⁶³ Ver Ruiz Arnau, *Influencia*, 65-8.

⁵⁶⁴ Todas estas cualidades, según Arnau, se encontraban encarnadas en figuras representativas del espíritu científico español como el fisiólogo Servet y el neurólogo Ramón y Cajal. Para la época no es raro encontrar esta estrategia de tomar ciertas figuras clave como “arquetipos psicológicos” e “intelectuales” que representaban el “espíritu” de una nación. Ver Ruiz Arnau, *Influencia*, 67-71, 75.

⁵⁶⁵ Ruiz Arnau, *Influencia*, 76-77.

⁵⁶⁶ Entre los autores mencionados en el texto de Ruiz Arnau tenemos Francis Munch, Emile Boutmy, Hippolyte Taine y Alfred Fouillé. Muchos de estos autores filosofaron respecto a ciertas “psicologías de los pueblos” o “ideas” que marcaban o representaban cierto espíritu típico de la época. No es de sorprender que una lectura de estos autores, junto a ciertos imaginarios de la época, informara e influyera en las imágenes evocadas por otros médicos, como Quevedo Báez, cuyas alusiones en torno a las mujeres modernas, el industrialismo anglosajón y los ideales de la medicina clínica española no se distancian a las evocadas por Ruiz Arnau. Ruiz Arnau, *Influencia*, 16, 42, 92, 95-97.

⁵⁶⁷ Ruiz Arnau, *Influencia*, 89-90.

materialista y mercantilista⁵⁶⁸. Cónsono con esto critica la brevedad de los estudios médicos (de dos a tres años) y las deficiencias de sus *highschools* que eran inferiores al bachillerato europeo, fallas que Arnau asociaba a la obsesión por lo material⁵⁶⁹ y cierta “febril impaciencia”⁵⁷⁰ que eran contrarias a la “calma y buena preparación” básica de los estudios clínicos españoles⁵⁷¹.

Por ejemplo, Fernández García, en el *Libro de Puerto Rico*, discutía los beneficios de ambas influencias/escuelas, por un lado, la española/clínica con su arte de ver, cuidar y tratar enfermos; por el otro lado, la escuela norteamericana/moderna con médicos educados científicamente que estudiaban la individualidad biológica del enfermo y utilizaban análisis de laboratorio en pro del ideal preventivo de la “medicina moderna”⁵⁷². Fernández García consideraba que ambas influencias resultaban oportunas y complementarias en el caso de Puerto Rico: el puertorriqueño educado en España reconoce la necesidad del laboratorio y de los “aparatos modernos de precisión” mientras que el educado en Estados Unidos adquiere y complementa esto con el “sitio preminente que la observación clínica cuidadosa debe tener en la práctica de la medicina”⁵⁷³. Sin embargo, asumir como real esta división epistemológica, ideológica o “psicológica”, entre una “escuela española” y una “escuela norteamericana” resulta, para los fines de un análisis histórico-cultural y discursivo, muy problemático. Dichas interpretaciones y percepciones no eran “objetivas” ni simplemente parciales sino excesivamente generalizantes, y hay que contextualizarlas so pena de reproducir especulaciones y estereotipos.

Los mitos e imaginarios sobre el “carácter nacional” y la “psicología” o “espíritu de los pueblos” deben ser contextualizados junto a los problemas que tenían también las interpretaciones

⁵⁶⁸ Ruiz Arnau, *Influencia*, 99, 103-04.

⁵⁶⁹ Ruiz Arnau, *Influencia*, 91-3, 98.

⁵⁷⁰ Ruiz Arnau, *Influencia*, 105.

⁵⁷¹ Ruiz Arnau, *Influencia*, 101.

⁵⁷² Fernández García, “La Profesión”, 930, 932

⁵⁷³ Fernández García, “La Profesión”, 932.

racialistas y biologicistas de finales del siglo XIX y principios del XX. De este modo, vale aclarar como nociones en torno a la supuesta relevancia histórica de “hombres-tipo”, “grandes figuras”, “ideas-fuerzas” o lo que comúnmente los académicos llamaron el *Zeitgesit* o “espíritu de la época” van a confluir con las imágenes, nociones y conceptos biologicistas y eugenistas respecto a la degeneración de la raza, el espíritu y la especie⁵⁷⁴. Lo interesante, para nuestros fines, no es fijar la veracidad de estas observaciones “psicológicas”(amparadas, hay que reiterarlo, en poca evidencia empírica, clínica o si quiera los rigores de un estudio antropológico o etnográfico) sino apuntar a como dicha “división” fue oportunamente representada y supuestamente “asimilada” en la imagen del médico puertorriqueño como una suerte de híbrido entre una ciencia anglosajona que buscaba preservar e “individualizar” (a nivel del análisis laboratorio) y una ciencia española que buscaba cuidar y tratar los enfermos. Los médicos, al igual que los científicos, sobre todo en el siglo XX, van a ser representados como figuras excepcionales que, si bien pueden tener su “fisionomía propia”, variaciones culturales y diferencias individuales en sus modos de saber, todos tenían en común expresar la verdad única de la Ciencia⁵⁷⁵. De esa forma, la figura del médico-científico, debido a su educación y particular “cultura” era capaz de ir más allá de los confines y disposiciones nacionales y culturales.

La imagen presentada por Fernández García, en particular en un texto de corte casi propagandista como el *Libro de Puerto Rico*, de una especie de asimilación o complementación

⁵⁷⁴ En torno a la problemática relación entre “carácter nacional”, “psicología de los pueblos” e ideologías asociadas a a las teorías de degeneración y a nociones racialistas, racistas (incluyendo xenofóbicas) y clasistas ver Luis González Seara, *Las metamorfosis de la ideología: Ensayos sobre el poder, la justicia y el orden cosmopolita* (Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 2011), 103-144; Juan García García, “Nación, sujeto y psique: La construcción psicológica del nacionalismo”, *Athenea Digital* XV, nº1: 333-46.

⁵⁷⁵ Por ejemplo, aunque Ruiz Arnau aclaraba que, aunque “cada pueblo trabaja por ella á su modo, contribuye á ella según su peculiar manera de ser, en una palabra, según sus caracteres étnicos y psicológicos” siempre iban a ser una unidad armónica, un “solo pueblo” aún si hay varias razas, una sola humanidad que “es siempre la misma”. Esta “unidad” iba de la mano también con expresar “la verdad” —“una, y una ola ciencia”, “sólo hay, pues una ciencia”—. Ver Ruiz Arnau, *Influencia*, 10-12.

de ambas escuelas simplifica y nubla los conflictos y tensiones que existían en el país. En un tono similar, Font y Guillot (también en el *El Libro de Puerto Rico*) pintaba una imagen idealizada de una organización sanitaria cuasi-militar que, si bien estaba “inspirada” mayormente por los Estados Unidos, estaba también en armonía con el “espíritu”/“personalidad”/“psicología” puertorriqueña —“con nuestra propia personalidad y con nuestra psicología”, en “armonía con nuestro propio espíritu”— y que estaba creando “valores originales” y conformes a una “Sanidad puertorriqueña”⁵⁷⁶. Varios médicos, como Font y Guillot y Ruiz Soler, elogiaban la eficacia y organización militar de los servicios médicos anglosajones (como la *Public Health Service*⁵⁷⁷), al punto de considerar que la fiebre amarilla fue erradicada gracias a las estrategias de cuarentena y fumigación (pese a evidencia de lo contrario⁵⁷⁸). Este tipo de relato victorioso lo que nos permite apreciar es como la organización militar de la sanidad marítima era vista como una gran ventaja para finalmente aplicar aquellas “leyes supremas” de la sanidad, con sus mecanismos de aislamiento y suspensión de los derechos y libertades individuales (ideal de la medicalización que estaba ya presente, como vimos en el capítulo anterior, en médicos como Betances)⁵⁷⁹.

⁵⁷⁶ Font y Guillot categorizó la intervención estadounidense como un periodo de “regeneración y progreso”, como un “segundo periodo” (el primero había sido el periodo bajo el régimen español) del desarrollo de la sanidad del país que recorría desde la intervención estadounidense hasta principios de siglo con la Ley Foraker, entendiéndose el periodo militar con la cooperación de médicos “meritísimos compatriotas” como Gabriel Ferrer y Ricardo Hernández. Esta visión de progreso y regeneración que nos presenta el galeno buscaba auspiciar una autoridad sanitaria que fuese similar a la que tenía la medicina militar anglosajona del *Public Health Service*, pero cooperando o en armonía con “nuestra personalidad”, “psicología”, “peculiaridades” y “medios”. Ver Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 296.

⁵⁷⁷ Ver P. Valle Atilés, “Sanidad Marítima”, 310.

⁵⁷⁸ Unas de las victorias sanitarias celebradas era el hecho de que no hubiese más casos de fiebre amarilla, desde el 1898, gracias a la rigurosa inspección de los navíos, la autoridad concedida a los médicos a cargo, el proceso de cuarentena (al parecer a la Estación Cuarentenaria de Miraflores) y la fumigación. Aunque Pedro del Valle Atilés le da crédito a la fumigación, este relato victorioso no coincide con las quejas que mencionamos en torno al alto costo e ineficacia de la fumigación. Similarmente Ruiz Soler, en el 1919, relataba que desde el 1898, al cesar el régimen español, se había extinguido la fiebre amarilla en Puerto Rico, posiblemente por el corte de inmigración y regulación de cuarentenas. Por ejemplo, Francisco del Valle Atilés se quejará de que el problema respecto a la presencia de los mosquitos no se había resuelto de forma satisfactoria en las primeras dos décadas del siglo XX dado al gasto que incurría y la necesidad de llevarse simultáneamente en varios barrios y distritos para ser efectiva. Además, vale notar que las mismas estrategias, al menos como se emplearon a principios del siglo XX, no sirvieron para detener ninguna de las demás infecciones por mosquito (como la malaria). Ver P. Valle Atilés, “Sanidad Marítima”, 306; Valle Atilés, “Digesto”, 8; Ruiz Soler, *Report, 1919*, 141.

⁵⁷⁹ Pedro del Valle Atilés señalaba que dicha organización militar de la sanidad marítima “facilita mucho la labor

De un modo u otro, la intervención estadounidense, al menos en asuntos sanitarios, era representada como un periodo de regeneración, desenvolvimiento y maduración que iba a también brindar beneficios e incluso una mayor fe en el rol del médico. Por eso la visión favorable a la intervención estadounidense no era un asunto de simple “americanismo” (por ejemplo, Font y Guillot y Ruiz Soler eran del Partido Unión) ni de asimilación pasiva sino una estrategia y vehículo oportuno para lograr los servicios y regulaciones esperadas desde finales del siglo XIX. Por eso convenía también ver dichos cambios como propios o inherentes a la propia medicina y su carácter culto y educado que, por consecuente, trascendía los límites geográficos o de carácter nacional.

Otro aspecto que estaba vinculado con el supuesto valor civilizador de la educación y el saber médico era el supuesto carácter moral del médico, y para ello vale detenernos en cómo los médicos se representaban como agentes moralmente superiores. Similar a la imaginería bélica y heroica propia de las campañas de Ashford, encontramos aquí una imaginería parecida, pero rica en alusiones y lenguaje teológico; aspecto que demuestra como el saber médico se apropiaba del lenguaje teológico religioso como parte de su retórica sanitaria.

4. La imaginería médico-moral

Ya anteriormente, cuando discutimos la figura del médico como educador, habíamos apuntado al vínculo entre educar y moralizar en el discurso médico; y ahora vamos a profundizar un poco más en cómo los médicos representaban su profesión como la más apta para moralizar. No deja de sorprender como la educación científica e ilustrada del médico no parecía confluir en realidad con el uso de una retórica e imaginería religiosa, cuando no sensacionalista. Similar a lo visto para finales del siglo XIX, durante este periodo persiste un lenguaje religioso hiperbólico que remite a las leyes sanitarias como sagradas y coetáneas con la “devoción a la Higiene” —por ejemplo,

penosísima y a veces en extremo desagradable, de imponer las medidas que son absolutamente necesarias para la salud pública, que es la suprema ley”. P. Valle Atilas, “Sanidad Marítima”, 310.

remitiendo a la diosa Hígea y sus milagros⁵⁸⁰. Estas analogías y alusiones eran utilizadas para engrandecer los logros sanitarios y destacar una imagen de maldición y redención en cuanto al país “enfermo”. No es raro que se compare al médico con el sacerdote o un “verdadero sacerdocio” y se le describa como “imparcial”, “desinteresado”, “altruista” y dotado de una “integridad moral” que le permitía resolver los problemas sociales e influir positivamente en la sociedad⁵⁸¹. El médico era representado como un individuo de “rectitud moral” que se “sacrificaba” y velaba por el bienestar de sus semejantes, logrando así brindar “progreso” y “prosperidad”; y por esa razón, los gobiernos debían confiar en sus consejos⁵⁸². Lo curioso es ver cómo algunos médicos, por ejemplo, Rafael Vélez López, argüían que el médico debía ser utilizado para dirigir el “desenvolvimiento” del País porque tenía un saber sobre la salud física del cuerpo y tal era necesario para desarrollar el “espíritu”, las “ideas sanas” y los “pensamientos elevados” (y eso no se distanciaba de lo

⁵⁸⁰ Ver "Acta de la Asamblea Científica celebrada en Mayagüez el día 26 de Marzo de 1911", *BAMPR* 8, n°78 (1911): 1-12, 2; Francisco del Valle Atilés, "La contribución del higienista al futuro de Puerto Rico", en *Conferencias Dominicales dadas en la Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde Octubre 12, 1913 hasta Abril 19, 1914* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1914), 228-37, 228, 230; y Font y Guillot, "Desenvolvimiento", 288; Ashford, "Uncinariasis", 366.

⁵⁸¹ Por ejemplo, Quevedo Báez, en el 1912, no dudaba en ver al médico como un “sacerdote, dispensando el bien, ejercitando la caridad”, “aliviando el dolor de los que sufren” solo para ser olvidados por la humanidad. La ciencia médica era un “verdadero sacerdocio” que tenía una “misión redentora” y debía tener una “positiva influencia” sobre las “costumbres, hábitos y sentimientos de un pueblo” que declaraba que la “salud del cuerpo es la base sobre la que hay que levantar los sentimientos”. Para este galeno la palabra “médico” encerraba “un perfecto concepto de bondad; de integridad moral; de valor integro ciudadano; de efectiva seriedad y llegue á infundir el mayor respecto á la sociedad”. Esta visión de integridad moral coincidía con el objetivo científico de la imparcialidad y del desinterés, y de este modo la medicina era según Valle Atilés “la más altruista de las profesionales” debido a que no había “otra que haya trabajado de un modo más desinteresado por el bien de la humanidad, entre cuyos bienes está el establecimiento de una democracia racional para el gobierno de los pueblos”. Ver Manuel Quevedo Báez, “Memorias de un Médico”, *BAMPR* IX, n°84 (1912):5-8, 5; “Editoriales. *Mens Sana*”, *BAMPR* 9, n°90 (1913): 25 (aunque no se declara el autor, el lenguaje se parece mucho al de Quevedo Báez); Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 94.

⁵⁸² Por ejemplo, en el 1908 un grupo de médicos de la AMPR describían y significaban a los médicos como los que velaban y sacrificaban su bienestar y vida por la de sus semejantes. Los médicos eran quienes buscaban aliviar y curar las enfermedades y por eso era de esperar que los gobiernos confiaran en los consejos de la ciencia médica que trae “el fruto bendito de la salud que es el alimento indispensable al progreso y prosperidad de la familia humana”. En el 1913, Vélez López destacaba la disponibilidad incondicional del médico para satisfacer las demandas del cliente como parte de su deber y misión; y como esto significaba vivir una vida “que no puede ser cómoda y reglada” sujeta siempre a las “constante variación y agitaciones” de sus pacientes. Ver José Barreras, E. Coronas, R. del Valle, Gustavo Muñoz, "Carta de los Sres. Dr. Barreras, Dr. Coronas, Dr. D. del Valle y Dr. G. Muñoz, Comisionados por la Asamblea de la Asociación Médica de P.R. celebrada en los días 10 y 11 de Noviembre último, para dar cuenta á la Cámara de Delegados de ciertos acuerdos de la misma, sobre Sanidad. A la Asamblea Legislativa de Puerto Rico", *BAMPR* VI, n°63 (1908): 30-32, 30-31; Rafael Vélez López, "El Medico y la Sociedad", *BAMPR* X, n°89 (1913): 19-20, 19.

expuesto por Valle Atilés⁵⁸³).

Dicha retórica no era un asunto exclusivo de los médicos criollos y puede verse también en sus análogos estadounidenses que aludían al “evangelio” de los higienistas —“*to preach sanitation*”⁵⁸⁴— y utilizaban esta retórica de heroísmo y sacrificio cuando se narraba como los médicos con sus curas “resucitaron” a los casi muertos anémicos (como hicieron algunos asociados a las campañas de Ashford⁵⁸⁵). Sin embargo, las alusiones y analogías religiosas no eran siempre sutiles, indirectas o articuladas desde una retórica humanista y científicista. Algunos médicos, como Manuel Guzmán Rodríguez, no expresaban reservas en sacralizar los saberes higiénicos (son como la “voz de Dios”) y demonizar las patologías, presentándolas como pecados y/o castigos divinos. Inclusive buscar los orígenes de la higiene en la propia biblia no era nada desdeñable, permitiendo, según Guzmán Rodríguez, trazar analogías muy oportunas⁵⁸⁶. Asimismo, seguir el consejo de “curiosas” y curanderos, podía no solo llevar a malos remedios sino a la locura, en

⁵⁸³ En el 1904 el cirujano Rafael Vélez López, quien junto a Quevedo Báez y Ruiz Arnau fue uno de los fundadores de la AMPR (y su presidente en el 1913), insistía en la importancia de la figura del médico para resolver los problemas sociales de un país “en proceso de construcción”. El médico era, según Vélez, el único “capaz de proponer los métodos para el desarrollo del cuerpo físico de la sociedad” que llevarían a un vigor y desarrollo que revelarían las “energías del espíritu”. Solo el médico era capaz de estos desarrollos, no solo por su saber sino también por su rectitud en las acciones y sus características (ser “culto”, “humanitario” y entre otras cosas, “desinteresado”). Según Valle Atilés, el “origen de todos los males sociales es la degeneración física, puesto que la degeneración moral es una consecuencia de aquella”. Ver Vélez López, “Memoria”, 199-200; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 81.

⁵⁸⁴ Hill, “The Uncinariasis”, 13.

⁵⁸⁵ Como ya lo ha apuntado Trujillo, la campaña de Ashford tuvo tonalidades religiosas y morales, en particular cuando se presentaba la cura (el timol) y el proceso de curación como uno milagroso. Esto puede verse en los reportes de algunos de los directores en las estaciones/dispensarios de tratamiento de anemia. Por ejemplo, Celso Caballero Balbas en Adjuntas y Pedro J. Palou en Juncos describían las mejoras de los pacientes como si fuese una especie de resurrección. Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 151, 184.

⁵⁸⁶ Ejemplo de ello está en como Manuel Guzmán Rodríguez, en el 1916, trazó parentescos racionales al investigar científicamente patologías y terapéuticas, considerando algunos de acercamientos de la biblia como “originalísimos”. Aquí alude, casi reafirmando, que las enfermedades son el producto de transgresiones y desobediencias religiosas y/o morales, y por consecuente equivale el acto de ignorar la higiene con el pecado de ignorar la voz de Dios. En Deuteronomio Guzmán Rodríguez interpreta cuando “Jehová amenazaba al pueblo con la *tisis*, la *fiebre*, la *hidropesía* y la *ictericia*, si no oye su voz” como si fuese igual a “no oír la voz de la Higiene”: “*No oír la voz* de la Higiene es lo mismo que *no oír la voz* de Jehová. Vicios y transgresiones a la higiene tienen nuestra isla llena de tuberculosos, de febricitantes, de hidrópicos y ictericos”. En este caso, el galeno se refiere a no haber llevado a cabo todos los arreglos higiénicos ya (pre) dichos desde el siglo pasado, desde la desecación de los pantanos hasta la alimentación y el estado de las viviendas. Todo los “males”, entiéndase las enfermedades infecciosas y contagiosas, eran por “*no oír*, como dice el texto bíblico, la *voz de Dios*”. Ver Manuel Guzmán Rodríguez, “La patología y la terapéutica en la Biblia”, *BAMPR* XII, n° 113 (1916): 209-16, 211, 216.

particular cuando involucraba a un “médium” o se participaba del “espiritismo”. Similar a finales del siglo XIX encontramos una patologización de las religiones no cristianas, en particular el espiritismo, asociándolo a mentes incultas y viciosas que, según Goenaga, causaban locura y, como dijo también Valle Atilés, otras “desviaciones” producto de religiones violentas y supersticiosas⁵⁸⁷.

Llama particularmente la atención como se invocaba la imagen de los “pecados del padre” cuando se discutían científicamente los problemas de las enfermedades infecciosas y hereditarias⁵⁸⁸. Como ya hemos visto, curar no era el objetivo preferible, sino prevenir, y en este caso encontramos un discurso que remitía a la necesidad de una educación que llevase a una abstinencia voluntaria de todo aquello que pudiese degradar, vía la herencia biológica, la “especie”/“raza” y de esa forma evitase reproducir dichos “pecados”. Pese al uso de una retórica moralista y religiosa, encontramos varios médicos, asociados a la eugenesia y el

⁵⁸⁷ Por ejemplo, ante el “desarrollo creciente del mal de la locura” Goenaga proponía como causas el alcoholismo y la propagación del espiritismo —“entre gentes ignaras, casi primitivas por su cultura y predispuestas por la antigua influencia de una civilización supersticiosa, á las hechicerías del sortilegio y la nigromancia”. No es aquí el espacio para proveer una cita de todas estas instancias, por ende, nos limitaremos a varios ejemplos, uno que aparece en Goenaga y otros en Valle Atilés y Guzmán Rodríguez. En el 1916 Goenaga menciona el caso de un tal Aniceto Candina, que frecuentaba bebidas alcohólicas y había “abusado de placeres sexuales”. Este individuo tuvo episodios de falta de cordura, y había cometido “actos incultos opuestos a su buena educación y carácter”, además de “haberse entregado a prácticas espiritistas”. Fue diagnosticado de “Psicosis de Origen Epileptico”, que es “de los enfermos más peligrosos bajo el punto de vista social”. En ese mismo año Guzmán Rodríguez menciona como una joven de “buena sociedad”, en Mayagüez, después de una sesión espiritista tuvo una “exaltación producida por los fenómenos del médium”, y por el temor de terminar en el infierno terminó loca y murió en el manicomio. Dicho evento Guzmán Rodríguez lo asemeja al caso de una “exaltación extremada” como la de “La profecía de Daniel”. En el 1917 Valle Atilés menciona un caso de una prolífica pareja “curiosa” y ejemplo de una “fecundidad excesiva”, de “inmoralidad” e irresponsabilidad mutua. Dicha pareja constaba de un padre “curandero espiritista” y una madre epiléptica y alcohólica que pare 20 hijos, 7 de ellas hembras y todas prostitutas. Dicho caso, dentro de su estudio sobre la prostitución, era uno de los ejemplos para demostrar como los déficits mentales y morales de las prostitutas eran heredados, incluyendo desviaciones producto de religiones violentas y/o supersticiosas. Ver Francisco Goenaga, “Estadística del Manicomio”, *BAMPR* III, n°26 (1905):26-29, 27-8; Goenaga, *Antropología*, 156-57; Goenaga, “Estadística”, 28; Guzmán Rodríguez, “La patología”, 214; Valle Atilés, *Un estudio*, 6.

⁵⁸⁸ Por ejemplo, al elaborar sobre los peligros de las enfermedades venéreas Pedro Perea Fajardo remite a la vieja sentencia religiosa: “Los pecados de los padres se reconocen en sus hijos muchas veces en la 3ª y 4ª generación”. En un tono similar Valle Atilés remitía a Descartes para apuntar como la “regeneración y el desarrollo del hombre” podía lograrse a través de la medicina preventiva. También cita a otros médicos y pensadores, entre ellos el barón Ernesto de Fenchtersleben (autor de la “Higiene del Alma”) y en nombre de dicha lógica preventiva emite la siguiente sentencia cuasi bíblica y eugenista: “Las culpas de los padres las pagaran sus hijos hasta la cuarta generación”, lo cual “la ciencia confirma cada día”. Ver Perea Fajardo, “Un aspecto”, 298. Ver también, Fernós Isern, “Health Education”, 97; Valle Atilés, “Eugénica”, 12; Valle Atilés, *Un estudio*, 12.

neomaltusianismo, aclarando que los médicos no eran “sentimentalistas” ni se dejaban ir por los excesos del fanatismo religioso. Asimismo, trazaban una distinción entre una moralidad racional (de influencia hostosiana⁵⁸⁹) y otra menos racional o más “instintiva”, “emotiva” y “sentimentalista”. Desde esta perspectiva racionalista, era un “pecado permitir que nazcan seres inocentes sólo para hacerlos experimentar privaciones, miserias y sufrimientos” —dirá Valle Atilés citando al doctor radical de izquierda Anton Nystrom— y en ese sentido los ideales eugenistas “lejos de obedecer a un sentimiento egoísta, ni ser inmoral, se inspira en los intereses altruistas de la raza y es de una elevada moralidad⁵⁹⁰”. El eugenismo y el maltusianismo en Puerto Rico, se (re) presentaban como progresistas, caritativos⁵⁹¹, moralistas, reformativos, optimistas y modernos, en oposición a sus críticos a quienes tildaban de tener “sentimentalismos egoístas”⁵⁹².

Sin embargo, se colaban, en medio de esta retórica humanista, caritativa, sacrificante y altruista, expresiones que reflejaban sesgos clasistas en torno a lo que los médicos consideraban el quehacer médico y la “vida vulgar”⁵⁹³. Esto puede verse particularmente en los textos de Quevedo

⁵⁸⁹ Supuestamente existía, nos dice Valle Atilés, un “instinto religioso”. Sin embargo, el eugenista nos aclara que el “sentimiento religioso” debe ser “ilustrado y transigente”, cuando no asumir el “deber por el deber mismo”. Para sedimentar dicho argumento, Valle Atilés alude a Hostos y como “el ser social” utilizaría todo a su disposición para hacer cumplir los deberes e ideales de la humanidad. En un tono similar Lanauze, aludiendo a Hostos, arguye que su moral no era fundamentada en el “CUCO ESE DE LA MORAL CRISTIANA” o en “dogmas religiosos” o en la “moral romántica” sino en la “MORAL RACIONAL”. Lanauze inclusive consideraba que Jesús era un revolucionario y, por consiguiente, si estuviese viviendo en la actualidad (la década de los veinte), se hubiese pronunciado neomaltusiano. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 71; Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 43, 49-50.

⁵⁹⁰ La mención de Nystrom resulta curiosa, un apologeta de una postura científica radical que evitaba los excesos de la religión (sus relaciones con la iglesia en Estocolmo fueron al parecer muy tumultuosas) y que estaba interesado en la “regeneración” de los obreros. Difícil saber si fue abiertamente un eugenista pero sí sabemos que era un admirador del trabajo de Haeckel, cuyas interpretaciones sobre la evolución fueron apropiadas por antisemitas y el nazismo. Esto no implicaba en ningún sentido que Nystrom fuese racista o antisemita, sino que apuntaba más a autores que asumían una postura más materialista y “naturalista” en torno a los quehaceres humanos. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 63. Para detalles respect a Nystrom y su relación con Haeckel ver Lennart Olsson & Uwe Hossfeld, “The Haeckel reception in Sweden”, *Theory in Biosciences* CXXXVIII, n°1 (2019): 119-125.

⁵⁹¹ Valle Atilés consideraba al eugenismo la “caridad más elevada” y progresiva porque liberaba a las futuras generaciones de taras que los hiciesen “irresponsables”. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 42.

⁵⁹² Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 10-11.

⁵⁹³ Basta ver, por ejemplo, como Quevedo Báez, en una conferencia leída ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico en el 1915 resaltaba las diferencias entre lo que hacían los médicos, en donde “la vida del pensamiento se agita para crear algo que enaltezca la ciencia y la cultura puertorriqueña” y lo que hacía el resto del

Báez, quien presentaba al médico como un mártir desinteresado que padecía los abusos, desconfianzas e ingratitud del vulgo, que podía destruir su reputación injustamente⁵⁹⁴. Asimismo, Goenaga presentaba la imagen del alienista o frenópata, como un humanista incomprendido y en conflicto con aquellas “masas sangrientas” que pedían venganza, mientras que la razón humanística del médico lo que buscaba era tratar al criminal irresponsable, que era en realidad un enfermo⁵⁹⁵. Similar a la imagen ya propuesta desde finales del siglo XIX, el médico podía ir más allá de las apariencias, y en ese sentido, el alienista, el eugenista, el maltusiano y el médico, sea ya el que emplee el análisis microbiológico como el que hace uso del arte de la observación clínica, eran capaces de juzgar y moralizar respecto a los “irresponsables” incomprendidos, desde el injustamente calificado anémico vago al loco por herencia y el débil mental, víctimas de cruzamientos biológicamente inmorales.

En las próximas secciones entraremos en las tipologías y figuras biopolíticas creadas por el discurso médico, acentuando como el médico moralizaba y equivalía a “irresponsabilidad”, debilidad y enfermedad. A través de las imágenes y el lenguaje utilizado, los médicos promulgaban una imagen de un país enfermo, insano y maldito, cuya única redención ante una larga historia de negligencias y abandonos se hallaba en intervenciones, desde el “exterior”, que regulasen su

mundo vulgar. Ver Manuel Quevedo Báez, “Fundamentos clínicos antiguos sobre la fiebre amarilla (1)”, *BAMPR* X, n° 109 (1915): 242-254, 243.

⁵⁹⁴ Quevedo Báez tenía un arte para narrar las “grandes amarguras” del médico como un mártir incomprendido que debía aguantar todo tipo de abusos y negligencias, tanto de las autoridades como de sus pacientes, y suspender todo beneficio, incluyendo su propia familia. Quevedo Báez habla de las “satisfacciones” cuando el médico era necesitado —“Las puertas de las casas, diríase, que obedeciendo á un secreto impulso se abren solas: los muebles sonrían al Médico”— pero una vez pasada la “crisis de gravedad” llegaba la ingratitud, el olvido e incluso la desconfianza— esas “flores empezarán á palidecer y á morirse de indiferencia”. La “noble función de nuestro sacerdocio” dirá Quevedo Báez, podía caer en desgracia cuando se le achaca incompetencia, y del compañero médico que se aprovechaba de ellos. Ver Quevedo Báez, “Memorias de”, 5-7; Quevedo Báez, “Memorias de un médico III”, *BAMPR* X, n° 102 (1914): 4-6, 4-5.

⁵⁹⁵ En su narrativa el médico frenópata se encontraba abrumado por las acusaciones hechas por el público que buscaba el “saludable castigo” y de los familiares amargados (afectados por los actos de un loco hacia un familiar) que temían que loco dicho fuese exculpado y considerado irresponsable—“la opinión pública se convence de que sólo un monstruo, desviado producto de la especie humana, pudo realizar tan sangrienta hecatombe. Goenaga, *Antropología*, xli

productibilidad y reproductibilidad.

III. El discurso de sanidad-enfermedad y sus figuras biopolíticas

En las siguientes secciones estaremos centrándonos en el discurso médico en torno a lo que era saludable, lo que enfermaba y los grupos que eran más vulnerables o pertinentes a curar. El discurso médico dominante de este periodo (1900-1930) es de carácter higienista y preventivo, el cual refleja, cada vez más un lenguaje eugenista que permite entrever los imaginarios que tenían los médicos en torno a las relaciones salud, raza, género y enfermedad. Los supuestos objetivos médicos en torno a la salud van a confluír con idealizaciones sexistas, clasistas y racialistas que van a quedar eclipsadas a través de un discurso higienista preventivo que proponía resolver los malestares que impedían el Progreso, la Modernidad y la Evolución del País. Por eso estaremos discutiendo no solo ciertas nociones de salud y prevención promulgadas en este discurso sino las imágenes utópicas que los médicos evocaban de un país, de una raza/especie (nuevamente, dos términos usados de forma sinonímica y equívoca en esta época) y de una cultura por venir. Dicho porvenir era solo posible a través de cierta educación de la Voluntad y de una adjudicación de responsabilidades que permitiese que el país saneara, regenerara y mejorara.

Valle Atilés se destacaba como una figura clave⁵⁹⁶ (y para nada marginal o desconocida) en el discurso médico y panegirista que evocaba, a través de un lenguaje eugenésico y racialista, la

⁵⁹⁶ Valle Atilés era una figura reconocida, tanto entre médicos como intelectuales en el país. Ejemplo de ello lo podemos ver en la mención que hace Meléndez Muñoz sobre Valle Atilés y sus argumentos sobre la eugenesia, la cual fue, además de una conferencia, un artículo reproducido en la “Revista de las Antillas” (dicho artículo pareciese ser una reproducción de la conferencia que hemos referenciado anteriormente o al menos tienen el mismo título). Esta mención nos permite apreciar que las tesis del galeno tuviesen cierta difusión entre los letrados, profesionales e intelectuales del país: “Y por qué hablar de “eugenesia” en este largo capítulo de “medios” para mejorar el estado social del campesino portorriqueño”. A ello alude a la conocida conferencia de Valle Atilés “Eugenesia” publicado en la “Revista de las Antillas”, comentando además: “Seguramente que nuestros letrados, hombres de ciencia, periodistas, publicistas, profesores de instrucción pública, etc., habrán leído con religioso recogimiento la conferencia del doctor del Valle Atilés: “Eugenesia”.—*La base más firme de nuestro progreso*, publicada en la “Revista de las Antillas””. Ver Miguel Meléndez Muñoz, *El estado social del campesino portorriqueño* (San Juan: Tip. Cantero Fernández, 1916), 119.

necesidad de librar los “obstáculos” y “dificultades” que no facilitaban el desarrollo de “personas aptas” y de “razas fuertes”, “morales” e “inteligentes”, en oposición a aquellas “razas atrasadas, ineptas, “decadentes” que impedían el Progreso (o “ley del progreso”) y “el libre y armónico desenvolvimiento” para “engrandecer el país” (evidentemente no en términos cuantitativos sino de “calidad”)⁵⁹⁷. Vale notar cuan ambigua, equivocada e indeterminada es esta noción de salud que alude a criterios abstractos e imprecisos, como si tales fueron físicos, medibles y reales. Y hay que recalcarlo, este tipo de lenguaje no es evocado por poetas, políticos o filósofos, sino por médicos que buscan resolver higiénica y medicamente los problemas sociales como si fuesen problemas sanitarias. A tono con esto discutiremos en las próximas secciones cómo dicha visión de salubridad ambigua e indeterminada va a corresponder con una conceptualización cada vez más abarcadora, cuando no sumamente imprecisa, en torno a los modos de infección, comunicabilidad y heredabilidad. Si bien se buscaba precisar las fronteras entre lo contagioso por contacto y lo hereditario, dichas divisiones se tornaban borrosas y ambiguas dentro del ideario eugenista, y las estrategias higienistas no solo se dirigieron a eliminar gérmenes y parásitos biológicos sino a regular y buscar frenar la reproducción y germinación de individuos que eran identificados como “parasitarios” o focos para la “germinación” de enfermedades.

En otras palabras, estas estrategias no se limitaron solamente a expiar y eliminar la suciedad y los animales vectores de transmisión de enfermedad (helminthos e insectos) sino a remediar la propagación de humanos débiles, irresponsables e inadaptados, frenando así la cadena de degeneraciones que supuestamente obstaculizaban el verdadero desenvolvimiento de los puertorriqueños. Aquí no solo se destacan las anteriores figuras biopolíticas (el jíbaro blanco, la mujer y lo negro), sino que estas van a confluir con otras como el débil mental, los disgénicos

⁵⁹⁷ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 65.

incurables (usualmente a causa de “venenos sociales”, en particular la tuberculosis) y los “cruzados” o “híbridos” que preservaban la raza blanca. El tema de la raza es aquí pertinente, en particular por sus confluencias equívocas con teorías biológicas, eugenésicas y culturalistas que, tanto en Puerto Rico como Latinoamérica, llevó a una particular apropiación blanqueada de la figura del mestizo, en donde el elemento identificado como “blanco” era aquel asociado, de un modo u otro, a los aspectos positivos de la “civilización” europea (usualmente reducida, entre los hispanistas, a España). Este énfasis en que hubiese un elemento dominante que sobreviviese a la variación racial era un modo mediante el cual la diversidad y la diferencia continuaba siendo jerarquizada a partir de algún supuesto “centro” que proveía armonía, estabilidad y por consiguiente “cultura”/“civilización”. Por lo tanto, en toda mezcla, compuesto, híbrido, fusión, cruzamiento e inclusive unión, debía existir un elemento que resultaba dominante y determinante, gobernando el proceso de “adaptación”, transformación, “evolución” y “progreso” hacia un estadio superior (bajo el equívoco de que “adaptarse” y “evolucionar” eran señales de un progreso unilateral hacia lo óptimo).

Es preciso que también notemos como esto correspondía, muy oportunamente, con la imagen del médico puertorriqueño como una figura “híbrida” pero “estable” ligada a ambos países (España y Estados Unidos), que retenía los mejores elementos de cada una. Dicha imagen nos permite ver una estrategia utilizada por los intelectuales que jugaba con la imagen mestiza de los cruzamientos a la vez que reafirmaba su posibilidad de preservar y regenerar su supuesto potencial aún no desarrollado: la verdadera personalidad del puertorriqueño (y ellos eran un primer paso para dicho “desenvolvimiento”). Para entender las dinámicas complejas de este particular racialismo medicalizado, es preciso comprender cómo fueron redefinidos los parámetros de lo que era saludable y enfermizo; y para ello hay que comprender el discurso médico preventivo,

constitutivamente higienista y cada vez más eugenésico.

A. Una salud preventiva, por-venir e indeterminada

Casi al final del primer año de publicación del *BAMPR* se anuncia la conferencia de Ashford respecto a la etiología de la anemia y, además de aludir a los progresos de las ciencias médicas y la importancia en conocer más sobre ese “mal tan generalizado”, cierran el anuncio con el siguiente fragmento: “Pueblo enfermo, es pueblo sin oriente y sin porvenir, pueblo débil, sin aspiraciones ni estímulos para sentir la aspiración más noble, la de ser libres⁵⁹⁸”. En un tono similar encontramos en ese mismo año la declaración: “¡¡No hay pueblo sin salud, ni buen gobierno sin higiene!! ¡*Mens sana in corpore sano!*⁵⁹⁹”

Decir que la salud era un bien para poseer no es nada nuevo, ni es un concepto exclusivo de la medicina, sino que remite genealógicamente a ideas, nociones y conceptos presentes en los campos de la religión y la filosofía. De igual manera, querer expulsar, expiar o purificar males no es una noción ni proceso exclusivo de la medicina, la eugenesia o los discursos de Progreso y Modernidad. Por ende, el giro discursivo respecto a la medicalización no radica en esas aseveraciones, ni si quiera en su operacionalización o extensión idealizada (que todo el mundo pueda poseer el bien de la salud y expiar sus males). Lo que sí resulta cada vez más novedoso es cómo el “ser saludable” implicaba “ser bueno y/o útil” para el progreso/mejoramiento/perfección de la especie, la raza y la nación, equiparando la salud del cuerpo con cierta integridad orgánica que implicaba también mejoramiento moral e intelectual. Aquí encontramos una semántica que presume que sanidad implicaba perfeccionamiento, mejoramiento o progreso a un estado aún no alcanzado, alejándose parcialmente del objetivo antiguo de restituir la salud ante el “asalto”,

⁵⁹⁸ “Sección de Propaganda”, *BAMPR* I, n°11 (1903), 175-76, 176.

⁵⁹⁹ Vale contextualizar que la repetida frase se da en una informativa respecto a que no había medico municipal en Utuado. Ver “Sección informativa”, *BAMPR* I, n°8 (1903):126-27, 127.

“desposesión” o “invasión” de un mal. Eso dicho, la insistencia en la “regeneración” y el “desenvolvimiento” pareciera apuntar, muy paradójicamente, a una suerte de retorno mítico, abstracto o misterioso.

En estas secciones podremos apreciar mejor cómo el uso del vocabulario de las ciencias naturales, en particular para hablar de asuntos morales, operó para catalizar los aspectos ideológicos del discurso médico sobre “lo saludable”. El aire de verdad adjudicado a este lenguaje brindó (y aún brinda) la ilusión de autoridad y neutralidad sobre asuntos sociales, morales y no médicos. En donde más evidente queda esto es en el discurso médico preventivo.

1. Prevenir, sanear, perfeccionar y purificar

...la Medicina no quiere curarlo sólo, cuando su tierno organismo sufra las injurias de la enfermedad o del dolor físico. Y no quiere defender una vida individual y aislada, abandonado al niño, después de curado, a las eventualidades y accidentes que han de amenazarle en el curso de su vida. No sólo quiere prevenir en el niño la enfermedad, sino que quiere prevenirle colectivamente, rescatando generaciones de ellos (...) nuestros intereses a defender trascienden de las paredes de los hogares (...) son los hijos de la patria (...) cuando los destinos de su tierra los llamen a defenderla, tendrán que brindarse siquiera no fuera otra, la saludable primicia del vigor, de la energía, que si son fuentes de salud, son signos elocuentes de voluntad, acero donde se curten los carácter y donde se forjan el tipo del ideal del ciudadano perfecto⁶⁰⁰.

Con estas palabras Quevedo Báez proclamaba, en el 1913, una imagen del objetivo preventivo, a nivel colectivo y que trascendía inclusive el espacio domiciliario (que era el espacio inmediato de visitación e intervención médica), de la medicina moderna. Esta imagen de la medicina preventiva también evocaba objetivos patrióticos en un lenguaje utópico y en clave eugenista. Como ya hemos visto, se repetirá durante esta época, una y otra vez, que la función de la medicina es la prevención. Este higienismo preventivo en Quevedo Báez apelaba, en un lenguaje eugenésico, al “derecho a la

⁶⁰⁰ Quevedo Báez, “Dispensario”, 12.

salud” como si fuese un derecho natural y político, para que así se “preservara” y “preparara” las generaciones futuras ante los imperativos de la “lucha por la vida”; y para ello era necesario engendrar hijos “física y moralmente sanos”⁶⁰¹. En un tono similar, durante este mismo periodo, Valle Atilés señalaba que el “movimiento científico moderno” buscaba remediar los males de la sociedad en un sistema preventivo de profilaxis social que se centraba en la herencia⁶⁰² —bajo ese adagio “Vale más prevenir que tener que remediar”⁶⁰³ u otros similares como “la ciencia es previsión”⁶⁰⁴ y era preferible “evitar el mal que combatirlo”—⁶⁰⁵. Esta relación entre prevención e intervención en la herencia fue usualmente reforzada en aquellas enfermedades percibidas como incurables, irreversibles o difíciles de curar por medios alopáticos. Dicho sistema preventivo era presentado como más económico (que construir más hospitales, asilos y penitenciarias) porque impedía que “se engendren degenerados”⁶⁰⁶, usualmente percibidos como incurables o una “carga” para las familias y el Estado porque terminaban locos, criminales o indigentes⁶⁰⁷.

El registro es tan amplio que el discurso preventivo tenía el potencial de abarcar no solo infecciones y contagio sino todos aquellos desórdenes, afecciones y degeneraciones que no eran producto de microorganismos “invasores”. Dicho discurso preventivo, que también evocaba un lenguaje bélico y mortífero, incluía tanto los “venenos sociales” y las enfermedades infecciosas,

⁶⁰¹ Ver Quevedo Báez, “Dispensario”, 7-9, 14.

⁶⁰² Esto queda claro cuando Valle Atilés, después de señalar que el objetivo de la medicina es preventivo, añadió: “Es hoy perfectamente conocido el hecho de que la herencia es uno de los factores fundamentales de la medicina preventiva”. Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 57.

⁶⁰³ Por ejemplo, ver Francisco del Valle Atilés, “Limitación de la prole”, *BAMPR* XIII, n°114 (1917):1-7, 3.

⁶⁰⁴ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 22.

⁶⁰⁵ Manuel Quevedo Baéz, “Medios para combatir el desarrollo del Alcoholismo en Puerto Rico II”, *BAMPR* I, n°10 (1903): 152-55.

⁶⁰⁶ Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 11.

⁶⁰⁷ Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 4, 11.

como la tuberculosis⁶⁰⁸, la anemia, el alcoholismo⁶⁰⁹, la sífilis, la prostitución⁶¹⁰, la mortalidad infantil⁶¹¹ y todo aquello que degradara la raza o afectase su eficacia al debilitar la prole⁶¹². Lo pertinente es notar cuáles eran las enfermedades que recibían este significante de “evitables” y “prevenibles” (porque en teoría casi todas las enfermedades y afecciones se pudiesen cualificar como tales) e igualmente es preciso notar como el giro de este discurso no solo enfocaba la etiología de las enfermedades en agentes externos (sean estos “medios enfermizos” u “organismos invasores”) sino en las variaciones e “imperfecciones” biológicas del cuerpo que apuntaban a una irreversibilidad relativa y prácticamente incurable.

Eso dicho, vale detenernos y preguntarnos cómo este supuesto principio moderno y sanitario de prever se distancia al ya visto desde finales del siglo XIX, que señalaba que era mejor “prevenir/precaver que curar”. Es preciso recalcar que el discurso de la medicina preventiva, para principios del siglo XX, no se reducía simplemente a evitar las epidemias e infecciones del paciente y su progenie inmediata (esto no fuese nada nuevo, y pudiésemos ver dichos intentos desde finales

⁶⁰⁸ Por ejemplo, Quevedo Báez declaraba sobre la tuberculosis: “A prevenir eso; á evitar que eso sea y, sobre todo, á que la sociedad corra el riesgo de destrucción y muerte, es que deben encaminarse nuestras fuerzas”. Ver Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 300.

⁶⁰⁹ Por ejemplo, Quevedo Báez alude al alcoholismo como “cáncer social”. A ello añade que los males deben ser perseguidos, donde quiera que radiquen ó se manifiesten”, sea el delito porque desmoraliza o el contagio porque enferma, en pro de esa “tendencia de la sociedad” que “es el mejoramiento de los individuos”. Por eso ante el “enemigo más formidable” que era el alcoholismo la mejor alternativa era a través de la “profilaxia moral”. El peligro de este “vicio” no radicaba solo en los que bebían, sino que “sus efectos trascienden á la inocente y débil prole”; y por esa razón un primero paso era la educación dado que “es un cultivo que fortifica espíritus”. Ver Quevedo Báez, “Medios”, 136; Quevedo Báez, “Medios II”, 152-53.

⁶¹⁰ Por ejemplo, la prostitución, dice Valle Atilés, similar a “todos los males que afligen a la sociedad, los medios preventivos tienen una eficacia mayor que los curativos, ya sean reformadores o correccionales”. Valle Atilés, *Un estudio*, 12.

⁶¹¹ Ruiz Soler identificaba como las enfermedades prevenibles (*preventable*) la tuberculosis, la malaria y la mortalidad infantil. Lo curioso de estas listas son las omisiones (como el alcoholismo, la sífilis o inclusive cualquier otra enfermedad infecciosa). Ver Ruiz Soler, *Report*, 1919, 133

⁶¹² Por ejemplo, Valle Atilés exhorta: “Es un deber que ningún médico de conciencia debe rehuir, el de combatir por la desaparición de toda causa que, por afectar a la salud del individuo, lleve a la comunidad a su retroceso, y a la raza a su degradación y extinción falta de eficiencia [sic], o por muertes prematuras”. Ver Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 100.

del Medievo⁶¹³) sino a mejorar y perfeccionar. Si bien este dictamen podía utilizarse para invocar reformas y cambios estructurales que mejorasen las condiciones higiénicas de un determinado medio o espacio físico (mayor ventilación, aguas limpias, comidas que no envenenasen, etc.) lo que llama la atención es ese particular tono de una medicina preventiva y que correspondía con la eugenesia que era, por un lado, optimista y transformista al querer cambiar, optimizar y superar el estado actual de las cosas, pero por el otro inmensamente determinista y nihilista, proponiendo cesar y detener, en nombre de la “defensa social”, el “cuerpo social” o “el conjunto social”⁶¹⁴, la reproducción de ciertos enfermos incurables o que podían degenerar tanto las condiciones físicas, como las morales y económicas de su entorno. Una clave para comprender este tono y discurso, aparentemente contradictorio y casi reivindicativo de los temores finiseculares, yace en como ciertas condiciones fueron percibidas como incurables.

Vale recordar que no hubo vacuna para los llamados “venenos sociales” (sí la hubo para otras enfermedades, como la tifoidea⁶¹⁵, y hubo intentos, fuera de Puerto Rico, para la tuberculosis⁶¹⁶) y los tratamientos alopáticos para las enfermedades tropicales (como la uncinariasis y la malaria) dependían de métodos de identificación, expiación/purgación/destrucción (por ejemplo, el uso de vermífugos) los cuales resultaban ineficaces si los medios y condiciones para la reproducción del

⁶¹³ Ver, por ejemplo, Carlo Cipolla, *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance* (London, New York, Melbourne: Cambridge University Press, 1976).

⁶¹⁴ En plena jerga organicista y eugenista, Valle Atilés señalaba que la “sociedad está sujeta a igual decadencia que el individuo” y así en una sociedad en donde “abunden elementos ineptos” está merced a su muerte/aniquilamiento como sucede cuando el organismo individual se debilita. El cuerpo social, aclaraba Valle Atilés, era “como un organismo” desde el punto de vista de la “ciencia Eugénica”. Cuando el “conjunto social está enfermo” la forma moderna de atender era siguiendo la medicina “o sea el de prevenir los males”, y para ello había que actuar sobre los individuos porque la “patología individual es componente de la patología social”. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 23; Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 81

⁶¹⁵ Resulta difícil desde cuando se aplicaba la vacuna contra la tifoidea en Puerto Rico, pero sí sabemos que se hizo uso de estas en el 1911 cuando aconteció una epidemia en Peñuelas, Aguas Buenas y Utuado. Ver Ruiz Soler, *Report, 1919*, 139; ver también informe del Director de Sanidad en Georges R. Colton, *Annual Report of the Governor of Porto Rico to the Secretary of War, 1912* (Washington: Government Printing Office, 1913), 26, 125

⁶¹⁶ Si bien existían estudios para finales de la década de los veinte del siglo XX respecto a la vacuna de tuberculosis (y su efectividad en Francia y sus colonias) su aplicación más general fue más tarde (como veremos en el próximo capítulo). Ver Fernós, *Gonzalo Fernós*, 165, 200.

parasito, vía un vector, persistían. Vale notar que las estrategias de la medicina tropical tendían a asumir una retórica bélica muy a tono con la lógica del ataque preventivo, en donde curar puede coincidir con destruir/exterminar⁶¹⁷(lo cual no está presente necesariamente en las estrategias inmunológicas con una vacuna). Tampoco hubo adelantos significativos en el tratamiento de la locura y la demencia, las cuales se veían como prácticamente incurables y cuya mejor remedio, por el momento, era aislar y evitar su reproducción.

No es mera casualidad que los denominados “venenos sociales” eran el objeto de predilección en las discusiones de los eugenistas, selectivamente reconociendo que parte del problema radicaba en factores sociales modificables (digamos el “medio”) pero, casi como si fuese un hecho fatalmente determinista, la relativa incurabilidad (o al menos dificultad en revertirlas) de estas enfermedades justificaba utilizar métodos de aislamiento y abstinencia que no eran terapéuticos ni curativos para el individuo enfermo/infectado/contagiado. Aunque no existía legislación en Puerto Rico que explícitamente prohibiese el matrimonio y/o las relaciones sexuales entre enfermos, resulta muy sugestivo que algunos médicos presumían que se excluían cruzamientos entre “contagiosos” y que por esa razón debían aplicarse dichas medidas a enfermedad no contagiosas como el alcoholismo⁶¹⁸. Una figura pertinente, que justificaba la necesidad de llevar a cabo estas medidas, fue el leproso, quien evocaba aún durante las primeras décadas del siglo XX imágenes terroríficas (y bíblicas⁶¹⁹) de lo incurable, lo contagioso y la necesidad de recurrir a métodos

⁶¹⁷ Por ejemplo, Valle Atilas destacaba como antes de Ashford al no saber la “causa real” de la anemia, que era debido “a un parasito intestinal, nos limitábamos a tratar la pobreza de sangre por los medios farmacológicos más conocidos”; mientras que ahora “la ciencia no se limita a curar, sino que su empeño se dirige a destruir el parásito”. Ver Valle Atilas, “La contribución”, 232.

⁶¹⁸ De igual forma a como se había excluido a “aquellos viciados por enfermedades contagiosas” se debía legislar contra los “alcohólicos cuyos descendientes en la prole pueden ser mas funestos para la sociedad que otros”. Quevedo Báez, “Medios II”, 154.

⁶¹⁹ Leopoldo Figueroa no duda en remitir a Levíticos y otros pasajes de la biblia para analizar el trato al leproso como signos tempranos de Higiene Pública, en donde “los sacerdotes eran médicos, inspeccionaban, exigiendo como medida sanitaria la descostración y empañetado de nuevo, reservándose el derecho a mandar a destruir si seguían los brotes del proceso contagioso en la casa”. Ver Leopoldo Figueroa, “Medidas que se deben tomar para evitar la propagación

radicales de aislamiento y abstinencia. Los malentendidos respecto a su condición contagiosa⁶²⁰ justificaron no solo su radical aislamiento, sino que prohibió explícitamente el matrimonio por razones médicas, o mejor dicho por temor tanto a contagio como a que tal fuese hereditario⁶²¹.

Aunque no lo parezca en primera instancia, esta medida y modo de intervención nos permite ver como una estrategia que originalmente era utilizada para evitar contagios fue resignificada, a través de una interpretación parcial de las teorías de herencia, como una estrategia profiláctica y eugenésica que estaba más amparada en la defensa social que en la curación del individuo infectado. Esta forma de aislamiento no era solo física, sino que operaba a como un aislamiento simbólico que suspendía los supuestos derechos cívicos en nombre del presente regeneracionista y el futuro de la especie/raza. Procesos similares los encontramos también en Latinoamérica, como

de la lepra y preceptos higiénicos a que se debe someter al leproso”, *BAMPR* 12, n°112 (1916): 133-149, 135.

⁶²⁰ El contagio no de la lepra no era algo aceptado por todos, y por ejemplo en el 1908 Isaac González Martínez, que critica las observaciones y métodos indirectos de Quevedo Báez para evidenciar el contagio, no reconocía las evidencias indirectas o incompletas en torno al carácter contagioso. Sin embargo, González Martínez insistía en la prohibición de matrimonio entre leprosos y permitir que se quedasen en el domicilio aquellos que tuviesen los “elementos de fortuna suficientes para practicar el aislamiento” de forma sanitaria. Aún para el 1908 no existían medios para prohibir dichos matrimonios, y lo expuesto por González Martínez era más una recomendación que una ley existente o aplicable (la cual no existió hasta el 1919). En el 1916 Leopoldo Figueroa proclamaba que ya había quedado demostrada la “doctrina contagionista”. Para ello se remitía a la primera Conferencia Internacional de Lepra en Berlín, en el 1897, y su definición de la lepra como contagiosa, y recomendaba el aislamiento/reclusión de los enfermos para la “total extinción de la lepra” sin importar la condición social o económica (oponiendo así a las leyes y países que, como sugirió González Martínez, permitían que los “pudientes” no fuesen reclusos y se quedasen en sus casas). Es posible, si nos dejamos ir por el análisis histórico de Julie Levison, que la influencia del Tercer Congreso Internacional de Lepra en el 1923 llevó a evitar el aislamiento radical como parte del tratamiento y asumir una visión algo más “humanizante” en Puerto Rico. Esto explica posiblemente edificación del nuevo leprocomio en Trujillo Alto en la década de los veinte. Ver I. González Martínez, “Sesión Científica: Celebrada en Mayaguez el 12 de Enero de 1908, Contribución al estudio del Mecanismo de Propagación de la Lepra y de su Reglamentación Sanitaria”, *BAMPR* VI, n°63 (1908): 17-23, 18, 21, 23; Figueroa, “Medidas”, 145-48; Levison, “Beyond quarantine”, 235.

⁶²¹ Hasta donde he podido encontrar, viendo el Código Civil del 1902 y el 1912, junto a las resoluciones hechas a dicho código desde el 1901 hasta el 1919, solamente en ésta última (1919) he encontrado los criterios para dicha prohibición de matrimonio. Como parte de la Ley no. 76 (“Ley para la creación de un asilo de leprosos y aislamiento de los leprosos de la isla de Puerto Rico”), se estipula lo siguiente: 1) “Sección 9.—Todo médico que en el ejercicio de su profesión tuviere conocimiento de la existencia de un caso de lepra, está obligado a denunciarlo a la autoridad sanitaria más inmediata”; 2) “Sección 16—Que el matrimonio entre una persona leprosa y una sana, o entre dos personas que padezcan de lepra queda prohibido por esta Ley”. La exigencia de que los médicos notificasen sobre ciertas enfermedades infecciosas o contagiosas no es nuevo, pero sí es distinto que se denuncie e inclusive prohíba su matrimonio. Ver *Leyes y resoluciones. Segunda Legislatura de la Novena Asamblea Legislativa de Puerto Rico* (San Juan: Puerto Rico, 1919), 525, 527.

fue el caso de Argentina y los debates en torno a su contagio y herencia⁶²². La figura del leproso resulta ilustrativa de los límites del discurso médico de la prevención ante los imaginarios y equívocos en torno a lo contagioso, infeccioso y hereditario en enfermedades que eran significadas como incurables y que requerían un “ataque preventivo”. Igualmente, las figuras del tuberculoso, el loco y el débil mental serán propuestas como “evitables” si se detenía su reproducción biológica⁶²³.

Es preciso ver cuán selectivo fue el discurso médico asumiendo ciertos determinismos que justificaban, como alternativas “optimistas”, intervenir y responsabilizar al individuo de la reproducción de males, dado que la etiología radicaba en la voluntad, educación y capacidad reproductiva de un individuo enfermizo. Asimismo, vale notar como los discursos de éxito de las campañas de anemia, malaria y tuberculosis (apenas en realidad, una campaña oficial o rigurosa) eclipsaban parcialmente el fracaso de las técnicas higiénicas para evitar la reproducción de los vehículos, parásitos o agentes de infección y para “regenerar” los “medios” de producción y vivienda. Una y otra vez los brotes de distintas enfermedades, en particular la influenza y la peste

⁶²²De acuerdo con los historiadores María Miranda y Gustavo Vallejo, la eugenesia logró empatar los modos de aislamiento físico y simbólico, aspecto que podía verse en las políticas en torno al “tratamiento” de los leprosos. El aislamiento físico buscaba separar al enfermo de los sanos, con la finalidad de “proteger el universo de la ‘normalidad’, esto es los sanos, y la de asistir y/o curar a lo ‘patológico’”. El aislamiento simbólico creaba un distanciamiento respecto al sistema de derechos, “puesto de manifiesto como una restricción en la capacidad para adquirirlos o ejercerlos” (lo cual no implica o requería de una separación física). Hubo debates e inconsistencias en torno a si la lepra era contagiosa o transmisible por vía hereditaria durante las primeras dos décadas del siglo XX, no obstante, en Argentina en el 1914 se somete un proyecto de ley para el aislamiento obligatorio, incluyendo separar hijos “sanos” de padres leprosos. Como parte de esta ley, bajo la Ley 11.359, se prohibía también el matrimonio entre leprosos o con un individuo con el bacilo de Hansen. Para el 1930 se había ya consolidado el consenso en torno a la no heredabilidad de la lepra, aún se llevaba a cabo el aislamiento de hijos sanos de padres leprosos; y de igual forma se mantuvo la prohibición al matrimonio. Como apuntan Miranda y Vallejo, la vertiente eugenésica-ambiental (digamos la más “lamarkiana” o “transformista”) iba a insistir en los peligros del “medio” para infectar y corromper, inclusive moralmente, a los que estuviesen en la cercanía de un leproso. Aquí vemos un ejemplo de cómo lo contagioso y lo hereditario podían, de forma muy ambigua pero selectiva, confundirse para justificar medidas eugenésicas de profilaxis social. Ver María Miranda y Gustavo Vallejo, “Formas de aislamiento físico y simbólico: La lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico-legal en Argentina”. *Asclepio* LX, n°2 (2008): 19-42, 20, 33-35.

⁶²³Por ejemplo, Valle Atilés proclamaba: “Y cuando el médico se pone al servicio de la idea de prevenir la concepción en los casos de tuberculosis, de enfermedades del corazón, desórdenes mentales y otros, cumple con un deber en beneficio de la sociedad de que forma parte”. Ver Valle Atilés, “Limitación”, 5.

(junto a otras como el sarampión, la tos ferina y la tifoidea⁶²⁴) apuntaban a que existían espacios, lugares y poblaciones más vulnerables a padecerlas y a volverse “focos de contagio”. Estas condiciones, también “evitables”, no habían mejorado en este periodo; aspecto que eugenistas y neomaltusianos interpretaban selectivamente como señal de un problema “heredado” e irreversible. No será casualidad que los eugenistas e higienistas, tanto en Puerto Rico como Latinoamérica, compartirán ese tono optimista de Progreso como si fuese una respuesta de batalla ante el cruel determinismo de las leyes de herencia, selectivamente asumiendo tesis transformistas/lamarckianas para reivindicarse también ante ciertas teorías racialistas y racistas que consideraban ciertas razas, en particular ciertas mezclas o cruzamientos, como irredimibles.

2. Los remedios para sanear, mejorar y superarse: voluntad, moral y eugenesia

Ya desde inicios de siglo, podemos ver como Quevedo Báez consideraba que los malestares físicos afectaban al espíritu, entre tales se encontraba la satisfacción por asuntos nobles y elevados, equivaliendo así bienestar en términos de salud mental con elevación cultural, felicidad, trabajo, paz y amor⁶²⁵. El galeno señalaba, sin mucha precisión (o ejemplos), que aún si un pueblo era “esclavo”, tal podía sentir “estímulos de felicidad” si latía en tal el “bienestar de la salud”; entiéndase que poseer dicho bienestar era un tipo de fuerza y poder ante la adversidad⁶²⁶. No es

⁶²⁴ Un ejemplo fue el brote de tifoidea en el 1928. Edgardo Garrido Morales mencionaba como en una aldea rural en Utuado, Judea, después del huracán San Felipe II en el 1928, hubo un brote de fiebre tifoidea. Dicho brote fue corroborado a través de análisis bacteriológico, el cual también permitió localizar la infección en un pozo de agua, en donde vivía la primera persona sospechada de estar contagiada. Similar a otras enfermedades, su contagio estaba vinculado al hacinamiento y a la contaminación del agua y de las excretas, que por vía de contacto directo transmitían el bacilo de Eberth. Ver Edgardo Garrido Morales, “Typhoid Fever in a Rural Village of Porto Rico due to a Surface Well”, *American Journal of Public Health* XIX, n°9 (1929): 997-1004, 997-998, 1002-1003; Gómez Brioso, “Salubridad”, 336.

⁶²⁵ Quevedo Báez señalaba como la enfermedad (y en este caso se refería mayormente a la tuberculosis), en tanto y en cuando “malestar físico alejan al espíritu” de esas “satisfacciones” y de esas “solicitudes nobles y elevadas” llevando a un “disgusto de la vida” “(...) en sí la satisfacción interior de la salud, ese bienestar equivalente de felicidad, que invita el espíritu al trabajo, y á toda obra de paz y amor. Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 299.

⁶²⁶ Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 299.

difícil ver aquí como el concepto de salud es utilizado en una retórica similar a la semántica cristiana-salvacionista o al menos a tono con posturas voluntaristas y de “pensamiento positivo/optimista” (presentes desde finales del siglo XIX⁶²⁷).

Sanear e higienizar no solo llevaba a una mayor productibilidad y a cuerpos y espacios más servible/hospitalarios para la explotación económica⁶²⁸, podía inclusive embellecer (vale recordar cómo Valle Atilés veía las fallas estéticas de la prostituta —el sentimiento estético, instintivo en la mujer, se manifiesta pobremente”⁶²⁹— como parte de su “debilidad mental” congénita) y hacer más atractivo un espacio⁶³⁰. Desde este registro “sanear” e “higienizar” no es ya aquí simplemente “limpiar” en el sentido de quitar, despojar o inclusive reorganizar aquellos espacios o condiciones que facilitaban la proliferación y el contacto con “microbios” “gérmenes” o vehículos de infección. Cuando el objetivo no es ya simplemente prevenir para evitar tener que curar, en particular cuando se trataba de condiciones incurables o difíciles de curar, sino prevenir para mejorar o perfeccionar, nos encontramos ante un tipo de medicalización que presume un problemático ideal de salud. Sanear e higienizar implicaban mejorar, perfeccionar y asegurar dicho ideal. En este particular giro en torno al objetivo preventivo de la higiene, “sanar” implica también “salvar”, y no se trata ya una simple restitución a un estado anterior, ir de enfermo a saludable (o inclusive dejar morir para evitar prolongar el dolor), sino que se busca alcanzar un estado que no está presente “aún”, y que tiende a asociarse a ciertas culturas y/o razas míticas o idealizadas (como la “raza aria”)⁶³¹.

⁶²⁷ Vale recordar lo señalado en el capítulo anterior en la notas n°2 y n°415.

⁶²⁸ Valle Atilés, “La contribución”, 228-29.

⁶²⁹ Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 5.

⁶³⁰ Como apuntará Valle Atilés, en el 1903, el “medio más eficaz de enriquecer una ciudad es hacerla atractiva” y “para conseguirlo es necesario sanearla y embellecerla”; en particular La Capital. Ver Francisco del Valle Atilés, “Hagamos atractiva á San Juan”, *BAMPR* I, n°4(1903), 58-9; Valle Atilés, “El Mosquito”, 99.

⁶³¹ El “aún” es relevante, sea ya porque busca redimir, rescatar o recobrar un estado pasado lejano, cuya genealogía refleja la búsqueda por un “objeto/estado/eslabón perdido”, o porque aspira alcanzar algo abstracto y futuro, sin supuesto referente inmediato. Decimos supuesto, porque por lo general, en las utopías salubristas de este tipo, nos encontramos con unas idealizaciones que tienden a tener ciertos referentes concretos, sean estas interpretaciones

En el caso de Puerto Rico encontramos reivindicaciones curiosas e inconsistentes respecto al mestizaje que van de la mano con insistir que en el país existía una descendencia europea, pura, blanca y castellana que pervivía en el jíbaro. Esto estaba en ocasiones complementado con una imagen del puertorriqueño como algo por venir, que estaba en pleno “cruzamiento” y “desenvolvimiento”, cuya cultura, físico y moral estaba aún desarrollándose y regenerándose. Igualmente encontramos referentes biologicistas, racialistas y culturalistas que apuntan a un pensamiento utópico y eugenista que se apropiaba de ciertos elementos hispanistas, “americanistas” (entiéndase estadounidenses en este particular contexto) y parcialmente de lo que algunos historiadores en Latinoamérica han llamado “mestizofilia”⁶³² o al menos con cierta idealización del mestizaje que remite al “antillanismo” de finales del siglo XIX⁶³³. Aquí se

románticas o equivocadas sobre ciertas civilizaciones, pasadas (ej. La Antigua Grecia y El Imperio Romano) o presentes (ej. Estados Unidos, Gran Bretaña, los países nórdicos o todos aquellos considerados ejemplos de “primer mundo” y “civilizaciones modernas”), cuando no remiten a mitos que interpretaban como destinos reales (ej. la raza aria y el Super-Hombre). No es este el espacio para hacer un listado extenso, pero no será raro que algunos autores quieran representar a Puerto Rico como si fuese una especie de Florencia y Atenas. Otros, como Matienzo Cintrón, Valle Atilas y Lanauze aluden a Roma como un referente a imitar. Ver, por ejemplo, a Matienzo Cintrón, “Discurso”, 20; Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 66-67.

⁶³² Esta categoría ha sido utilizada por Alexandra Minna Stern para referirse a los discursos en torno al mestizaje en México durante la segunda década del siglo XX (temporalidad cercana a las discusiones que estamos aludiendo con las interpretaciones eugenistas de Valle Atilas) En el proceso de transición de la revolución (del 1910 al 1920), se puede ver un creciente interés por “regenerar” y “reconstruir” en pro de la cohesión nacional, apropiándose de los discursos eugenésicos para “hacer crecer” y “vitalizar” al mestizo. En la década de los veinte hay un enfoque en la figura del mestizo (según la autora, una especie de “mestizofilia”), siendo cruciales las teorías lamarckianas para oponerse al cierto pesimismo y rigidez de las posturas de Mendel y Weismann (de forma similar al contexto brasileño), asociados más a estrategias de eugenesia negativa. En este contexto encontramos textos que abogan por una “mezcla racial constructiva” y una valoración positiva del legado indígena en la cultura mexicana (el llamado “indigenismo” de la era postrevolucionaria). Aquí se destacan la obra de José Vasconcelos (en particular su texto *La raza cósmica*) y Manuel Gamio, antropólogo y miembro de la Sociedad Mexicana de Eugenesia. No obstante, y vale recalcarlo, este “culto” y reconocimiento del “legado indigenista” estaba filtrado por un discurso que buscaba la asimilación (o “síntesis”) del indio, no como seres soberanos y autónomos, dentro de una visión en últimas instancias criolla (o “blanca”) y moderna de la nación mexicana. Ver Alexandra Minna Stern, “From Mestizohilia to Biotypology: Racialization and Science in Mexico, 1920-1960”, en *Race and Nation Modern Latin America*, Nancy P. Appelbaum, eds. Anne S. Macpherson & Karin Alejandra Rosemblatt (Chapel Hill N.C.: University of North Carolina Press, 2003), 187-209, 190-93.

⁶³³ Hasta cierto punto, se pudiese argüir que, ya en algunas discusiones en Eugenio María de Hostos (particularmente bajo el proyecto geopolítico llamado “Programa de los Independientes”) y José Martí, y a su manera en Ramón Emeterio Betances, existía cierta defensa de la imagen del mestizo como el ciudadano ideal de un nacionalismo antillano. Dicha imagen tenía ciertas idealizaciones respecto a lo que era la “raza latina” y, aunque reconocía como la verdadera raza de las Antillas era una “fusión” afro-latino-americana, tendía a utilizar un lenguaje racialista que acentuaba la existencia de razas blancas y “subrazas” (además de acentuar más las aportaciones europeas que las africanas). Para una discusión más detallada ver Antonio Gaztambide Géigel, “La geopolítica del antillanismo en el

destacaban ciertas figuras, grupos y culturas como imprescindibles para “mejorar” la especie, como era: 1) el jíbaro “blanco”; 2) el mestizo que “blanqueaba” y hacia desaparecer el elemento “negro”; 3) la clase médica y los letrados, que representaban tanto la “adaptación” y pervivencia de la raza europea/blanca y los efectos transformadores de la educación/cultura europea y/o estadounidense. Se entrelazaban de forma equivocada y sinónima los binomios educación-cultura, raza-especie, evolución-progreso bajo el ideario eugenista que proponía “mejorar la raza” al eliminar los defectuosos y alcanzar el mejor tipo de humanidad, el tipo más avanzado de especie⁶³⁴

La retórica empleada dentro de este discurso era una prospectiva y de carácter utópico, pero “científico”, entiéndase que real y empírico y no una mera fantasía o un fanatismo político o religioso. Su retórica biologicista y organicista asumía tonalidades metafísicas y religiosas⁶³⁵ como parte de sus objetivos no solo sanitarios sino político-nacionales, a la vez que se presentaba como el “medio”, método y tecnología más científica, racional y eficaz para “adaptar” el país a las exigencias del Progreso y la Modernidad. En lo que concierne el discurso eugenista en Puerto Rico, fuese pertinente recordar la imagen evocada a través del “régimen de la estatua” (traído por Zeno Gandía/Juan del Salto⁶³⁶) para finales del siglo XIX, y como las promesas eugenistas

Caribe del siglo XIX”, *Memorias IV*, n°8 (2008): 41-74, 51-52.

⁶³⁴ Esto podemos verlo claramente cuando Valle Atilés, antes de concluir su ponencia sobre la contribución de la higiene en el 1914, trae a modo de recordatorio que “todo mejoramiento humano ha de fundarse en tres factores”: 1) la “cultura humana, asociada a la educación lo cual no se heredaba; 2) el “mejoramiento de la raza”, el cual sí dependía de la herencia, a través de una “procreación sana” y la “eliminación de los defectuosos a fin de alcanzar el promedio más alto posible del mejor tipo de humanidad”; 3) la “evolución hacia un tipo más avanzado de la especie”. Ver Valle Atilés, “La contribución”, 236.

⁶³⁵ Vale recordar cómo, entre los objetivos de la eugenesia, Galton sugirió que tal, además de ser presentada como un quehacer académico y práctico, debía ser comprendida como una “nueva religión” dentro de la consciencia nacional. Sin embargo, si bien la eugenesia de Galton seguía más la lógica de la cría y selección artificial de animales, los eugenistas buscaron utilizarla no solo para “preservar” ciertas estirpes, rasgos o elementos, sino también para transformar y edificar nuevas razas y eliminar a los degenerados o, como lo ha señalado Ceccheto respecto al caso del eugenismo argentino, “sub-hombres portadores de defectos”. El artículo de Ceccheto resulta ilustrativo respecto a los modos que se utilizó la eugenesia para edificar cierto proyecto utópico del mejoramiento racial (pese a todas las contradicciones que ello entretenía, y la aplicación parcial y sesgada de la estirpecultura y crianza de animales). Ver la noción de que la eugenesia es una “nueva religión” en Francis Galton, *Essays in Eugenics* (London: The Eugenics Education Society, 1909): 42-43; Ceccheto, “La utopía”, 64, 67-75.

⁶³⁶ Ver el capítulo anterior, en la sección de “Salud, trabajo, armonía y moralidad” en donde se alude a la imagen del

pudiesen ofrecer una respuesta: ante el estancamiento, encharcamiento y degeneración de la mayoría de la población del país (acentuando en particular a los jíbaros) era posible regenerar al país a través de una reproducción guiada “inteligentemente” e higiénicamente para mejorar las futuras generaciones. Pudiésemos tomar como ejemplo las imágenes evocadas en médicos como Valle Atilés, Quevedo Báez y Fernós Isern (entre otros) sobre esa futura prole regenerada, vigorosa, rigurosa y productiva.

Un ejemplo aún más preciso y sugestivo lo encontramos en la imagen del hijo como un “monumento viviente”, evocada por Quevedo Báez (vía una interpretación higienista y eugenésica de Nietzsche), que representaba la posibilidad de cultivar, regenerar y guiar el país a su supuesto destino de superación⁶³⁷. Para ello se requería la voluntad, por parte de los padres, de ser responsables y evitar procrear irresponsables. Vale notar cómo este imperativo, amparado en una concepción voluntarista (o metafísica de la voluntad), era parcialmente compatible con las tesis transformistas/lamarckianas, en tanto y en cuanto asume que es posible gobernar, vía la educación, la reproducción/natalidad. De esta forma encontramos argumentos que, sea a través de un determinismo ambiental o innatista, terminaban responsabilizando al enfermo de su supuesta irresponsabilidad. Estas menciones o argumentaciones que por un lado invocan el determinismo del “medio”, y por el otro un determinismo individual, sea ya para mostrar que el “medio” es el que transforma o que el individuo ya nace o tiene características innatas (sean estas invocadas a través de herencias biológicas o nociones metafísicas supuestamente independientes de la biología o la fisiología) nos permiten ver las tensiones y paradojas que existían en el discurso eugenista. Tomemos por ejemplo el vínculo ambiguo que algunos médicos evocaban entre voluntad, salud

“régimen de la estatua” en el personaje de Juan del Salto.

⁶³⁷ Quevedo Báez, “Dispensario”, 9

(mental o física) y educación.

El “poder supremo” (o “soberano” de “la voluntad” es algo que sigue siendo invocado desde inicios del siglo XX como una habilidad de concentración mental, de *self-control* y de “disciplina”⁶³⁸, que podía superar las “abulias”⁶³⁹ que convierten a los puertorriqueños en “un ser inadaptable para los fines de la intensa vida moderna”. Este tipo de discurso presumía, además otra lectura muy selectiva y errática de Nietzsche y el superhombre⁶⁴⁰(presente no solo en médicos sino en otros intelectuales como Mariano Abril⁶⁴¹), una relación natural y orgánica entre la Voluntad y todo aquello valorado como bueno y necesario (el orden, la fuerza, la salud y el bienestar). En varios médicos, como Valle Atilés, Stahl, Quevedo Báez y Goenaga, encontramos este presupuesto (sea implícita o explícitamente) y sus implicaciones higienistas. Por ejemplo, Goenaga declaraba que ser saludable y estar sano implicaba que todo el cuerpo estaba sometido a la voluntad y, por

⁶³⁸ Por ejemplo, Goenaga no dudará en equivaler salud con la voluntad, entendida como un poder de resolución personal, y declarar que cuando un “organismo está sano” toda su constitución (todos sus elementos y células) están “sometidos a la soberanía de la Voluntad”, a la disciplina y “*self-control*”, además de la armonía, la verdad, la vida, la belleza y la libertad. Ver Goenaga, *Antropología*, 14

⁶³⁹ Respecto al término abulia, ver nota nº766 en este capítulo.

⁶⁴⁰ Al resumir las actas de la AMPR en el 1911 no deja de llamar la atención como en un momento se habla del “imperativo categórico” de la “ley suprema” de la “salud del pueblo”, y poco más adelante se invoca al superhombre de Nietzsche (que no gustaba para nada de imperativos categóricos):

El Dr. Don Rafael U. Lange, abundando en las ideas de la presencia hace muy discretas y atinadas consideraciones acerca del supremo poder de la voluntad, potencia psíquica que según él, es la única capaz de convertir al hombre en un super-hombre; afirmando á tal respecto, que cada puerto-riqueño, cada médico, cada ciudadano, debe dedicar una hora al día á la concentración mental sobre los propios problemas, y verá cuán fácil es remediar los males que pueden afligirle y queriendo se curará de las abulias que le convierten en un ser inadaptable para los fines de la intensa vida moderna. La asamblea le aplaudió calurosamente.

"Acta Marzo de 1911": 3

⁶⁴¹ Mariano Abril, al final de su texto “Alemania (ante el conflicto europeo)” cita el siguiente fragmento de Nietzsche: “¿Qué es lo bueno? Todo lo que promueve el sentimiento del poder, la voluntad de obtener la fuerza. ¿Qué es lo malo? Todo lo que brota de la debilidad. ¿Qué es la felicidad? El sentimiento de que la fuerza va creciendo, de que se ha vencido una resistencia”, y con ello argüir como de la “fuerza nace la ambición, el orgullo, el amor” y de la debilidad “la envidia, la humillación, el odio”. Dicha frase es interpretada, mezclando algunas nociones de Nietzsche, pero empatándolas con la eugenesia como si tal fuese un modo de solucionar las enfermedades asociadas a la democracia actual: “El hombre débil es un enfermo; el hombre fuerte, es sano y vigoroso. La eugenesia será la religión del porvenir. Los que proclaman que la fuerza es contraria a la democracia, son los débiles. La democracia es también una fuerza, la gran fuerza social que ha de avasallar (...)”. Ver Mariano Abril, *Alemania (ante el conflicto europeo)* (San Juan: Progress Publishing Company, 1915), 201

consecuente, era inmune a las enfermedades físicas o psicológicas/morales⁶⁴². Lo sano se vinculaba también a la capacidad de reflexión y/o a una idealización de la salud como equivalente a la perfección y a “lo normal” (pese a las contradicciones que esto entretenga), mientras que el enfermo era “insano”, anormal/anómalo⁶⁴³ e incapaz de voluntad propia. Si no era evocando el mantra de *Mens Sana in Corpore Sano* (muy presente en Valle Atilés) era, como argüía Stahl, *Nosce Te Ipsum*⁶⁴⁴, y de esa forma se asociaba sanidad con la buena educación, la perfección y la felicidad. Lo importante aquí es notar como criterios filosóficos (o metafísicos) eran invocados selectivamente para hablar medica y científicamente de la sanidad. Según estos criterios, las personas educadas y con conocimiento eran las más sanas y responsables, como lo eran los médicos, quienes debían ser capaces de ir más allá de lo aparente, los caprichos, el sentimentalismo y, según Stahl, al tener el poder de conocer las “anomalías propias” podían reconocer las anomalías ajenas⁶⁴⁵.

Poco importa si los médicos declaraban que existían distintas gradaciones dentro del espectro que divide lo sano de lo insano (como puede verse en Goenaga) o que existían unas claras diferencias o fronteras (como arguyen, cada cual a su modo, Stahl y Valle Atilés) porque ambas distinciones justificaban que existían unos individuos casi irreversiblemente predispuestos a la

⁶⁴² Goenaga, *Antropología*, 14.

⁶⁴³ Stahl aclaraba “lo anómalo o no-normal en la vida del espíritu no puede ni debe calificarse de sano. Reclamo para el concepto de sano una base despejada, precisa y absoluta, destituida de dudas y fluctuaciones, no relativa y convencional”. Los que van a caer en dicha categoría de “no-normal” y “anómalo” (dos conceptos que no son lo mismo, pero son tratados por el alienista como prácticamente idénticos) son los mismos identificados por Goenaga (los débiles mentales, los alcohólicos, neurasténicos, etc.). A diferencia de Goenaga, Stahl consideraba que había divisiones claras (y no gradaciones) entre lo sano y lo insano. Ver Goenaga, *Antropología*, xxxiii.

⁶⁴⁴ Stahl señalaba que el concepto de “sano”, según lo empleaba la Psicología, “procede necesariamente del concepto de perfecto”, y aclaraba que tal concepto no debería entenderse en forma absoluta. Ante la *Mens Sana in Corpore Sano* (una frase muy popular en la época) Stahl antepone el *Nosce Te Ipsum* (“Conócete a ti mismo”), como un principio racional más exacto y justo. Sin embargo, vale notar que dicho principio no es menos problemático dado a que Stahl prácticamente lo naturaliza, convirtiéndolo en un principio necesario y complementario para la felicidad de la sociedad. Desde la perspectiva de Stahl, conocerse a sí mismo validaba (particularmente a los médicos) que pudiese juzgarse a otros. Evidentemente, desde esta perspectiva, el “enfermo” tampoco podía conocerse a sí mismo ni a otros. Ver Stahl, “*Mens Sana in Corpore Sano*”, 100 ó Goenaga, *Antropología*, xxxi.

⁶⁴⁵ Ver Stahl en Goenaga, *Antropología*, xxxiv.

degeneración. Ambas distinciones validaban que existían “herencias” problemáticas y con ello se reapropiaban, de un modo u otro (implícita y explícitamente), de esa vieja lógica clasista y elitista que señalaba “lo esencial se nace no se hace⁶⁴⁶” y justificaba que solo algunos tenían poder y derecho a propiedades, estatutos, inmunidades y civilidades. Los proyectos eugenistas se presentaban como medidas más humanitarias y científicas, en tanto y en cuanto buscaban hacer ajustes y equilibrios que no estuviesen, supuestamente, amparadas en las viejas nociones de clase, religión e inclusive raza, sino en la biología (y las “herencias biológicas”).

Esto permitía invocar, en tono humanístico y sanitario, medidas coercitivas, como la regulación estatal de los matrimonios, para así evitar “matrimonios injuriosos”⁶⁴⁷, las cuales podían lograrse a través de la educación para que así dichas medidas coercitivas fuesen asumidas de forma voluntaria. Esto iba a tono con ese proyecto de Modernidad que buscaba utilizar la Ciencia para manipular la Naturaleza, llevando a cabo una selección artificial, y a la vez insertando una serie de tecnologías y adelantos que pudiesen ajustar y equilibrar las desigualdades asociadas a la pobreza, la miseria y la negligencia⁶⁴⁸. Las medidas físicas-coercitivas y el uso de una educación de la voluntad se complementaban dentro del ideal de perfeccionar y mejorar la raza.

En muchos registros los ideales eugenésicos no contradecían directamente ni se oponían a los ideales higienistas, ambos podían coincidir en proponer que para que hubiese un país sano y moderno se necesitaba un desarrollo proporcional y equilibrado de órganos y aparatos; y este

⁶⁴⁶ “Es un axioma que la constitución esencial y la mente, como se dice del poeta, nacen; no se hacen”; y por eso, insistirá Valle Atilés, “ciertos matrimonios son inconvenientes para el desenvolvimiento de las cualidades nobles de la raza humana”. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 59.

⁶⁴⁷ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 67.

⁶⁴⁸ Un ejemplo de ello podemos verlo en la siguiente proclamación que hace Valle Atilés respecto a los fines médico-higiénicos y eugenésicos de la educación: “Nosotros entendemos que el día en que la educación haya realizado todos sus fines, la razón desarrollada hará posible la continencia en unos casos, la esterilización voluntaria en otros, sin inferir perturbaciones físicas ni morales en la familia ya fundada sobre bases de mayor esterilidad”. Ver Valle Atilés, “Limitación”, 6.

desarrollo dependían de tres factores que ya desde finales del siglo XIX eran propuestos como criterios de salubridad: “órganos normales, nutrición adecuada y capacidad de adaptación al clima⁶⁴⁹”. Lo que la teoría eugenista hace es reinterpretar los “medios” y mecanismos necesarios para que ese desarrollo se diese través de un uso muy selectivo del concepto de “selección natural” y las tesis transformistas “lamarkianas”. Por un lado, la “selección natural” favorecía ciertas propiedades distintivas fisiológicas y por el otro, proclamaba Valle Atilés, la *Mens Sana in Corpore Sano* era la “fórmula que resuelve el problema en su parte intelectual” a través de un buen desarrollo del sistema nervioso⁶⁵⁰.

Lo curioso es cómo las propuestas más a tono con una eugenesia negativa, en particular lo que concernía el aborto terapéutico y la esterilización, fueron también selectivamente presentadas y en otras ocasiones omitidas o apalabradas como un asunto idealmente voluntario y no coercionado (como las letrinas en la campaña nueva e “intensa” contra la uncinariasis). En ocasiones, Valle Atilés justifica y defiende el uso de reclusión y esterilización para los “casos extremos” marcados con el “marbete” de condiciones incurables o peligrosas (como la imbecilidad o, sin especificación alguna, la criminalidad)⁶⁵¹. Sin embargo, se oponía a la satisfacción del “apetito sexual” que llevase a un aborto artificial por razones egoístas, pero favorecía el aborto que fuese un procedimiento médico autorizado (el llamado “aborto terapéutico”), para evitar la reproducción de una degenerada —“loca, idiota o neurópata”— o si la concepción no fuese por consentimiento mutuo⁶⁵².

⁶⁴⁹ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 69.

⁶⁵⁰ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 69.

⁶⁵¹ Dado que la “reproducción de la vida es una función social”, y en pro de esta, era justificable la reclusión y la esterilización —“en casos extremos”—de las personas “marcadas con el marbete de la imbecilidad, de la criminalidad o de la insania incurables”. Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 59.

⁶⁵² Valle Atilés, “Limitación”, 2-3.

También son curiosos los silencios selectivos, omisiones y eufemismos empleados para evitar una propuesta abierta y explícita de eugenesia negativa. Valle Atilles reconocía las resistencias ante tales propuestas y los posibles abusos que tales políticas podían propiciar, y para ello optaba que tales aplicaciones debían ser propiamente estudiadas y contextualizadas a nivel local, y no forzarlas de forma innecesaria⁶⁵³. No obstante, el galeno aclaraba que la esterilización no era impropia ni inmoral si tal era manejada por las debidas autoridades médicas y científicas (las cuales eran, como ya hemos apuntado, presumidas como moralistas y racionalistas)⁶⁵⁴. En la discusión de Lanauze con los padres dominicos las omisiones y silencios del galeno respecto al uso de la esterilización son también curiosas, como lo son las correspondencias que tenían los dominicos con los objetivos neomaltusianos.

Los padres dominicos problematizaban la inmoralidad de los “medios” neomaltusianos, como el aborto y los contraceptivos (porque cometían *pollutio* voluntaria y promovían la fornicación y el “amor libre”), pero no necesariamente con los fines/objetivos del neomaltusianismo (pese a que defendían que la natalidad es una riqueza y no un obstáculo), si se lograban a través de la abstinencia⁶⁵⁵. Lanauze buscó justificar que el aborto y los medios anticonceptivos cumplían el mismo objetivo que la abstinencia. Sin embargo, una y otra vez los padres dominicos le recordaran

⁶⁵³ Valle Atilles, “Eugenica”, 2-3.

⁶⁵⁴ Valle Atilles, “Limitación”, 4-5.

⁶⁵⁵ El “medio” criticado por los padres dominicos era el control de natalidad a través del aborto y anticonceptivos, en tanto y en cuanto, justificaba que se cometiese un acto sexual sin asumir la responsabilidad de la reproducción. El “medio” era un problema porque implicaba una “corrupción” o “contaminación” moral y voluntaria, como sucedía también con el onanismo o cualquier gratificación sexual no reproductiva y del apetito (incluyendo la práctica de vomitar para continuar comiendo), lo era también el uso de métodos anticonceptivos. Para ello inclusive van a aludir a eugenistas y al propio Maltus para señalar que los fines eugenistas y neomaltusianos se podían lograr a través de la abstinencia o continencia. Los padres dominicos citaran a varias figuras intelectuales que favorecían un eugenesia con abstinencia (como August Bebel y Bernard Shaw). Lanauze va a citar a figuras eclesiásticas que favorecían el uso de “métodos inofensivos” para regular la procreación (como el Obispo de Bermingham). Sin embargo, los padres dominicos le recordaran, en varios intercambios, que el problema no era el objetivo o fin, sino los medios Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 29, 45-46, 49, 62, 69.

que el problema no era el objetivo sino la moralidad de los medios⁶⁵⁶. En ese sentido, encontramos en este debate dos asuntos que son muy relevantes para nuestra discusión: 1) Lanauze omite e incluso niega que la esterilización fuese uno de los objetivos de la Liga de Control de Natalidad; 2) los padres dominicos no se oponen a los objetivos eugenistas y maltusianos si tales asumen medios como la abstinencia o la continencia. El primer asunto sorprende porque dicha Liga, afiliada a su análogo en los Estados Unidos bajo el liderazgo de Margaret Sanger, asumía abiertamente los preceptos y mecanismos de una eugenesia negativa (a favor de la esterilización). La omisión de Lanauze es muy rara y sospechosa (y los padres dominicos se lo van a señalar⁶⁵⁷), y es en ese punto de la discusión que el galeno simplemente cierra el argumento y lo despide, señalando que ambos bandos hablaban “lenguajes distintos”, aunque aclaraba que su lenguaje era “racional” y “revolucionario” con el ideal de realizar un “ciudadano mejor, más puro y más poderoso y más justo”⁶⁵⁸.

Respecto al segundo asunto, es preciso acentuar que los dominicos admitían que no se oponían a bajar la natalidad o controlarla, siempre y cuando fuese a través del celibato y la abstinencia⁶⁵⁹. No obstante, consideraban que los pronósticos de hijos “enfermizos” no eran una “ciencia cierta” e iban contrarios a los adelantos higiénicos que apuntaban a mejoras (que ellos interpretan como

⁶⁵⁶ En uno de los intercambios, en el cual los padres dominicos dejan entrever nuevamente su frustración ante las omisiones de Lanauze: “Por la milésima vez Dr., no se trata de intenciones buenas o malas que tengan los neo-maltusianos. Aún criminal cometiendo los mayores delitos, puede que tenga buenas intenciones”. Ver Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 52, 64.

⁶⁵⁷ Los silencios y omisiones de Lanauze son muy sugestivos. Lanauze no contesta en ninguna de las réplicas de los padres dominicos lo que concierne la postura de Maltus respecto a la continencia/abstinencia. A su vez omite discutir sobre la esterilización durante todo el debate, hasta que los padres dominicos le recriminan el uso de la esterilización en el neomaltusianismo. Lanauze les replica que las esterilizaciones no formaban parte de los fines de la Liga de Control de la Natalidad —“Esto no está en los fines ni principios de la Liga, con perdón de mis dignos adversarios; y no sé de dónde se lo sacan ellos”—. Los dominicos le recuerdan y citan dicho principio, tal cual como aparece en uno de los libros de Sanger. En dicho libro Sanger reproduce el programa de la Liga de Control de Natalidad en Estados Unidos, de la cual Lanauze era también asociado (además de haber correspondido con la afamada eugenesista). Para coronar la crítica, los padres dominicos comentan: “Muy extraño, Dr., que no conoce usted el programa oficial de la Liga, de la cual es usted tan aferrado propagandista”. Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 11-12, 66, 70, 73.

⁶⁵⁸ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 70.

⁶⁵⁹ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 28.

muchos hijos sanos)⁶⁶⁰. También cuestionaban los criterios maltusianos que identificaban la “pobreza” como un obstáculo, arguyendo que a menos que se estuviese en una “falta absoluta” (lo cual era más una excepción, según los teólogos), las condiciones de adversidad eran un “medio” que podía (o en ocasiones era necesaria para) crear “Grandes Hombres”⁶⁶¹. Nuevamente aquí vemos como se invocaba la voluntad y la disciplina como una fuerza que podía trascender el “medio” y para ello se utilizaban también ejemplos de carácter clasista (la Historia de los Grandes Hombres).

Los silencios y eufemismos particulares de Valle Atilés y Lanause nos permiten apreciar como la semántica higienista respecto a la prevención no correspondía siempre ni necesariamente con regulaciones y con una biopolítica de corte eugenésico. Mejorar la vida suponía también reducir la mortalidad, aumentar la natalidad y poseer una longevidad saludable. En ese sentido, la triada de reducir la mortalidad, aumentar la natalidad y obtener mayor longevidad podía articularse, como los hicieron algunos médicos y Comisionados de Sanidad (ej. Ruiz Soler y Font y Guillot) sin aludir a una semántica eugenésica. Eso dicho dicha triada debía ser regida o racionalizada a partir de la Sanidad, a tal punto que ésta moviese a la biología, como sugería Font y Guillot⁶⁶². Si bien dicho propósito no es idéntico a la “selección artificial” de los eugenistas y darwinistas sociales, dicho higienismo sí se presentaba como una solución ante esa visión nihilista finisecular de la

⁶⁶⁰ Huigens, Bernstein y Lanause, *El mal*, 32-33.

⁶⁶¹ Los padres dominicos abarcan el argumento económico aclarando que a menos que haya una “falta absoluta”, la cual consideraban que no estaba presente en muchos de los pobres y que era más una excepción que la regla, dicha condición económica no estaba destinada a reproducir degenerados. Y para ello, curiosamente, utilizan ejemplos “excepcionales” de figuras excepcionales dentro de familias grandes, aludiendo a como Abraham Lincoln nació en una familia pobre, como Benjamin Franklin fue el octavo de diez hijos, Tennyson el cuarto de doce, Napoleón el cuarto de diez, El Arzobispo Carroll el cuarto de doce, Beethoven el último de doce y Santa Catalina la última de 25 hijos. Resulta muy selectivo como los padres mezclan familias cuantiosas que no son necesariamente pobres en su argumento, o como utilizan casos excepcionales para demostrar la regla. Aún más sugestivo es el simple hecho de que no mencionan a un solo puertorriqueño o puertorriqueña en sus ejemplos. Ver Huigens, Bernstein y Lanause, *El mal*, 35-35.

⁶⁶² Ver Ruiz Soler, *Report*, 1919, 132; Font y Guillot, “Desenvolvimiento”, 286.

degeneración y coincidió con los objetivos de la eugenesia preventiva y latina⁶⁶³. Nuevamente, una figura clave para entender esto es Valle Atilés, en particular su visión optimista y eugenésica de un país por venir.

3. El porvenir de Puerto Rico: Una civilización sana, culta, democrática y eugenésica

Es tiempo ya de que nos despojemos de aquel viejo ropaje de ciudadano, tan general en los pueblos latinos, de buscar en el Estado o por su intermedio, nuestro bienestar. Estamos en posesión de nuestra soberanía individual, utilicémosla en provecho nuestro (...) Creémos un carácter; el carácter del pueblo portorriqueño, elevado, digno, surgido de una constitución física vigorosa y una intelectualidad y moral grande de cada uno de nosotros (...) con las palabras de Herbert Spencer: “Una constitución heredada debe ser siempre el factor principal en la determinación del carácter” (...) Querer para nuestro país salud, intelectualidad y costumbres mejores, es un ideal sobradamente bello para no enamorarnos (...) El amor propio debe inspirarnos a nosotros, los portorriqueños, entonces para no permanecer quietos. El país de los panoramas rientes, nuestro Porto Rico, debe estar poblado por hombres que no sean inferiores ni física, ni intelectual ni moralmente a los mejores.⁶⁶⁴

Para Valle Atilés, y cónsono con otros eugenistas, la eugenesia era supuestamente uno de los productos naturales de la Ilustración y un proceso paralelo con la Modernidad, la Higiene, el Progreso y la Ciencia⁶⁶⁵ y, por consecuente, necesario y racional para librar, emancipar, mejorar y sanear (todos estos términos utilizados de forma prácticamente sinonímica) al País a través de una “ciencia sanitaria” que eliminara la ignorancia y purificara los corazones⁶⁶⁶.

No deja de sorprender como los que más peso daban a la explicación hereditaria biológica son

⁶⁶³ Por ejemplo, sabemos que en Argentina la lógica de aumentar la natalidad, bajo la reconocida frase de Alberdi “Gobernar es poblar”, usualmente centrada en incentivar una inmigración europea, fue rephraseada en la década de los veinte para añadir, con una tonalidad eugenésica, “Gobernar es poblar bien”. Ver Cecchetto, “La utopía”, 61.

⁶⁶⁴ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 84.

⁶⁶⁵ La eugenesia era, según Valle Atilés, parte de una línea de progresos y emancipaciones que iba desde la abolición de la esclavitud, la tolerancia religiosa, la libertad del pensamiento hasta el reconocimiento de los derechos del obrero y la limitación de sus horas laborales, cada uno siendo ejemplo de una “cultura mayor” al compararla con “tiempos pasados”. Evidentemente, no había ninguna relación directa entre la eugenesia y todos estos eventos (más allá de que se asociara vagamente como efecto de La Ilustración), pero eso importaba poco en este tipo de argumentación. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 65

⁶⁶⁶ Valle Atilés, “La contribución”, 236.

también quienes se presentan, a través de una retórica que mezclaba científicismo, patriotismo e higienismo, como los “optimistas”⁶⁶⁷ (no conformistas ni pesimistas⁶⁶⁸) que podían solucionar el “fatalismo” de esas mismas leyes naturales y hereditarias, oponerse a quedarse en un “estado de inferioridad permanente” y “hacer el milagro” de “transformar una zona mortífera en inocua”⁶⁶⁹. Dicha solución requería cooperar en pro del Progreso, que en este caso se traducía a “destruir el vicio” (el alcoholismo y la “inmoralidad sexual”) y a que las mujeres evitasen casamientos con personas “defectuosas” o con “malos hábitos”⁶⁷⁰. En Valle Atilés vemos esta retórica y convicción de que la eugenesia podía realizar el deseo de que “esta pequeña patria” pudiese ser un “pueblo civilizado”, una “civilización robusta”, feliz y democrática⁶⁷¹, ser uno de esos “pueblos modernos”, con miembros “socialmente aptos” y cuyas “razas” estaban destinadas a perdurar⁶⁷² o entre las “razas dominantes” que “rigen al mundo”⁶⁷³. Como aclaraba el eugenista, este deseo no estaba fundado en especulaciones, fe fanática o sentimentalismos sino en las “ideas modernas”, y por ende científicas, de un “optimismo dinámico”⁶⁷⁴ cuya evidencia radicaba en que el Progreso era un hecho de la evolución⁶⁷⁵. A tono con el optimismo modernista de Valle Atilés, el neomaltusianismo de Lanauze era apalabrado como un efecto inevitable y natural, era “el futuro” y parte de la “ley ineludible del progreso humano”, mientras que sus opositores eran parte de un

⁶⁶⁷ Valle Atilés era optimista de que los “portorriqueños” —y vale resaltar el anglicismo— eran capaces de “cooperar en la obra de su perfeccionamiento”, y en nombre del amor propio y la patria se debía “obedecer la voz del progreso”, evitando caer en el pesimismo o se resignarse a un “estado de inferioridad permanente”. Ver Valle Atilés, “La contribución”, 237.

⁶⁶⁸ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 23.

⁶⁶⁹ Valle Atilés, “Contribucion”, 230.

⁶⁷⁰ Valle Atilés, “La contribucion”, 235.

⁶⁷¹ Valle Atilés, “Contribucion”, 230.

⁶⁷² Valle Atilés, “Eugénica”, 11.

⁶⁷³ Valle Atilés, “Eugénica”, 21.

⁶⁷⁴ Dice, nuevamente, Valle Atilés con mucho optimismo: “Yo profeso las ideas modernas del optimismo, de un optimismo dinámico ajeno a toda cuestión teórica, el cual reconoce en el hombre una fuerza dirigida inteligentemente, es capaz de mejorar el mundo; al que no considera ni bueno ni malo *per sé*, pero del que espera que será mejor cada día por el esfuerzo del mismo hombre, quien puede modelarlo de acuerdo con sus ideales, para que sirva a su felicidad terrestre”. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 63.

⁶⁷⁵ Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 64.

pasado “que se hunde y se muere”⁶⁷⁶.

Nuevamente, vale notar que esta no es una postura exclusivamente eugenésica ni de Valle Atilés, y la encontramos en aquellos que defendían al higienismo como símbolo de Progreso y del devenir de un “nuevo hombre”⁶⁷⁷. A su vez, esta retórica que sedimentaba argumentos aparentemente científicos a través de declaraciones sensacionalistas, moralistas o inclusive metafísicas no es algo exclusivo de los médicos ni de los eugenistas y neomaltusianos. Igualmente, como veremos en el próximo capítulo, este discurso preventivo higienista y eugenista, que invocaba el Progreso, la Modernidad y la Voluntad, no fue una narrativa promulgada por unos pocos (como Valle Atilés, Lanauze, Panigua y Quevedo Báez). Esto nos permite apreciar cómo se lograron instaurar medidas eugenésicas, tanto positivas como negativas, en las décadas de los treinta y cuarenta. Para entender esto no basta señalar la presencia de un discurso preventivo sobre la salud que es indeterminado y eugenésico (el cual identifica diversas imperfecciones y anomalías como “evitables”); es preciso también ver como esto corresponde con las nociones de enfermedad.

B. Medios, vectores y herencias que enferman: gérmenes, parásitos e irresponsables

Aunque las categorías que definen lo “normal” y lo “saludable” resultan imprecisas, durante las primeras décadas del siglo XX, esto no sucede exactamente con las enfermedades en donde sí encontramos técnicas, tecnologías y teorías que permitieron precisar mejor los focos, medios, vehículos o vectores de transmisión. Aun así, los modos que fueron entendidas las afecciones, malestares e infecciones bacteriológicas y parasitológicas (también las virales, pero estas tendían

⁶⁷⁶ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 71.

⁶⁷⁷ Por ejemplo, ese “nuevo hombre” aparece también en Goenaga, refiriéndose en particular a los anémicos y palúdicos, logrando así superar el “pesimismo”: “El día en que curemos a nuestros compatriotas de las zonas rurales, de la Uncinariasis y del Paludismo, el día que desterremos de las conciencias el pesimismo que las domina, iluminándolas con la hermosa antorcha del progreso, y el día que se despojen del hombre viejo revistiéndose del nuevo, como decía San Pablo, entonces, ellos y nosotros, entonces el himno triunfal de las grandes conquistas, higiénico-sociales”. Ver Goenaga, *Antropología*, 15.

a ser aún entendidas usualmente como infecciones bacterianas) no estuvieron exentas de recibir connotaciones y usos que nublaban las diferencias entre lo contagioso y lo hereditario, e incluso entre los responsables e irresponsables de tales enfermedades (o de condiciones consideradas degenerativas). Por esa razón en las próximas secciones estaremos discutiendo las semánticas e imágenes evocadas como causantes de enfermedades, “males” y degeneraciones, hiendo desde los usos metafóricos y analógicos de los conceptos germen y parásito hasta la identificación de “malas influencias” y “medios que enferman”. Estas genealogías que se trazaron en torno a lo enfermizo llevaron a que se no solo se patologizaran a las víctimas de medios injustos e insalubres, sino que tales fueron, de un modo u otro, culpabilizadas de la degeneración propia y colectiva del país. Dentro de los registros de un discurso higienista preventivo el objetivo no es solo eliminar a los parásitos y gérmenes sino detener la germinación de individuos costosos, dependientes, pobres y, por consecuente, “parasitarios⁶⁷⁸” o “gérmenes” / “semillas⁶⁷⁹” de los males del país. Por ende, no será raro que en ocasiones los modos de contagio y de transmisión hereditaria confluyan o se confundan, particularmente en los discursos eugenésicos y cuando se buscaba identificar cuál era

⁶⁷⁸ Este brinco semántico no fue anómalo ni fortuito. Vale recordar que el uso original de la palabra “parásito”, tanto en el griego *parasitos* o el latín *parasitus*, significaba “comensal” e implicaba un insulto dirigido a aquellos que viven, dependen y se alimentan de otros (literalmente, aquellos que comen en la mesa de otros); casi como una imagen viciada y contrariada del “compañero” o *companio* (aquel con quien se comparte el pan o acción de comer el mismo pan). Esta fluctuación de la semántica y uso del parásito como metáfora ya ha sido acentuado por otros, en particular Andreas Musolff y nos permite ver como el discurso científico-biológico se apropió de un término originalmente social y religioso, para entonces este ser reaplicado nuevamente al campo de “lo social” pero integrando ahora sesgos biologicistas que supuestamente sedimentaban mejor la imagen de decadencia y costo que sus anteriores significaciones no científicas. Ver Joan Corominas, *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana* (Madrid: Editorial Gredos, 1987), 440; Douglas Harper, “Parasite”, *Online Etymology Dictionary* en <https://www.etymonline.com/word/parasite> (consultada el 17 de noviembre de 2019); Joan Corominas, *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana* (Madrid: Editorial Gredos, 1987), 162; Douglas Harper, “Companion (n.)”, *Online Etymology Dictionary* en <https://www.etymonline.com/search?q=companion> (consultada el 17 de noviembre de 2019); Andreas Musolff, “From social to biological parasites and back. The conceptual career of a metaphor”, *Contribution to the History of Concepts* 9, n°2 (2014): 18-32, 18-22, 24.

⁶⁷⁹ De forma similar, la palabra “germen” se presta a ciertos equívocos, en particular si vemos que en latín *germen* se asociaba con brote (en el sentido botánico de tallo o rama) y brotar (como el verbo germinar), con la semilla y la yema de la planta, además de implicar o asociarse con la filiación (en tanto y en cuanto se remite a la procedencia de una rama). Ver Joan Corominas, *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana* (Madrid: Editorial Gredos, 1987), 297; Douglas Harper, “germ (n.)”, *Online Etymology Dictionary* en <https://www.etymonline.com/search?q=germ> (consultada el 17 de noviembre de 2019).

el “origen”, “semilla” o “germen” de los males del País. Como ya veremos en otra sección, dichos “gérmenes” y/o “parásitos” terminaron siendo los típicos chivos expiatorios, que eran los pobres del país, en particular los trabajadores, las mujeres y los negros o la “negritud”.

1. Los gérmenes, lo germinado, los parásitos y lo parasitario

Durante las primeras décadas del siglo XX, en Puerto Rico podemos encontrar una particular semántica que entendía a los “gérmenes” y a lo “germinal” como agentes y vehículos de infección de alcances variados, cuando no casi indeterminados. La comunicabilidad, contagio o focos de infección germinal denotaban también varios procesos e instancias que iban desde la presencia de bacterias infecciosas hasta la reproducción de plasmas germinales viciados⁶⁸⁰. Unos gérmenes infectaban a través del contacto físico y directo (el contagio a través de contacto o intercambio de fluidos o cualquier tipo de sustancia) y otros infectaban de forma indirecta, comunicando o legando una enfermedad a la prole a causa de compartir un espacio, medio o cuerpo común y degenerado (la herencia de enfermedades congénitas, usualmente de madres, o por culpa de ellas, a hijos). En ambos casos, el “medio”, sea este entendido como la vivienda, la dieta y/o inclusive el clima, podía operar como una “mala influencia” o como algo que vicia, debilita, enerva y, al fin y al cabo, enferma o deja sujeto y vulnerable al organismo a enfermedades⁶⁸¹.

Tenemos, desde inicios del siglo XX, y consecuente con lo que vimos a finales del siglo XIX, la imagen bélica del germen como un enemigo invisible que se aprovechaba de los espacios

⁶⁸⁰ Respecto al uso equivoco de “germen” con “plasma germinal” ver Valle Atilas, “Eugénica”, 11; Valle Atilas, “Eugénica”, 14; Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 58; Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 42; Valle Atilas, “Eugénica”, 11; Lanauze, *El mal*, 62

⁶⁸¹ Así por ejemplo vemos como, desde inicios del siglo XX Stahl, retomando su estudio de finales del siglo XIX, apuntaba a que el “estado de miseria” y la “alimentación deficiente” llevaban a “falta de resistencia” y a la “decadencia física” que afectaba no solo a los campesinos sino a las mujeres y su reproducción. En la descripción de Stahl colapsan y se confunden las infecciones bacterianas, producto de una falta de resistencia, con aquellas debilidades congénitas que afectaban la reproducción. Ver Agustín Stahl, “Fecundidad de la mujer en Puerto-Rico IV”, *BAMPR I*, n°5 (1903): 65-67, 65.

insalubres⁶⁸², acechaba/invadía cuando transcurría una “debilitación pasajera” (que incluía inclusive una “pesadumbre moral importante y sostenida”), y podía manifestarse inicialmente como un “cansancio físico, moral u orgánico”⁶⁸³. Estos gérmenes fueron representados como enemigos particularmente formidables (o hasta como agentes “homicidas”⁶⁸⁴) porque atacaban de forma “ubicua”, “sigilosa” y “latente” (otra palabra que podía en ocasiones confundirse con congénito), con una “cercanía constante” que afectaba, entre otras cosas, la vida genésica⁶⁸⁵. La infección era muchas veces presentada también como un “envenenamiento” o “intoxicación”⁶⁸⁶, visión presente también desde finales del siglo XIX, cuyo vehículo (un “microbio” o “bacteria”) podía ser identificado y localizado a través de la microbiología y destruido con el tratamiento adecuado. Sin embargo, ciertas intoxicaciones no provenían de una bacteria o un contagio directo (por ejemplo, el alcoholismo) y otras resultaban sumamente difíciles de curar, como eran los “venenos”/problemas sociales (como la lepra, la tuberculosis y la sífilis).

La triada de sífilis, alcoholismo y tuberculosis era definida, desde inicios del siglo XX, como enfermedades/venenos sociales que afectaban supuestamente más la humanidad que cualquier epidemia o guerra⁶⁸⁷. Sin embargo, esta imagen catastrófica contrastaba con el hecho de que el alcoholismo y la sífilis no causaban tantas muertes en comparación con las diarreas y enteritis, las cuales no eran hereditarias (y ciertamente, eran “evitables”). Lo que parecía unir a este trío de

⁶⁸² Ver Gómez Brioso, “Salubridad”, 332; Ashford, “Uncinariasis”, 370

⁶⁸³ Por ejemplo, Ruiz Arnau sostenía esto cuando se refería a la tuberculosis. Ver Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda II”, 357.

⁶⁸⁴ Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda”, 334-35.

⁶⁸⁵ Ver Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda”, 333-34; Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda IV”, 388.

⁶⁸⁶ Ver I. González Martínez, “La pretendida perniciosidad de las fiebres palúdicas II” *BAMPR* I, n° 7 (1903), 99-102; I. González Martínez, “La pretendida perniciosidad de las fiebres palúdicas III” *BAMPR* I, n°8 (1903): 131-35, 131; Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 36; Luis García de Quevedo, “Uncinariasis ó Ankilostomiasis con la historia clínica de un caso”, *BAMPR* I, n°9 (1903): 141-43, 143.

⁶⁸⁷ Por ejemplo, Ruiz Arnau en el 1904, en un artículo destinado a la “vulgarización científica”, declaró que la tuberculosis, el alcoholismo y la sífilis o lúes son los “tres infernales azotes de la humanidad” y producían un número de víctimas mayor al de “todas las guerras, todas las epidemias de cólera y todas las invasiones de peste bubónica”. Ver Ramón Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda: El porqué de una Liga contra la Tuberculosis”, *BAMPR* II, n°21 (1904): 333-35, 333.

“venenos” era que eran referidos como “intoxicaciones” que afectaban el “cuerpo social” y degeneraban la raza/especie. Esto explica por qué encontramos que varios médicos, como Quevedo Baéz, Arnau y Valle Atilas, se oponían a la reproducción/cruzamiento de estos “intoxicados”⁶⁸⁸. La tuberculosis fue tal vez la que mejor representaba esta imagen de un “veneno”, “enemigo” y “mal” que era “invisible”, que estaba en todas partes⁶⁸⁹ y era prácticamente incurable e indestructible⁶⁹⁰, pero “evitable”. No solo mataba, sino que debilitaba, similar a la malaria y la anemia, a los trabajadores (convirtiéndolos en “semi-inválidos” según Fernández García⁶⁹¹) y era, hasta cierto punto, muy contagiosa. El peso del diagnóstico operaba también como un estigma social sobre el individuo y su familia; sea ya por el deber que tenía el individuo de no propagarlo a su familia (y con ello reducirles su “acción libre”⁶⁹²) y de su familia en evitar su propagación adicional. Ambos eran, de un modo u otro ahora “responsables” de evitar su propagación⁶⁹³.

Para inicios del siglo XX se apuntaba, como hizo Arnau y Quevedo Bález, que el contagio no

⁶⁸⁸ Ya Arnau dirá que lo peor de estos gérmenes, en particular cuando se trataba de la sífilis y la tuberculosis, era que no lograban que los individuos pudiesen “cumplir su misión reproductora” y por eso lo ideal fuese evitar que los individuos enfermos se reprodujeran. Vale notar que el problema no era que dichas enfermedades tornasen a los enfermos estériles, sino que legaban, según Quevedo Bález, dicha enfermedad o al menos ciertas debilidades a la progenie, incluyendo la de los alcohólicos. Ver Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda”, 334-35; Quevedo Bález, “Medios”, 136.

⁶⁸⁹ Algunos médicos, como Fernández García, estimaban que la mayoría de la población urbana padecía alguna “lesión tubercular”. Ver Fernández García, “El problema, 356.

⁶⁹⁰ Según Arnau, el “microbio agresor” de la tuberculosis estaba “constantemente esparcido en el medio que nos rodea” y ningunas de las estrategias higiénicas usuales eran suficientes para destruirlo: “Ni el aire libre, ni el sol, ni la desecación, ni ninguno de los otros elementos que actúan desfavorablemente sobre otros gérmenes obran de modo eficaz contra la vitalidad del agente tuberculoso: lo atenúan, lo debilitan, pero no lo destruyen”. Ver Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda IV”, 388.

⁶⁹¹ Fernández García, “El problema, 356.

⁶⁹² Según Martínez Rosello por esa razón debía “tener siempre presente el doble deber que pesa sobre él, por una parte, de cuidar de su salud, de guardar el contagio á sus parientes, allegados y á cuantos le rodeen”. Debido a su capacidad de contagio, el afectado/enfermo de tuberculosis reducía, según Quevedo Bález “el círculo de acción libre en que sus familiares viven”. Ver Martínez Roselló, “Informe”, 21; Quevedo Bález, “Sección de Propaganda”, 299.

⁶⁹³ Existía muchos estigma en torno al ser diagnosticado, aspecto que Quevedo Bález relata en unos de sus artículos. Según el galeno, algunos médicos tenían mucha dificultad en dar dicho diagnóstico, al punto de no darlo pese a la necesidad y obligación de declararlo; aspecto que Quevedo Baéz criticaba como una falta profesional, deshonesto y peligrosa —“decirle la verdad á su enfermo, decirle la verdad que es lo menos” en el tono “más sincero y sugestivo, hasta piadoso”—. Parte del problema, según Quevedo Bález, radicaba en la propia ignorancia de las familias que no podían aceptar “la desgracia que supone el tener uno de sus miembros afectado de tuberculosis”. Nuevamente el peso de la responsabilidad es aquí, aún si parcialmente, atribuido al “ignorante” e “irresponsable”. Ver Quevedo Bález, “Memoria II”, 2-3.

era inmediato porque requería de debilitaciones “hondas”⁶⁹⁴ y negligencias (públicas y privadas) continuas⁶⁹⁵. En otras palabras, no se suponía que la tuberculosis fuese muy contagiosa, pero las condiciones de vivienda de la mayoría de los puertorriqueños facilitaban su “germinación”; y por eso se requería el uso de antisépticos y otras medidas higiénicas. Aunque algunos médicos destacaban que era posible fortalecer el cuerpo y destruir el germen a través de antisépticos⁶⁹⁶, también se aclaraba que era más oportuno evitar dicho contagio a través de medidas higiénicas (ej. no escupir en el piso, tener una casa limpia, bañarse todos los días, estar en un ambiente aireado e iluminado por el sol, etc.) porque, en realidad, como insistía Rodríguez Pastor en el 1925, no había en sí una cura concreta y alopática como había sido el caso con la malaria y la uncinariasis⁶⁹⁷. Tampoco era factible aislarlos a todos, dada la falta de hospitales y sanatorios, y por eso se insistía en la prevención⁶⁹⁸.

Dentro de estos contextos o “medios enfermizos” el discurso preventivo higienista y eugenista, que resignificaba la curación a través de la prevención, eclipsaba la diferencia entre herencia y contagio, entre enfermedades hereditarias e infecciones que tenían efectos “permanentes” y podían “intoxicar” la descendencia (y esto incluía, además de la tuberculosis, la anemia, la tifoidea y la

⁶⁹⁴ Ver Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda IV”, 389.

⁶⁹⁵ Quevedo Báez, “Sección”, 301.

⁶⁹⁶ Ver Ruiz Arnau, “Sección de Propaganda II”, 357.

⁶⁹⁷ Esto puede verse en como la tuberculosis fue definida en la campaña educativa del 1925, tal cual como aparece discutida por Rodríguez Pastor. En la sección al final del artículo de Rodríguez Pastor podemos apreciar los carteles que formaron parte de la campaña educativa e higiénica contra la tuberculosis. Resulta curioso notar como el galeno confunde “curable” con “evitable”. Reproducimos aquí las frases, respetando tanto el fraseo como el uso selectivo de mayúsculas. En particular reproducimos aquellas que nos permiten ver como definió la supuesta “curabilidad” de la tuberculosis, junto a los consejos higiénicos de corte preventivo: “La tuberculosis es curable”; “LA TUBERCULOSIS NO SE CURA CON MEDICINAS. Se Cura con: Aire Puro y Fresco. Buena Alimentación. Descanso”; “El Aire Puro y Fresco Cura y Evita la Tuberculosis. DUERMA CON LAS PUERTAS ABIERTAS”, “DEJEN QUE SUS NIÑOS JUEGEN AL AIRE LIBRE”, “TENGA SU CASA LIMPIA Y CLARA. El Aire y el Sol Matan los Gérmenes de la TUBERCULOSIS”, “NO VIVA EN CASA OSCURAR Y MAL VENTILAS. El Aire y el Sol son Esenciales para su SALUD”, BAÑESE TODOS LOS DIAS. LA LIMPIEZA TRAE SALUD”, “NO ESCUPA EN EL PISO ES UN VICIO FEO Y Puede Diseminar Enfermedades Peligrosas”; El vaso en que bebe todo el mundo, es un propagador de la muerte”; “Cómo se disemina la tuberculosis. I. El Tuberculoso que escupe en el suelo”. Ver Rodríguez Pastor, “The educational”, 23.

⁶⁹⁸ Ver Fernández García, “El problema”, 356.

sífilis)⁶⁹⁹. Hasta cierto punto, daba igual si se trataba de una “tendencia” a desórdenes nerviosos o neurastenia (como en el caso de las histerias y manías) o la “manifestación de una mala herencia” (como era en el caso del alcoholismo), porque la línea divisoria entre enfermedades adquiridas o heredadas era realmente vaga y equívoca, en especial entre los eugenistas. Por eso no sorprende que Valle Atilés afirme que algo es nato o hereditario, sea la criminalidad o el alcoholismo, y use como argumento y evidencia que “era bien sabido” (mucho antes de reconocerse las leyes biológicas herencia) que existían familias de enfermos/criminales/borrachos/tuberculosos⁷⁰⁰. Para ser/estar sano se requería preservar un “buen linaje”.

Dentro del ideario eugenista e higienista un “buen linaje” de personas buenas y sanas (física y moralmente), debía estar libre de “deudas” o defectos biológicos (por al menos de 3 a 4 generaciones). Esta “riqueza” biológica, según Valle Atilés, podía lograrse si se responsabilizaba a los padres de asegurar dicho “buen linaje” biológico, pero tal no se podía amparar en las viejas premisas de clase social que presumían que el dinero, la escolaridad y/o los puestos oficiales y profesionales garantizaban la calidad de la persona. Lo que determinaba este linaje biológico sano era una vida libre de “vicios”, de “pecados” y de enfermedades que ejerciesen una acción destructiva en el desarrollo orgánico y mental. Lo curioso de esta argumentación es como Valle

⁶⁹⁹ Vale ver como en el 1919 Valle Atilés señalaba que existían enfermedades que dejaban “huellas permanentes en el cerebro o debilitan la célula cerebral” como era el caso de: 1) la sífilis, la cual podía tener consecuencias “hasta la cuarta generación”; 2) la “intoxicación alcohólica”, la cual llevaba a una descendencia de “niños enfermizos, locos y criminales”; 3) las “fiebres infecciosas”, como la tifoidea, podían llevar a una “deteriorización mental transitoria o permanente”; 4) la tuberculosis, dada su condición crónica “aunque origen menos común de enfermedades de la mente, causa, sin embargo por la acción de las toxinas tuberculares sobre los centros nerviosos, cambios mentales agravados por el agotamiento”; 5) la uncinariasis y el paludismo puede “debilitar la célula cerebral” o “intoxicarla” capaz de “inferir cambios perjudiciales en la mentalidad, dañosos para la descendencia”. Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 9.

⁷⁰⁰ Según Valle Atilés el alcohólico era alcohólico debido a alguna “tendencia neurasténica” o “desorden nervioso”, como lo era la histeria, la epilepsia y la locura. Asimismo, como si fuese un proceso idéntico, “la embriaguez es una manifestación de una mala herencia”. Lo que llama la atención es como los ejemplos que trae el galeno para argüir que el alcoholismo es más hereditario que adquirido (o logrado por un “espíritu de imitación”) pueden igualmente ser interpretados como efectos ambientales: “Todo el mundo sabe que hay familias de borrachos”. Lo mismo dice respecto a la criminalidad —“También existen familias de criminales”— y lo ideal era que se tratase a (todos) los criminales como locos. Ver Valle Atilés, “Eugénica”, 19.

Atiles aclaraba que una “persona corriente” podía “vanagloriarse” de tener un “buen linaje” si sus antepasados habían sido “sobrios, sanos y honrados”. No obstante, también aclaraba que aún una persona que viniese de un supuesto linaje sano e inmaculado podía perder todo si empleaba la conducta equivocada (inmoral, viciosa o excesiva), “adquiriendo” (y nótese que no se dice heredando) una enfermedad que afectase profundamente el “desarrollo” orgánico⁷⁰¹. Por ende, si bien la argumentación eugenista parecía trascender las premisas clasistas que vinculaban estatus social con salud, sanidad y moralidad, de forma indirecta lo que hacia era reforzarla. Al eclipsarse la diferencia entre lo heredado y lo adquirido, e igualmente la de contagio e infección, era evidente que aquellos grupos que vivían en medios enfermizos o insalubres estaban entonces destinados no solo a enfermarse sino a legar dicho “germen” a la progenie, reproduciendo de esa forma futuros “parásitos” sociales.

En este discurso preventivo higienista también se eclipsaban las diferencias entre enfermedad y enfermos cuando semánticamente los enfermos eran comparados con parásitos que debilitaban al organismo social y eran un costo innecesario para sus familiares y/o el Estado. Aún si los médicos, desde finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX, acentuaban la injusticia de llamar “vagos” a aquellos que eran anémicos (posición compartida tanto por Valle Atiles, como por Ashford y muchos de los médicos mencionados), también notamos como se

⁷⁰¹ Vale la pena reproducir el siguiente fragmento de Valle Atiles, en donde explica como la concepción eugenésica de un “buen linaje” aplicaba a nivel social:

(...) por “buen linaje” ha de entenderse una relativa emancipación durante tres generaciones por lo menos de unidades caracteres poco deseables; tales como alcoholismo, débil mental, epilepsia, locura, pauperismo y criminalidad. El desarrollo marcado de cualquier de esos defectivos caracteres tiende a reproducirse en alguno de los descendientes. Entre nuestros antepasados pudo haberlo pobres sin posición oficial, personas que no se hayan distinguido en literatura, ciencia y artes, en una palabra, personas corrientes; pero si han sido sobrios, sanos y honrados, podíamos vanagloriarnos de tener un buen linaje. Si nosotros no podemos hacer enteramente responsable a nuestros padres de sus pecados, porque ignoraban sus extrema consecuencias, las generaciones del futuro sí tendrán motivos para bendecirlos o para anatematizarnos por la vida que hagamos (...) Un hombre puede descender del mejor linaje posible y sin embargo por su conducta echar a perder estas ventajas para sí y sus descendientes. Hay enfermedades adquiridas que ejercen una acción destructiva en el desarrollo físico y mental del hombre.

Ver Valle Atiles, “Eugénica”, 17.

refieren a dichos enfermos como si fuesen también, pese a todo, un parásito que afectaba la producibilidad del país. De igual manera, aún si remitiendo a fenómenos distintos, los débiles mentales y aquellos que heredaban los venenos sociales eran catalogados como “cargas”, “pesos” y “dependientes” del Estado. Por ejemplo, no será raro que los médicos describan a ciertos individuos como “parásitos” (por ejemplo, el “chulo” o proxeneta o aquellos hijos de una gestación no consentida o violación sexual⁷⁰²), en particular aquellos “disgénicos” que terminaban siendo “cargas”⁷⁰³. La imagen evocada y sus analogías resultan muy peligrosas: unos parásitos (los helmintos y otros insectos) chupan sangre⁷⁰⁴ mientras que los otros (humanos degenerados y enfermizos) chupan recursos y el futuro de la especie. Vale recordar que el modo para remediar una plaga de parásitos era esterilizando el terreno, y esto se lograba evitando su reproducción o provocando su exterminio.

2. Malas influencias y medios que enferman

Sin embargo, los gérmenes y los parásitos no son los únicos organismos o vehículos de infección, y no es posible comprender bien las metáforas que evocaban estos dos “organismos” sin tomar en consideración cómo eran descritas y entendidas las dinámicas del “medio”. El “medio” era entendido también, a su modo, como un organismo y este podía ser percibido como un detonante que engendraba, facilitaba y regía las posibilidades de contagio, comunicabilidad y heredabilidad. En ese sentido, teníamos entonces “medios que enfermaban” o que ejercían “malas

⁷⁰² Valle Atilés, “Un estudio”, 10; Valle Atilés, “Limitación”, 2

⁷⁰³ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 35; Francisco del Valle Atilés, “Salud y vigor físico”, *BAMPR* 10, n° 102 (1914): 1-2; Valle Atilés, “Eugénica”, 17; Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 13

⁷⁰⁴ Lo curioso con los casos de la uncinariasis y la malaria es que contenían ambos significantes: eran enfermedades causadas por parásitos, pero lo que realmente causaba la enfermedad no era el parásito, en tanto y en cuanto vehículo, sino los “gérmenes” o “bacterias” que transmitían y intoxicaban al organismo (hoy en día sus infecciones no las reconocemos como bacterianas). Similar a la imagen “chupasangre” del mosquito de finales del siglo XIX, tenemos con la uncinaria o el *hookworm* la imagen del parásito invasor que al introducir sus dientes o “ganchos” provocaba daños en la piel y “chupaba” sangre, introduciendo así una sustancia tóxica, además de depositar sus huevos en el contenido en el “hospitalario canal intestinal”. Ver García de Quevedo, “Uncinariasis”, 143; Ashford, “Uncinariasis”, 368.

influencias”; entiéndase por ello ambientes o espacios enervantes, hacinados, densos y sobrepoblados, promiscuos, laxos, monótonos e incluso indiferentes y pasivos ante la suciedad, los vicios y la corrupción. Esta personificación del medio, como si fuesen organismos inmorales o malos, es otro ejemplo de cuán ambiguo era el conocimiento en torno a los mecanismos y dinámicas que regulaban las interacciones entre medio y organismo.

La noción de “medio” de la Medicina Tropical no buscaba identificar “climas enfermizos” (como habían hecho las teorías de aclimatación del siglo XIX) sino las condiciones que facilitaban la sobrevivencia y reproducción de los vectores orgánicos (usualmente identificados como parásitos). Esta noción confluía con las teorías eugenésicas e higienistas que apuntaban a medios como “malas influencias”, a cómo la vivienda influía en la moral, y de esa forma degeneraban la especie/raza en la lucha/competencia por la existencia/vida. La carencia o privación de ciertos elementos higiénicos llevaba a un desorden moral porque afectaba las “defensas naturales”⁷⁰⁵. No es de sorprender que las viviendas y modos de vivir identificados, por los médicos, los letrados y las autoridades gubernamentales, como “pobres” eran considerados focos enfermizos en donde proliferaban parásitos, intoxicaciones y gérmenes. Lo lógico fuera, si seguimos el discurso preventivo, mejorar los “medios” de los pobres para así “evitar” mayor propagación de enfermedades; pero no fue así y el enfoque dominante, de remedios alopáticos y educación higiénica, se enfocaba en el individuo.

En el 1917 Valle Atilas lamentaba que la situación no había mejorado mucho desde finales del siglo XIX y proliferaban, entre los pobres y la población obrera, las “viviendas antihigiénicas”⁷⁰⁶,

⁷⁰⁵ Por ejemplo, ya desde inicios del siglo XX Quevedo Báez señalaba que la “vida física” y la “vida moral”, atando ambos porque “la Higiene y moral viven y se desarrollan de forma armónica”, no podían resultar bien en “medios privados” de lo que la “Naturaleza pródiga le concede para que pueda, no solo realizar sus funciones sino encontrar en ellos natural defensa para los mejores fines de la vida”. Ver Quevedo Báez, “Sección de Propaganda”, 298.

⁷⁰⁶ Sin embargo, no fue así. En el 1917, Valle Atilas, casi 30 años después de su texto sobre las “Tres Causas de Atraso” (siendo las tres causas habitación, vestimenta y alimento), retoma sus reflexiones para concluir que “la situación no había mejorado mucho” — las “construcciones imperfectas, y anti-sanitarias han sido la regla” — e insistir

mal nutridas y hacinadas, que pervertían o sobreestimulaban el “instinto sexual” (al estar “apiñados”), debilitaban el cuerpo, no favorecían las “buenas costumbres”⁷⁰⁷, eran pocos “aptas” y no podían inspirar “ideas nobles y elevadas”⁷⁰⁸. En un tono similar, el escritor Miguel Meléndez Muñoz destacaba ese hacinamiento que llevaba a la promiscuidad en las clases rurales, proponiendo como ideal la formación de barrios obreros modernos y baratos (los cuales no llegaron durante esta época)⁷⁰⁹. El hacinamiento fue uno de los problemas más señalados a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX, como causa de debilitamiento, enfermedad y muerte, especialmente cuando se discutían las causas de la mortalidad infantil y la tuberculosis⁷¹⁰. Pese a que los médicos reconocieran que este problema se debía a los caseros y los salarios bajos, hubo una tendencia a responsabilizar a los pobres⁷¹¹ o inclusive penalizarlos. Ejemplo de ellos fueron los esfuerzos estatales, en particular a partir de la década de los veinte, en emplear medidas coercitivas para multar aquellos espacios o viviendas insalubres y culpabilizar, como hizo Fernós Isern, a los jíbaros “inadaptados” de mudarse a las ciudades, con sus modos de vivir no higiénicos y hacinados, y sus “casuchas” improvisadas⁷¹². Nuevamente vale acentuar cómo, pese al

también en la “influencia moral, que ejerce la casa” y cómo ciertos espacios llevaban al “inevitable prematuro despertar el instinto sexual” (el cual que podía llevar a la prostitución). Valle Atilés no era evidentemente el único que dice esto, y Fernández García señalaba, en un tono similar, que la “población obrera” que “está mal nutrida, mal vestida y vive mal en hogares antihigiénicos”. Ver Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 89, 91, 93; Fernández García, “El problema”, 358.

⁷⁰⁷ Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 90-91, 93.

⁷⁰⁸ Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 94.

⁷⁰⁹ Meléndez Muñoz, *El estado*, 69, 102-103.

⁷¹⁰ Por ejemplo, ver Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 168; Martínez Roselló, “Informe”, 17; Goenaga, *Antropología*, 237; Ruiz Soler, *Informe. 1920*, 21; Gómez Brioso, “Salubridad”, 328; Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 434.

⁷¹¹ Por ejemplo, Valle Atilés reconocía que algunas de estas negligencias se debían a los caseros, más interesados en ganar dinero a través de la renta que incurrir en gastos higiénicos. No obstante, también señalaba que la ignorancia de los que vivían no ayudaba tampoco. En el 1930 Fernós e Isern informaron, con estadísticas comparativas de los Estados Unidos e Inglaterra, que existía evidencia señalando como los salarios bajos y el hacinamiento aumentaban la mortalidad infantil. Se argumentaba que era un problema que debía resolverse, pero a la misma vez se acentuaba la ignorancia de los pobres, en particular la de los jíbaros migrados a las áreas urbanas. Ver Valle Atilés, “Algunas generalidades”, 91; Fernós Isern y Rodríguez Pastor, “A survey”, 11, 14.

⁷¹² Por ejemplo, en el 1925 Fernós Isern destacaba el problema con la población rural migrando a las áreas urbanas, quienes no están “físicamente adaptados” ni se ajustan a la vida comunal, las reglas comunales o el modo de vivir urbano, construyendo casuchas y viviendo hacinados de forma insalubre. Ver Antonio Fernós Isern, “Urban Growth and Public Health in Porto Rico”, *PRHR I*, n°4 (1925): 3-7, 3.

reconocimiento de “medios” que enferman, el foco enfermizo va a caer sobre las acciones y/o voluntades del individuo “inadaptado”/“irresponsable”, en particular los trabajadores, los obreros, los campesinos y las mujeres pobres. Fernós Isern criticó estas “construcciones rápidas”, hechas en un par de horas, las cuales eran una señal decadente del desarrollo de *slums* y requería ser remediado a través de un proceso de urbanización decente (*decent urbanization*), propio de un país que estaba gradualmente convirtiéndose en industrial⁷¹³. En el 1929 Rodríguez Pastor señalaba también el problema de la “migración de campesinos” y aludirá a la “teoría” de Fernós como posible explicación del alza de mortandad, junto a las desesperadas condiciones económicas y el huracán del 1928⁷¹⁴.

No queda claro exactamente cómo dicha migración llevó a la aludida alza de mortandad o cómo tal fue verificada o correlacionada (la única alza perceptible en las estadísticas es en los casos de tuberculosis, pero resulta difícil determinar si corresponde con la aludida alza migratoria), pero estas “casuchas”, contrario a las letrinas laudadas por la nueva campaña de anemia, contradecían la imagen de Progreso, Modernidad e Higiene. Es en este contexto, finales de la década de los veinte (1928), que tenemos la imagen victoriosa de la letrina, la cual contrastaba con las “casuchas”, una imagen singularmente espantosa y patética dirá Harry Howard (de la RF). En un lado estaba la “casucha”, la cual según Howard que tenía un “valor sentimental” pero ninguno financiero, representando el viejo orden de pobreza y lucha; y justo al otro lado, la letrina, el nuevo orden que reflejaba el sacrificio de un trabajo económico y ahorrativo⁷¹⁵. Howard continúa su análisis simbólico aclarando que la letrina, si bien era algo “bajo” para un campesinado habituado

⁷¹³ La rapidez era presentada como un problema porque eran difíciles de identificar y detener a tiempo. La imagen de dicha rapidez y su diseminación parecía evocar a un contagio o enfermedad infecciosas. Fernós Isern, “Urban grown”, 5.

⁷¹⁴ Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 434-45

⁷¹⁵ Howard, “Hookworm”, 245.

a estar enfermo, era en realidad un símbolo de su contribución visible, reflejo de una creencia y esperanza, de su mejoramiento⁷¹⁶. Sin embargo, la “casucha”, relegada a un valor “sentimental”, era señal de atraso y de resistir el Progreso.

He aquí que es preciso detenernos en dos figuras relevantes que fueron troncales al discurso preventivo higienista y eugenista: los inadaptados y los irresponsables. Hay que destacar nuevamente cómo en este contexto varios términos terminaron siendo utilizados de forma intercambiable o equívoca, en particular cuando las “malas herencias” podían referirse a problemas adaptativos, desequilibrios, perversiones, vicios o todo aquello que interrumpiera la supuesta armonía del supuesto orden orgánico, y su concertado desarrollo sano y progresivo hacia un estado de mejoramiento. Hay que insistir que “lo mental”, “lo intelectual” y “lo moral” se utilizaban generalmente durante esta época de forma equívoca, cuando no correlacional (entiéndase, una desviación moral apuntaba a una patología mental⁷¹⁷), y se infería que ciertos déficits que afectaban la voluntad eran, de un modo u otro, hereditarios y poco modificables⁷¹⁸. A su vez, los ignorantes débiles e irresponsables podían ser manipulados y sugestionados, al punto de despertarse en ellos conductas y “atavismos” de una “cultura inferior”⁷¹⁹. En ese sentido, ciertas conductas y hábitos malos podían ser “heredadas”, eclipsando nuevamente de ese modo la

⁷¹⁶ Howard, “Hookworm”, 246.

⁷¹⁷ Por ejemplo, Stahl declara que cualquier desviación de la moral “en el funcionamiento del espíritu” (en otras palabras, la mente) era señal/síntoma de un “desequilibrio” capaz de un “estado patológico” llamado alienación, demencia o locura. Ver Stahl, “*Mens Sana in Corpore Sano*”, 100.

⁷¹⁸ Goenaga consideraba que un “desequilibrio mental” era un “germen molecular heredado” que estaba “implantado” en el cerebro. La influencia o poder del “exterior” operaba aquí para acrecentar su desarrollo, convirtiéndolo en un “estado morbosos” o inclusive una “epidemia psicopática”. Ver Goenaga, *Antropología*, xxvii.

⁷¹⁹ Por ejemplo, Goenaga identificaba la existencia de ciertas colectividades, instintos y atavismos que estaban presentes a través de la historia. El alienista aludía a la historia de aquellos que buscaban dominar y manipular a otros, y para ello remite a líderes caprichosos y obsesionados con el poder, en donde se despertaba lo más bajo, algo “primitivo” y de una “cultura inferior”. Esta visión no es exclusiva de Goenaga o de algunos intelectuales puertorriqueños, y corresponde con las teorías de degeneración y de “psicología de las masas” que inculcaba una visión nihilista y de regresión mental en los discursos populares y nacionalistas, usualmente destacando como ciertos líderes podían aprovecharse del primitivismo y apasionamiento degenerado y animal de las masas. Ver Goenaga, *Antropología*, xxvii-viii; ver también Juan García-García, “After the Great War: Nationalism, Degenerationism and Mass Psychology”, *Journal of Social and Political Psychology* III, n°1 (2015): 103-23, 104, 112.

diferencia entre lo adquirido (o condicionado) y lo heredado.

Como veremos próximamente, si bien era hartamente conocido y discursado que el País había pasado por ciertos abandonos y negligencias producto de la corrupción política (sea local, del régimen pasado o hasta del régimen actual), también se insistía en destacar cómo el mal de la ignorancia y el efecto de las mencionadas carencias había tenido un efecto hereditariamente degenerativo a nivel individual, orgánico, intelectual y moral en una gran parte de sus habitantes. En ese sentido, encontramos como, pese a las mejores intenciones de los médicos y letrados, el discurso higienista, en particular su modalidad eugenista, tendió a culpabilizar, patologizar y victimizar (tres procesos que se tornaron casi indiferenciables) a los jíbaros, los negros y las mujeres de los supuestos males degenerativos del país.

3. Genealogías de enfermedad y responsabilidad: Los inadaptados e irresponsables

Durante las primeras décadas del siglo XX podemos notar un giro particular, presente parcialmente en las teorías liberales reformistas y psiquiátricas “humanistas” (asociadas a la figura de Pinel) de finales del siglo XIX, que resignificó la relación entre salud, voluntad y responsabilidad. El jíbaro⁷²⁰, la mujer⁷²¹ (incluyendo la comadrona⁷²² y la prostituta⁷²³) y el disgénico/degenerado o loco (que no tenía voluntad de sus acciones⁷²⁴) van a ser representados y descritos como “irresponsables” que no saben y/o no pueden “adaptarse” a la vida moderna, higiénica e industrial. Los “dementes” y “locos” eran usualmente identificados por los médicos y alienistas como “irresponsables” e inclusive encontramos menciones de asilos mentales siendo

⁷²⁰ Ashford y Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 15

⁷²¹ Valle Atilés, “Eugénica”, 21; Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 14

⁷²² Belaval, “Algunas observaciones”, 6-7; Smith, “Sanitation in Porto Rico”, 169

⁷²³ Valle Atilés, *Un estudio*, 1

⁷²⁴ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 42; Goenaga, *Antropología*, xli; Valle Atilés, “Eugénica”, 17; Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 24-5; Goenaga, *Antropología*, 13-14; Goenaga, *Antropología*, 16; Rossy, “Criminología”, 750; Fernández García, “El problema”, 356

referidos como “asilos para irresponsables”⁷²⁵. Dentro de este giro, los “degenerados” no eran culpables de haber nacido en o a través de “medios” / “vehículos” enfermizos o disgénicos y, en ese sentido, eran “inocentes” y no se podía esperar que fuesen responsables ni pudiesen responder, corresponder o ser imputables por sus actos. Aunque obviamente “irresponsable” e “inadaptado” no eran oficialmente diagnósticos ni enfermedades, estos significantes aparecían selectivamente para justificar remedios higiénicos y eugenésicos y, en este sentido, son figuras que operaban de telón de fondo en el discurso preventivo higienista.

Desde principios del siglo XX podemos ver cómo los psiquiatras presumían una relación lineal entre intención, planificación y acto para determinar si un acto agresivo, homicida, sexual o “antisocial” había sido voluntario, libre y, por lo tanto, “sano” (contrario a un acto insano). En Puerto Rico, particularmente durante la segunda década del siglo XX, podemos ver cómo se debatía la necesidad de que se integrasen más las nociones de la “higiene mental” en la lógica jurídico-penal, lo cual incluía teorías hereditarias de índole eugenésico y parcialmente lombrosiano⁷²⁶. Dentro de tal marco interpretativo, que el exfiscal Jesús María Rossy alababa como una “doctrina moderna” y “salvadora para la humanidad” (en oposición a la “teoría clásica del delito”)⁷²⁷, los “signos morfológicos” y “caracteres psíquicos” permitían explicar el origen de

⁷²⁵ Ver, por ejemplo, Guillermo Salazar, "Memorial leído en la Asamblea de Jueves y Fiscales por el ilustre juriconsulto D. Juan Hernández López", *BAMPR* VIII, n°75 (1910): 1-4, 4.

⁷²⁶ Resulta difícil saber o atinar cuánta recepción hubo en torno al sistema lombrosiano. Por un lado, Goenaga expresa reservas al respecto, amparándose en los trabajos de Goering y Griffith. No obstante, si bien no parece coincidir con la noción de un criminal nato o tipo, sí parece creer en su heredabilidad. Ver Goenaga, *Antropología*, 310-13.

⁷²⁷ El exfiscal del Tribunal Supremo de Puerto Rico, Jesús María Rossy, en el 1923, aspiraba a que se reconociera que en todo acto criminal había una enfermedad u “origen morboso”, lo cual iba conforme con señalar que lo fisiológico y material determinaba lo psicológico y que todo acto o voluntad contraria al “orden social constituido” debería ser interpretado como el reflejo de algún problema o “anormalidad” en el carácter o morfología de esa “personalidad”. Si bien hubo discusiones similares en torno a la relación entre salud mental y delito, como, por ejemplo, en artículos de Quevedo Báez sobre la medicina forense, la discusión más detallada que he podido encontrar, en donde se integran la criminología (en específico la lombrosiana), la higiene moral y la eugenesia es en *El Libro de Puerto Rico*, en el artículo del exfiscal Jesús María Rossy. No debe olvidarse que los textos de este libro tenían casi una finalidad propagandística, que buscaba promover una imagen ideal del País, por lo cual el texto de Rossy resulta muy sugestivo. Para un ejemplo de una discusión más temprana. Ver Quevedo Báez, “La ciencia ante el crimen (Estudios Médico Legales)”, *BAMPR* I, n°3(1903), 40-41. Ver Rossy, “Criminología”, 750.

la responsabilidad delictiva, entendiéndolo a su vez que el delito era “el resultado de la organización bio-social del individuo⁷²⁸”. Esta interpretación era representada como la alternativa moderna, preventiva y humanista porque que trazaba la genealogía de los delitos a un “origen morbozo” (entiéndase una enfermedad) hereditario que podía ser identificado y, en teoría, tratado y evitado, en vez que injustamente castigado (castigo que, a su vez, resultaba ineficaz). Esta era la aspiración, aún si se desconocían los mecanismos de la herencia, más allá de cálculos y deducciones a partir de un conocimiento mendeliano práctico-agrícola que a nivel de “tratamiento” y “prevención” operaba a través de la lógica de la crianza/*breeding* de animales⁷²⁹. De este modo, el discurso higiénico de la profilaxis social coincidía y complementaba la “profilaxis del delito”, y justificaba, en pro de la “defensa social”, educar y buscar los medios para proteger la “infancia desvalida”. No obstante, como advertía el exfiscal Rossy (casi haciendo eco de Valle Atilés), la educación no podía remediarlo todo ni podía “extirpar” ciertas “organizaciones psíquicas” o “instintos” de un “temperamento anormal”, pero sí podía aminorarlos “hasta hacerlos inofensivos” o incentivar evitar su reproducción⁷³⁰.

Esta argumentación entretenía contradicciones obvias cuando se discutía la responsabilidad sanitaria de los pobres. Los médicos, desde al menos finales del siglo XIX, estaban muy conscientes y señalaban que las autoridades responsables (usualmente las gubernamentales y

⁷²⁸ Rossy, “Criminología”, 754.

⁷²⁹ Esto pudese notarse también en Rossy, quien ve como “tratamiento” y estrategia” el uso de estos cálculos mendelianos y de cruzamiento y crianza de animales. Se aspiraba a ese momento en el cual “se puedan preparar, mejorándolas incomparablemente, las condiciones de mentalidad, y espiritualidad del hijo por la selección de sus progenitores, de la misma manera que en lo físico obtendremos determinados tipos animales mediante calculados cruzamientos”. Ver Rossy, “Criminología”, 752.

⁷³⁰ Rossy no abogará explícitamente sobre medidas eugenésicas (mucho menos las asociadas a la esterilización y al aborto, las cuales eran aún ilegales a nivel de práctica y promulgación), pero las alusiones a la crianza y perfeccionamiento de la especie humana parecieran apuntar a ello, en particular el modo mediante el cual promueve que se pudiese educar a la población para evitar la reproducción de una “infancia desvalida” y tornar “inofensivos” (lo cual puede implicar también “estériles”) a los “irresponsables” que eran incurables. Ver Rossy, “Criminología”, 754.

parcialmente las entidades privadas, incluyendo los profesionales) habían sido negligentes y no habían llevado a cabo las medidas necesarias para organizar, arreglar, “sanear” y “regenerar” los “medios” externos y ambientales (todo aquello vinculado no solo a la “Higiene Pública” sino también a la escolarización y financiación de recursos locales). Como si fuese un juego torpe de “papa caliente”, los argumentos que apuntaban a la ineficacia e irresponsabilidad de las clases y sectores con mayor capital y autoridad (legal, financiera y gubernamental) eran complementados, cuando no sustituidos, con teorizaciones y declaraciones que apuntaban a los déficits y degeneraciones como individuales e “internos”. Estos déficits que venían “de adentro” se asociaban a la moral, la voluntad, la mente y el intelecto de los individuos “pobres”, “defectuosos” e “irresponsables” y a la vez eran entendidos como “gérmenes”/“semillas” que facilitaban/posibilitaban los problemas higiénicos y sociales.

Vale notar como, equívocamente, en esta conceptualización se confunde la pobreza financiera con las carencias, defectos y fallas orgánicas que, por lo general, apuntaban a una anormalidad, debilitamiento, degeneración o enfermedad (y vale que estos conceptos no son idénticos). En otras palabras, aquellos sectores identificados como “pobres” a nivel financiero, eran también identificados como “pobres” a nivel orgánico y, por lo tanto, más “aptos” para regar enfermedades que para remediarlas. Ante circunstancias adversas, el saber médico exigía que los “pobres”, los “defectuosos” y los “irresponsables” optaran voluntariamente por cesar su reproducción (no tanto su existencia inmediata pero sí su futuro). Los irresponsables no eran entonces culpables de su actual condición degenerativa, pero los incurables sí debían aprender a ser “buenos perdedores” y las autoridades, guardianes y otros responsables debían persuadirlos a cooperar con su extinción en términos de tara biológica (en el sentido de no reproducirse más). Si eso no bastase, la retórica de los médicos, aún si bien intencionada, tendía a culpabilizar e infantilizar, en un lenguaje

eufemístico, higienista y eugenésico, al enfermo. Aún aquellos eugenistas optimistas que pensaban que los “medios” podían revertir ciertas degeneraciones orgánicas y morales, insistían que la mejor opción era incentivar mecanismos de selección artificial para así “adaptarse” a la “lucha por la vida/existencia”.

Sea a través de la imagen de los jíbaros migrantes e inadaptados o la de los obreros que vivían hacinados en la urbe, o inclusive la de mujeres cuya precocidad sexual (supuesto producto del hacinamiento, la herencia y un clima tropical) las llevó a la prostitución y la debilidad mental, nos encontramos ante una interpretación y problematización similar: todas estas figuras enfermizas y degeneradas eran “inadaptados” e “irresponsables”. En otras palabras, algunos no lograban adaptarse bien o no estaban destinados al concierto con las demás civilizaciones, culturas y razas que sobrevivirán o pervivirán dentro de la evolutiva “lucha por la existencia”, sea ya por malas herencias, debilidades o, simplemente, por su ignorancia o falta de educación. Una conceptualización pertinente, y que resulta muy ilustrativa, es cómo se definió la “debilidad mental” como un defecto hereditario en la “capacidad intelectual”. Esta definición apuntaba a diversas gradaciones de “inferioridad mental”, desde la debilidad mental o el “idiotismo moral”, o la epilepsia y la demencia hasta la prostitución y el pauperismo⁷³¹. Es preciso que veamos cómo colapsaban, bajo esta concepción de “debilidad/inferioridad mental”, las diferencias entre las enfermedades biológicas/orgánicas, las condiciones socioeconómicas y las conductas consideradas inmorales; y se presumía que compartían una etiología y nosología común asociada al “intelecto” (como criterio para un diagnóstico médico). Este acento en el “intelecto” para evaluar

⁷³¹ Valle Atilés proponía una similitud o parentesco entre una gama diversa de patologías, desde la epilepsia y las locuras orgánicas —que incluía “enfermedades venéreas, alcoholismo, degeneración de los vasos de sangre y traumatismos”—, las manías funcionales —como la melancolía y la demencia precoz—e inclusive el pauperismo. Supuestamente, y esto lo acentúa en el caso del pauperismo, muchos de los que padecían de estas condiciones padecían también de “inferioridad mental”. Valle Atilés, “Eugénica”, 18-19.

la presencia de diversos “defectos mentales” también supuso que existía una relación orgánica entre juicio, moral y responsabilidad.

Por ejemplo, Valle Atilés argüía que la división entre “responsable” e “irresponsable” correspondía orgánicamente con la “capacidad intelectual”⁷³² y las variaciones de inteligencia explicaban, entre otras cosas, por qué ciertos países invasores e inmigrantes tenían éxito⁷³³. Muy a tono con los análisis históricos respecto a cómo la inteligencia fue medicalizada, psicologizada y cuantificada en Europa y Estados Unidos⁷³⁴, encontramos aquí una definición que equipara, de forma equívoca y ambigua, inteligencia con “espíritu”, “habilidad mental” y con las “actividades efectivas de la mente” o con los resultados de pruebas psicométricas (que definían la inteligencia como una aptitud hereditaria)⁷³⁵. Dentro de esta perspectiva, presente no solo en Valle Atilés sino

⁷³² Nos dice Valle Atilés en el 1915 que la “división de las personas a quienes se inculpa de una falta o delito” en “responsable” e “irresponsable” iba de la mano con la armonía respecto con la capacidad intelectual: “Desde la negación total hasta el genio, la degradación es extensa y en armonía con la responsabilidad; que no puede ser estimada sino en relación con el grado de inteligencia de cada individuo”. Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 24-5.

⁷³³ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 25.

⁷³⁴ Para una discusión más en torno a los usos racistas y reduccionistas del concepto de inteligencia en la medicina, la psiquiatría y, en especial, la psicología, ver Steven Jay Gould, *The Mismeasure of Man* (New York: W.W. Norton, 1996): 176-204; Robert J. Sternberg, Elena L. Grigorenko & Kenneth Kidd, “Intelligence, Race, and Genetics”, *American Psychologist* LX, n°1 (2005): 46-59; Richard E. Nisbet, Joshua Aronson, Clancy Blair, William Dickens, James Flynn, Diane F. Halpern, Erick Turkheimer, “Intelligence: New Findings and Theoretical Developments”, *American Psychologists* LXVII, n°2 (2012): 130-159.

⁷³⁵ Muy a tono con el discurso científico de la época, Stahl, en el 1908, asienta el intelecto en el cerebro (en la corteza gris) y considera el “intelecto” como algo integral a eso que llamamos “Espíritu”. En el 1915, Valle Atilés, aludiendo a Charles L. Dana, define la inteligencia como sinónimo con “habilidad mental” y con “las actividades efectivas de la mente; se la sujeta a prueba en el proceso de la educación por la escuela graduada; más tarde en la vida por la eficiencia personal de la persona”. No es raro ver este uso errático y ambiguo que equivale espíritu, mente, intelecto y “eficacia personal” (sea como sea que esto pudiese ser medido empíricamente). Definiciones de inteligencia que fuesen a tono con la psicometría son menos visibles, pero estuvieron presentes en Puerto Rico. Goenaga parece haber hecho uso de la escala Binet-Simon, pero resulta difícil delimitar desde cuándo (hay una mención de su uso, en el 1928, en el caso de una niña menor llamada Felícita Solano, a la cual diagnosticó de “idiota” y en un “estado de completa inercia mental”). De acuerdo con un análisis histórico llevado a cabo por Irma Roca de Torres, solamente alude al uso de la Escala Weschler, y su primera traducción en Puerto Rico en la década de los treinta. Sofía González-Rivera apunta que la Simon-Binet fue traducida por Fred Walters, junto a Malvina L. Monefeld, Alfredo Silva y Mercedes Chiqués para finales de la década de los veinte. No obstante, ambos análisis históricos solo parecen contemplar su uso psicométrico, dejando a un lado sus usos psiquiátricos o de diagnóstico (como hizo Goenaga). A su vez, resulta difícil saber si Goenaga estaba utilizando dicha traducción (recién hecha) o alguna otra adaptación al español. Por ejemplo, otros estudios a nivel histórico ubican traducciones durante este periodo de finales de la década de los veinte (por ejemplo, en Latinoamérica tenemos traducciones al español en el 1928 en Brasil y en Chile, mientras que en Perú se hizo una en el 1912, en Madrid hubo una cerca del 1917 o 1918 y en Barcelona en el 1908). Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 27; Goenaga, *Antropología*, 212; Irma Roca de Torres, “Perspectiva histórica sobre la medición psicológica en Puerto Rico”, *Revista Puertorriqueña de Psicología* XIX (2008): 11-48, 16; Sofía González-

en varios médicos (por ejemplo, Stahl y Goenaga), una falta o déficit intelectual comprometía la voluntad y la capacidad de responsabilidad en el individuo. Tomemos por ejemplo cómo Goenaga, psiquiatra y perito para casos criminales, explicaba la relación entre responsabilidad, voluntad e identidad personal.

Goenaga vinculaba la capacidad de responsabilidad con la conservación de la “identidad personal” (a la cual también llamó “integridad del YO” o la “personalidad psíquica”), la existencia del libre albedrío y la “facultad de querer realizar o no el acto” (o “voluntariedad”)⁷³⁶. Si alguna “enajenación mental” o “estado morbosos” “aniquilaba” la libertad, la “plenitud de consciencia” y/o la voluntariedad, entonces el individuo no era responsable ni imputable por el acto delictivo⁷³⁷. No todas las perturbaciones (orgánicas o mentales) podían provocar ese nivel de suspensión, eliminación o “aniquilación” de la voluntad, la reflexión y la posesión del libre albedrío. Cuando se trataba de imputabilidad criminal resultaba difícil trazar estas distinciones y por eso, se supone, se requería del peritaje de un psiquiatra. Por ejemplo, ciertos ataques epilépticos específicos podían provocar una “locura transitoria” que, según Goenaga, hacía perder el “imperio moral” de los actos (como fue el caso de Juan Castellanos⁷³⁸). Sin embargo, fuera del espacio forense estas distinciones

Rivera, “Ana María O’ Neill y lo ético como tema en la psicología”, *Psicología Latina* IV, n°1 (2013): 1-8, 3; José E. García, “La introducción de la escala de inteligencia de Stanford-Binet en Paraguay”, *Interacciones. Revista de Avances en Psicología* II, n°1 (2016): 65-83; Diego Delgado, “La recepción española de la medida de inteligencia”, *Recherches & éducations*, recuperado el 24 de noviembre de 2019 en <https://journals.openedition.org/recherches-educations/6349>; Annette Mulberguer, Cristina Gómez-González, Alba María Cañas, Michelle Cervantes & Laia Anglada-Llistosella, “Testing the intelligence of Barcelona’s schoolchildren in 1908”, *Revista de Historia de la Psicología* XL, n°1 (2019): 2-11.

⁷³⁶ Ver Goenaga, *Antropología*, 13-14.

⁷³⁷ Goenaga, *Antropología*, 16.

⁷³⁸ Juan Isidoro Castellano (nacido en el 1861) fue atendido en el Manicomio en el 1900 y diagnosticado de padecer de “epilepsia larvada” o “epilepsia psíquica”, la cual era, según Goenaga, “la más terrible o peligrosa de las enajenaciones mentales”. Dicho diagnóstico significaba que el sujeto era técnicamente “no loco”, en tanto y en cuanto estaba “en perfecto goce de sus facultades psíquicas” (era “normal” cuando no tenía los episodios epilépticos), pero durante el acto de homicidio imputado no estuvo en “dominio de sí” y cometió un acto en un “raptos de manía impulsiva” o “raptos de locura epiléptica” que lo había “privado en ciertos momentos del imperio moral de sus actos”. Sin embargo, el asunto era distinto durante un episodio clásico de “Gran Mal” de epilepsia porque no era posible llevar a cabo ninguna acción coordinada. Por lo tanto, cuando en el 1914 Carlos Patrón alegó que cometió sus actos homicidas (estrangular a una mujer y cargar el cadáver para dejarlo abandonado en los rieles de un tren) durante este

eran más imprecisas y ambiguas, y el discurso higienista, que aludía al trío orgánico de sanidad, voluntad y responsabilidad para diferenciar lo sano de lo insano, tendió a responsabilizar a los pobres de reproducir enfermedades degenerativas y con ello impedir la “regeneración” y “adaptación” del País a los supuestos estándares de la “grandes civilizaciones”/“culturas”/“razas superiores”.

La contradicción obvia, de responsabilizar a los irresponsables, se justificaba a través de los argumentos usuales que insistían en como la “educación higiénica” podía gobernar a los ignorantes, persuadiéndolos a cooperar (sea ya, por ejemplo, para traer cajitas con sus excrementos, construir letrinas, criar higiénicamente a los niños y, entre otras cosas, prohibir la procreación de degenerados). Es preciso aclarar que este discurso preventivo aspiraba a “reformular” y “rehabilitar”, pero estas prácticas no lograron articularse debidamente durante este periodo y no será hasta la década de los treinta y cuarenta del siglo XX que veremos en Puerto Rico un discurso que señalaba a que la “regeneración” podía lograrse a través de la “reconstrucción” y la “rehabilitación”. Como iremos viendo en las próximas secciones, las figuras del “irresponsable” y el “inadaptado” (o “mal-adaptado”) nos permiten comprender cómo se resignificaron las figuras del jíbaro, la mujer pobre y el negro. En muchos sentidos, estas figuras fueron definidas como anémicas, débiles y disgénicas. Antes de proseguir, es preciso que veamos cómo esta conceptualización no era empleada exclusivamente por los médicos y existía en la época un discurso higienista preventivo y eugenista que consideraba que el país era enfermizo y mal-adaptado y la mejor solución radicaba en invocar la Voluntad, la cooperación y la asimilación a un saber/clase/raza superior.

tipo de episodio epiléptico, fue encontrado culpable porque, según el peritaje de Goenaga, el individuo estaba “imposibilitado para ejecutar acto alguno”, entiéndase que no podía físicamente “ejercitar acción alguna” durante los periodos convulsivos, de vértigo y contorsiones. En otras palabras, según el alienista, la evidencia demostraba que Patrón estaba mintiendo. Ver Goenaga, *Antropología*, 23-28, 30-31.

C. Figuras anémicas, débiles y disgénicas: el campesino anémico, el débil mental, madres irresponsables y la preservación de lo blanco

La americanización, en los momentos actuales que atraviesa Puerto Rico, es la civilización norte americana y la civilización norteamericana es la libertad. Portorriqueños, yo sé que somos débiles, y la ley general de los pueblos es la lucha por la existencia. Los débiles están llamados a perecer, de modo irreversible, si ven la fuerza y no se apoderan de ella. Esta verdad es necesario que llegue a todos los oídos para que todos sepan a qué atenerse, para que todos, hasta el más pusilánime, se dispongan a lucha; el combate es la vida (...) Es ley general, os repito, que rige a todos los hombres, la lucha por la vida; el que se detiene es el vencido; el que sigue adelante, es el vencedor.

Puertorriqueños, nosotros no estamos preparados para la lucha por la vida porque no hemos atendidos a la salud física. Nuestro tipo no es vigoroso, porque está debilitado por la pereza. Tipos enclenques, débiles y raquíticos, si no triunfamos de nosotros mismos, si viendo la fuerza de que hablé antes de ahora nos resistimos a apoderarnos de ella, la absorción nos llevará de un modo imprescindible, a la derrota y a la muerte y a la desaparición⁷³⁹.

Estas palabras, pronunciadas por el político y abogado Rosendo Matienzo Cintrón en el 1902, en un discurso que algunos, como Coll y Toste consideraban “la primera piedra del gran proyecto de la Unión de Puerto Rico”, nos permiten apreciar que el discurso en torno a la degeneración y a un evolucionismo pensado dentro de la lógica sociodarwinista, no era exclusivo al campo médico⁷⁴⁰. En este discurso podemos ver casi todos los temas que iremos recorriendo en las próximas secciones en torno a las supuestas figuras de debilidad, degeneración y enfermedad que constituían, biológica y racialmente, el supuesto destino del País. Tenemos aquí la imagen de que los puertorriqueños no eran “aptos”, porque carecían de “salud física” y “vigor”, ni tenían las “armas” (como la escolarización) para “luchar por la vida” y competir con otros países⁷⁴¹. El País no tenía las condiciones físicas, intelectuales ni morales debidas y, por lo tanto, era un pueblo

⁷³⁹ Rosendo Matienzo Cintrón, “Discurso del patriota Rosendo Matienzo Cintrón en el teatro municipal de San Juan, en febrero de 1902, y que dio origen a la fundación del bloque unionista (Del Archivo particular de Coll y Toste)”, *Boletín Histórico de Puerto Rico* XI (1924): 17-24, 17.

⁷⁴⁰ Matienzo Cintrón, “Discurso del”, 24.

⁷⁴¹ Matienzo Cintrón, “Discurso del”, 17-18.

“inmoral” que nunca iba a ser “grande” ni “poderoso” como lo era la “raza anglo-sajona”⁷⁴².

Similar al optimismo profesado por Valle Atilés, y por otros médicos (desde Ashford hasta Font y Guillot), vemos cómo Matienzo Cintrón criticaba esa “inferioridad” que abrumaba a los puertorriqueños, y por eso pedía que nos aprovecháramos de esa “tendencia natural de nuestro carácter, dado a la más rápida asimilación”, e imitar a los mejores, lo cual implicaba “americanizarnos”⁷⁴³. Vale notar cómo esta imagen de asimilación como imitación, y con ello integrar orgánicamente los mejores elementos de las razas/culturas/naciones superiores, coincidía con cierto ideal racista del mestizaje, siempre y cuando el elemento hegemónico o dominante fuese el “blanco” o blanco-europeo. Desde esta perspectiva, imitar en el sentido de asimilar era mejor que terminar siendo eliminado o subyugado por otra raza superior, en particular Puerto Rico que era un “pueblo de pálidos, de desorientados, de sonámbulos”⁷⁴⁴. Sin embargo, la “regeneración” debía ser “interior” y ésta “evolución” debía reflejar la capacidad de gobierno propio para que así lograr, en contacto con una “raza superior”, el “desarrollo intelectual y moral” necesario para ser “prósperos y ricos”⁷⁴⁵; y evitar así también ser “instrumentos de otra raza”. Nuevamente, vale notar cómo se confunden y usan de forma equívoca los conceptos de “evolución”, “desarrollo” y “regeneración”, entremezclándose también conceptos biológicos con especulaciones ideológicas -además, de utilizarlos como sinónimos o al menos coetáneos con las nociones de Progreso y Modernidad (tomando como modelos idealizados a Europa y Estados Unidos).

Matienzo Cintrón alude al individualismo y al engrandecimiento propios como parte de lo que

⁷⁴² Matienzo Cintrón, “Discurso del”, 20.

⁷⁴³ Matienzo Cintrón, “Discurso del”, 20-21.

⁷⁴⁴ Dice Matienzo Cintrón: “Este pueblo de pálidos, de desorientados, de sonámbulos, si cree que del cielo han de venir a salvarle, se engaña miserablemente. Es de todo punto indispensable que la regeneración salga de nosotros mismos. Si no hacemos tal evolución seremos anulados en la obra, aniquilados en la empresa, y, lo que es peor, instrumentos de otra raza”. Ver Matienzo Cintrón, “Discurso”, 21.

⁷⁴⁵ Matienzo Cintrón, “Discurso”, 23.

define a una “raza dominadora”, a la vez que criticaba los egoísmos de los políticos y de la política en Puerto Rico. Invoca a su partido y proyecto de “unión” como una excepción, como un modo para preservar la personalidad puertorriqueña⁷⁴⁶. De este modo íbamos, en un futuro, a finalmente “aprender a ser puertorriqueños”, imitando, pero a la vez resistiendo en la lucha contra los superiores⁷⁴⁷. No es raro que esta declaración nos recuerde a la postura del médico apolítico que buscaba hacer política y moralizar y al modo en que algunos médicos historiaban los progresos del americanismo como un primer paso para lograr la ideada autonomía y desarrollo de una medicina con “personalidad” puertorriqueña. En otras palabras, los intelectuales y elites profesionales pedían, de forma muy selectiva y parcial, unión y autonomía (poco importaba si fuese en nombre de anexionismo o de la independencia total), pero esta debía imitar y seguir un modelo designado que iba a servir como una “buena influencia”, como un buen “medio” para finalmente progresar, evolucionar, desenvolverse y/o desarrollarse el País. Los mejores “adaptados”, que eran los que mejor habían “preservado” el elemento europeo “blanco”, podían guiar a las víctimas miserables, pobres, inadaptadas e irresponsables, entre las cuales se destacaban el jíbaro, la mujer ignorante, los débiles mentales y los pobres. Se debía primero rescatar y redimir al elemento más “preservado” y más numeroso, pero más afectado: el jíbaro anémico, débil, pálido y blanco. Y por eso, vale detenernos en cómo se construyó una imagen médica y biopolítica del jíbaro “blanco”.

⁷⁴⁶ Matienzo Cintrón, “Discurso”, 21-22.

⁷⁴⁷ Llegando al final de su discurso, Matienzo Cintrón proclama: “Si no sabemos ser puertorriqueños, debemos aprenderlo pronto (...) Apartemos de una vez de nosotros las miserables cuestiones de personalidad. Puertorriqueños, vosotros estáis plenamente autorizados para decir cara a cara y alto el ademán, a esos partidos políticos: “¡Vosotros no tenéis derecho a sembrar odios, a anular la personalidad puertorriqueña, a colocarnos débilmente frente a la ola avasalladora del Norte, sin fuerzas ni medios para resistirla; a detener, en fin, el carro de la civilización!””. Ver Matienzo Cintrón, “Discurso”, 24.

1. El jíbaro-tipo de Ashford y sus tipificaciones en el discurso médico puertorriqueño

The jíbaro is a type to be well studied before we essay to interest him in bettering his own condition. Many have written of his virtues, many of his defects, but few, even in Porto Rico, have seen through the mist of a pandemic the real man beyond⁷⁴⁸.

Resulta casi inevitable retornar nuevamente a Ashford y su interpretación médico-tropical y clínica del jíbaro, en particular por su modo de “tipificar” al jíbaro como si se tratase de una especie de misterio que solamente la Ciencia pudiese aclarar. Fernando Feliú ha señalado el reduccionismo y la selectividad del lenguaje “científico” de Ashford cuando describía clínicamente a los jíbaros anémicos, dado que mezclaba observaciones cuantitativas con impresiones subjetivas,⁷⁴⁹. Aunque coincidimos con Feliú, es oportuno resaltar aún más cómo el lenguaje utilizado por el afamado médico militar lo biologizó, y con ello supuestamente despejó la “niebla” y descubrió la supuesta identidad verdadera del jíbaro. Asimismo, es importante sacar a Ashford de su halo de excepcionalidad y vincular cómo su narrativa empataba y correspondía con lo que argüían otros médicos puertorriqueños.

Ashford y Gutiérrez Igaravidez definen y significan al jíbaro como una “clase” y “tipo” particular (términos que equívocamente pueden ser interpretados como biológico-taxonómicos o sociológicos) y con esto buscaban aclarar e ir supuestamente más allá de la aludida “niebla” *ç/mist* que escondía al “verdadero hombre” detrás de las tipificaciones anteriores hechas sobre el jíbaro. Los significantes que ellos utilizaron para describir al campesino lo que supuestamente “revelaban” era una imagen muy similar a la presentada por los letrados: una clase pobre,

⁷⁴⁸ Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 12.

⁷⁴⁹ Feliú ha discutido cómo la descripción clínica (entiéndase los casos clínicos reproducidos por Ashford y Igaravidez en su texto del 1912) reducía la interioridad del jíbaro a cuantificaciones y análisis de sangre (con un lenguaje en ocasiones ambiguo que define a través de palabras como “más” o “muchos”) y sus voces a un listado de expresiones breves de denuncias (ej. “Dice que no puede trabajar, “Picos intenso”, “poco apetito”) o de reacciones lentas o de ecolalia. Dichos análisis parecen, nos dice Feliú, “microtextos editados, escritos mirando al pasado a modo de resumen y combinando la evidencia objetiva con apreciaciones subjetivas”. Ver Feliú, “Despejando”, 182-84.

indigente, desposeída, tanto de terreno como del modo de vivir urbano, que era “arisca⁷⁵⁰”, desconfiaba del trato de extraños (todos aquellos que no fueran jíbaros), la “vida del pueblo” y las autoridades⁷⁵¹. ¿Cuál era la diferencia entonces? La supuesta descripción de Ashford y Gutiérrez Igaravidez era científica y no prejuiciada, y en ese sentido evitaba reforzar el estereotipo de que los jíbaros eran naturalmente vagos, perezosos e idiotas. A su vez, su explicación científica apuntaba a que todas esas conductas eran efecto de un parásito y no reflejo fidedigno del jíbaro. Sin embargo, pese a que señalaban estos prejuicios y el trato dado a los jíbaros por parte de las autoridades y la mayoría de los puertorriqueños, sus argumentos simplemente reforzaban muchos de los estereotipos existentes entre los letrados (quienes, recordemos, desde finales del siglo XIX, apuntaban a estos prejuicios y aclaraban que se debía a la anemia).

Resulta llamativo cómo Ashford y Gutiérrez Igaravidez criticaban la infantilización del jíbaro por parte de los (demás) puertorriqueños, a la vez que lo infantilizaban nuevamente y, pese a todo, reproducían los mismos estereotipos que nublaban más que aclaraban el contexto y modo de vivir del campesino. Igualmente, su descripción del jíbaro reforzaba dicha infantilización al caracterizarlos como “obedientes”, “respetuosos” y “temerosos” de la Ley⁷⁵². Vale aclarar que

⁷⁵⁰ Sin decirlo explícitamente, los galenos se refieren a ese significante de “arisco” —que ya retomaremos más adelante con Coll y Toste—, que supuestamente definía, entre otras cosas, el carácter particular y miserable del jíbaro. No obstante, como veremos más adelante, este alejamiento, distanciamiento y “selectividad” del campesino, si bien pudiese parecer un problema, también era laudado por algunos médicos e intelectuales (por ejemplo, Coll y Toste) como lo que había salvado y preservado, casi de forma pura y prístina, el elemento racial y cultural europeo, español y blanco, en los cuerpos de esos jíbaros que vivían aislados en las montañas. Argumento que ya había traído Valle Atilés, desde otro registro, desde finales del siglo XIX cuando proclamaba que las jíbaras blancas no tendían a juntarse con los negros. Ver en el capítulo anterior la nota n°443 en la sección “Lo negro, la raza y la ‘prole’”.

⁷⁵¹ Ashford y Gutiérrez remiten a la etimología del término “jíbaro” (amparándose en Coll y Toste), pero prefieren definirlo por una serie de características que ellos presentan como más precisas (u observacionales), pese a que no digan nada distinto a lo expuesto por los letrados de finales del siglo XIX: “*peasant*”, “*a man whose life is not that of the town and who lacks it culture*”, parte de una clase distintiva y separada de “*country laborer*”, un “*squatter*” que no es dueño de terrenos, con una familia “*truly a poor and miserable one*”. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 12.

⁷⁵² Casi reproduciendo lo ya dicho sobre estos individuos sumisos e infantilizados en el Informe Carroll de finales del siglo XIX, Ashford y Gutierrez declaran que los jíbaros/puertorriqueños son siempre obedientes, respetuosos y temerosos de la ley (“*fearful of the law*”) y nunca desafiaban (“*never defiant*”) a sus superiores. Ver Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 13.

este modo de representar al campesino como un “otro” que es pasivo, sospechoso e ingenioso no es una imagen exclusiva de Puerto Rico, aún si se ha insistido en convertirla casi en una especie de arquetipo, tipo inferior o carácter nacional⁷⁵³.

Ashford y Gutiérrez Igaravidez apuntaban a una distinción, en apariencia inocente y cariñosa, pero infantilizante, que apalabraban “los puertorriqueños” para referirse a “los/sus jíbaros” como si fuesen inferiores; a la vez que los jíbaros aceptaban y se dejaban influenciar por sus compatriotas, a quienes perciben como “educados” y “emancipados”⁷⁵⁴. Inclusive, ellos criticaban que esta infantilización había llevado a que los jíbaros fuesen demasiado dependientes de las autoridades y por eso había que enseñarles a ser “responsables” y a que entendiesen que podían ser mejorados a través de cambios higiénicos⁷⁵⁵. Este énfasis en “educar” al jíbaro recalcaba que la actitud “irresponsable” no era culpa del jíbaro, sino que era efecto del trato infantilizante, “hallazgo” que demostraba que los jíbaros no nacían irresponsables ni ignorantes y sí era posible cambiar sus conductas⁷⁵⁶. Sin embargo, esta imagen del jíbaro como sumiso y obediente resulta muy oportuna y contradice las intenciones de Ashford para elegir hacer su primera campaña en Utuado. Ashford le sugiere al Gobernador Holt que sus métodos de tratamientos podían calmar la

⁷⁵³ Esta forma de representación la encontramos también en Latinoamérica en torno a los campesinos. Ver Ricardo Augusto dos Santos, "El 'Jeca Tatu'. Educación, eugenesia e identidad nacional en Brasil (1914-1947)". En *Políticas del Cuerpo: Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (comps.) (Buenos Aires: Siglo XXI, 2007): 308-320; Brad Lange, "Importing Freud and Lamarek to the Tropics: Arthur Ramos and the transformation of Brazilian racial thought, 1926-1939", *The Americas* LXV, n°1 (2008): 9-34.

⁷⁵⁴ De acuerdo con Ashford y Gutiérrez Igaravidez, la distinción hecha por los puertorriqueños no era severa ni cruel—*"is neither made unkindly nor roughly"*—pero sí era apalabrada—*"Tu eres un jíbaro' is not a term of reproach, but it means, 'You are not in a position to express yourself for you are only a mountaineer'"*. No obstante, dicha distinción convertía/sometía al jíbaro a ser un seguidor obediente —*"the jíbaro follows his educated, emancipated fellow citizen, perfectly satisfied to be guided as the latter sees fit"*—. Resaltando la no crueldad de esta relación, los galenos aclaraban que los puertorriqueños quieren a sus jíbaros —*"All the Porto Ricans people are kindly and they love their 'jíbaros'"*—, aún si los infantilizan —*"nevertheless they treat them as though they were children"*—. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 13.

⁷⁵⁵ Ashford y Gutiérrez Igaravidez comentan que el trato infantilizante y distintivo al jíbaro lo ha hecho demasiado dependiente de las autoridades y lo ha llevado a no asumir responsabilidades —*"He does not care to accept any responsibility for the simple reason that he has always been made to feel that he is not a responsible person"*—. Por por esa razón no bastaba solamente la educación sino persuadirlo —*"convince him that he will be bettered by the change, and he is sharp enough to change then"*—. Ver Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 15

⁷⁵⁶ Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 15.

posibilidad de una revuelta de trabajadores y la influencia de organizaciones políticas con sentimientos “antiamericanistas”⁷⁵⁷.

Dejando a un lado los objetivos ideológicos y políticos de la campaña de Ashford, es preciso acentuar otro objetivo que fue promulgado por el médico militar: sus campañas, que juntaban “educación higiénica” y métodos alopáticos iban a “vitalizar”, “redimir” y “despertar” al jíbaro no solo física sino mental/moralmente. No olvidemos cómo ciertas conductas que fuesen contra “el orden establecido” eran consideradas anormales, degeneradas e irresponsables, por lo tanto, “sanear” al jíbaro implicaba volverlo “normal”, “responsable” y “cooperador” con las autoridades coloniales.

Ashford y Gutiérrez Igaravidez describían clínicamente el intelecto del jíbaro como característicamente “nublado”, plagado y adormilado —“*a drowsy intellect*”—; y estos eran síntomas psicológicos que tendían a manifestarse antes que los típicos síntomas fisiológicos de la uncinariasis⁷⁵⁸. Los galenos describen la expresión de los jíbaros como de desesperanza/inutilidad (equívoco posible en la palabra *hopeless*), característica de síntomas de hipocondriasis y melancolía, que en los casos más severos llevaba a una aparente estupidez densa —“*dense stupidity*”—, con indiferencia a su derredor, falta de ambición y resignados a morir⁷⁵⁹. A continuación, brindamos algunos de los significantes más repetidos para describir los gestos y la apariencia del jíbaro, según aparecen en los informes de las Comisiones de Anemia en Ponce (en 1899 y 1902) y en Utuado (1904), y mediante los cuales se inferían diagnósticos médicos: desanimado (*dull* y *dispirited*), mirada o expresión estúpida, cabizbajo (*cast down*), hipocondriaco, pasivo, sin vida (*lifeless*) y deprimido (*depressed*)⁷⁶⁰. Según las observaciones clínicas de los

⁷⁵⁷ Ver Trujillo, *Modern Colonization*, 93, 181-82

⁷⁵⁸ Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 90

⁷⁵⁹ Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 90.

⁷⁶⁰ En la lista de descripciones hay otras que llaman la atención y, si bien no se repiten mucho, resultan sugestivas, y

galenos, en la mayoría de los casos los jíbaros tendían a la ecolalia y tenían una apariencia drogada y de estupidez que desaparecía una vez eran curados. Por esa razón, recuerdan Ashford y Gutiérrez Igaravidez, se requería paciencia y tacto, lo cual incluía escribirles las instrucciones porque, debido a la enfermedad, tenían afectada, de forma periódica (pero no crónica), la concentración y el recuerdo—“they will beg us to write it down, ‘as I can’t remember the simples thing’, with a silly laugh⁷⁶¹”. En otras palabras, no solo era curable la aparente vagancia física del jíbaro, sino también su aparente vaguedad, estupidez, desatención y, por lo tanto, la debilidad mental y “discapacidad” del jíbaro anémico⁷⁶²; aspecto que muestra esa problemática correspondencia que establecían los médicos entre lo fisiológico y lo moral.

Como ya hemos señalado, varios intelectuales y médicos argüían que la anemia no solo reducía el jornal del trabajador, sino que afectaba la mente⁷⁶³ y la voluntad misma porque “sobrecargaba”

parecen destacar no solo una monotonía, sino que coinciden con los estereotipos negativos del jíbaro como huraño, recluido, fatalista, estúpido y quejoso de su destino: “Deeply suspicious of the doctor and prepedated for the worst; hopeless” “Passive, characteristic, stupid” “very typical facies” “Dull and torpid, always lamenting his poverty and sickness”. No está de más ver el sesgo clasista de los galenos que enmarcan el quejarse de la miseria y pobreza económica como si tal fuese un “síntoma” conductual, casi histérico o idiota. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 91-92.

⁷⁶¹ Llama la atención la necesidad de tener que aclarar que la risa era tonta o boba (*silly*), significantes que tampoco eran ajenos al estereotipo del jíbaro aparentemente estúpido, lento e ignorante, aún si listo. Ver Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 92.

⁷⁶² Por ejemplo, Ashford vinculaba la uncinariasis, pero en términos general las enfermedades, con discapacidad, inatención y falta de voluntad: “las gentes enfermas están incapacitadas para obrar por su propia iniciativa y tienen que ser conducidas al trabajo y que decirles todas las cosas separadamente, varias veces, antes de que puedan entenderlas”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 7.

⁷⁶³ Ashford se ampara también en lo expuesto por otros médicos especializados en enfermedades mentales, para así validar sus observaciones, entre ellos Eliseo Font y Guillot y Francisco Goenaga. Nuevamente, es preciso que notemos como evidentemente ya existía un conocimiento entre los médicos puertorriqueños de los efectos intoxicantes que podían tener ciertos parásitos o enfermedades, el cual reforzaba las observaciones de Ashford y también las nutria. Por ejemplo, Font y Guillot identificaba una serie de psicopatías y “confusiones mentales” causadas por la uncinariasis, las cuales podían llevar, debido a la intoxicación, a pseudomanías y pseudomelancolías (diagnósticos que significaban que una vez removida la intoxicación, la aparente manía y melancolía desaparecía). Había dos tipos de locura causadas por la uncinariasis: en mujeres era la histeria y en los hombres “corea” (el trastorno neurológico cuya genealogía nos lleva a los Bailes de San Vito) con periodos alternados de delirio y alucinaciones. No obstante, dichas locuras eran, por lo general, temporeras si se curaba la uncinariasis. Por ejemplo, Ashford y Gutiérrez Igaravidez aluden a un caso de Goenaga de una mujer en Rio Grande que fue acusada de homicidio, pero absuelta al evidenciarse que padecía uno de estos episodios debido a la uncinariasis. También mencionan un caso atendido por Gutiérrez Igaravidez, que padeció de delirios de persecución y al ser medicado con timol desaparecieron sus síntomas mánicos. Ver Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 93-94.

la inteligencia y debilitaba el ánimo al punto de provocar una actitud de indiferencia, desesperanza e indiferencia⁷⁶⁴. Por ejemplo, Valle Atilés vinculaba la uncinariasis con la “depresión mental” y “moral”, y con la “falta de energía”, mientras que Goenaga lo asociaba a la abulia (aunque prefería el término disbulia o bulastenia⁷⁶⁵), al pesimismo (el cual consideraba una “patología social”) y al “suicidio de la Voluntad”⁷⁶⁶. Aún para finales de la década de los veinte, Ortiz (como Comisionado de Salud) remitía a la uncinariasis como un ejemplo que demostraba como la “actitud mental” (*mental attitude*) podía estar influenciada por enfermedades parasitarias, modificando su carácter llevando a estados de “apatía”, “indolencia” e “indiferencia”⁷⁶⁷. Es preciso notar que esta representación de la conducta patológica del jíbaro no cambió pese a los supuestos éxitos de las campañas contra la uncinariasis. En efecto, esto parecía implicar que tales defectos y estado de inferioridad eran, después de todo, constitutivos del campesino puertorriqueño pobre (sea ya por “herencia” o por los efectos, a largo plazo, del “medio”).

No es este el espacio para analizar las representaciones literarias del jíbaro, por ende, nos limitaremos, a modo de cierre, a un texto de Coll y Toste, publicado en el 1924, en donde el médico e historiador le explicaba a un amigo, en un tono que fluctuaba entre la sátira y el diagnóstico médico-social, por qué los jíbaros eran “ariscos”. La narración de Coll y Toste presenta una lista

⁷⁶⁴ Estos síntomas eran visibles, según Ashford, en las expresiones y gestos del jíbaro, las cuales eran indicativas “de la hipocondría, de la melancolía, sin esperanza”. Inclusive, el galeno aclaraba que en casos graves “ahonda sobre manera la apariencia de la estupidez profunda con indiferencia para todo lo que le rodea y carencia de toda clase de aspiraciones”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 7.

⁷⁶⁵ El término *aboulia* o abulia aparece desde mediados del siglo XIX, y fue un término relativamente popular para designar las “enfermedades de la voluntad”. Algunos alienistas lo consideraban un caso exagerado o extremo de inhibición y otros lo clasificaban como un tipo de manía o locura que afectaba el poder, pero no el querer. Sin embargo, esta clasificación dejó de utilizarse para finales del siglo XIX, o al menos no se consideraba una enfermedad primaria sino algo relativamente remediable al empezar a instaurarse la “psicoterapia” o el “tratamiento moral” (como algunos psiquiatras aún lo llamaban). Lentamente fue perdiendo pertinencia al integrarse otros conceptos similares como pulsión, motivación, obsesión e impulso. No obstante, los términos de disbulia y bulastenia, que tampoco son muy comunes hoy en día, significan técnicamente lo mismo, y parecieran, al menos en el caso de Goenaga, ser términos aceptables para referirse a una condición que hoy en día se consideraría dudosa o ambigua. Ver Berrios, *The History*, 361-364.

⁷⁶⁶ Ver Valle Atilés, “La contribución”, 233; Goenaga, *Antropología*, 14.

⁷⁶⁷ Ortiz, “The Tropics”, 11.

larga de infortunios y causas que recorren el desarrollo del jíbaro, desde “ser engendrados con susto” (productos del rapto de la “novia”) y criados sin casi alimentación y en un estado “delicado de salud” hasta una adultez que ha padecido de suficiente persecución y desconfianza, por parte de las autoridades y los puertorriqueños urbanos, para estar ya “curao de espanto”⁷⁶⁸. Aunque estas explicaciones y representaciones del jíbaro arisco pareciesen ser simpáticas con el jíbaro, en tanto y en cuanto consideraban “razonable” su condición de ser arisco debido a las miserables condiciones del medio (y del trato por las autoridades locales y coloniales), dicha representación simpática y paternalista no era menos infantilizante o patologizante que las que hemos ido discutiendo. El jíbaro era representado tanto como algo “común” y como algo raro, extraño y miserable, digno de compasión, pero que requería igualmente corregirse para el futuro regenerativo de la nación.

Si el jíbaro anémico fue una de las figuras centrales representadas en el discurso preventivo higiénico, tenemos también la figura del “débil mental”, la cual estaba ligada al anémico, en tanto y en cuanto ambas representaban enfermedades debilitantes y que afectaban el intelecto. Sin embargo, también representaban dos destinos distintos y evocaban preocupaciones distintas. Por un lado, teníamos al jíbaro enfermo, vuelto en vago y débil a causa de un parásito, por el otro teníamos a los “pseudo-normales”, en particular los “débiles mentales”, aquellos que parecen normales, pero están enfermos y son incurables. El jíbaro marcaba la posibilidad de que los discursos en torno al Progreso, la Modernidad y la Higiene pudiesen redimir y regenerar a ese futuro ejército de cuerpos robustos, útiles y productivos, mientras que el “débil mental” recordaba a los temores finiseculares de una degeneración prolífica, irreversible e incurable. Ambos problematizaban premisas racialistas y economicistas, en particular la posibilidad de curar ese mal,

⁷⁶⁸ Cayetano Coll y Toste, “Narración histórica—Porqué el jíbaro es arisco?” *Boletín Histórico de Puerto Rico* XI (1924): 159-161, 159-60.

injusto y miserable, que era la pobreza.

2. Pseudo-normales, pobres y débiles mentales

En el 1917 Fred Fleagle, sociólogo estadounidense y entonces el decano de la UPR, provee un listado de remedios por los cuales se podía aliviar la pobreza, ubicando en primer lugar a la educación y al final, en quinto lugar, la eugenesia⁷⁶⁹. A tono con una visión reformista (abogando por más educación y ciertas reformas laborales que evitasen la “irracionalidad” de las luchas obreras) Fleagle consideraba la pobreza un problema que contribuía a la degeneración física y moral, asociándolo a la promiscuidad de las relaciones sexuales (vinculado también a la vivienda)⁷⁷⁰. El pauperismo y la pereza, como ya lo había demostrado Ashford, podían ser efecto de enfermedades orgánicas —creando ese “estado apático que hace del enfermo un perezoso”— y a ello Valle Atilés añadía y aclaraba que, desde este registro de deficiencias orgánicas, la pobreza era usualmente “la consecuencia necesaria de una insuficiencia, hija de la debilidad mental⁷⁷¹”. Igualmente, la “vagabundería” podía ser producto de aquellos niños aparentemente “flojos” que no encajaban en la escuela y eran ignorados porque su degeneración era más psíquica que física. Y, asimismo, podían incluirse en este listado de Valle Atilés a los “extravagantes⁷⁷²”, que se asemejan al “morón”, y podían ser considerados “voluntariosos, díscolos e ingratos”, un “hazme

⁷⁶⁹ Como solución Fleagle apunta a: “*eugenics, by which the physically and mentally unfit, who contribute largely to the pauper class, may be eliminated from society and prevented from propagating a second generation*”. Ver Fleagle, *Social*, 70

⁷⁷⁰ Fleagle consideraba las luchas de la clase obrera y campesina un ejemplo de irracionalidad y muy contrarias a la incidencia baja de conducta criminal del País. Ver Fleagle, *Social*, 90-91, 104; Ileana Rodríguez-Silva, *Silencing Race: Disentangling Blackness, Colonialism, and National Identities in Puerto Rico* (New York: Palgrave Macmillan, 2012), 165, 211-12.

⁷⁷¹ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 33.

⁷⁷² Llama la atención el empleo de este término como si fuese un diagnóstico médico-clínico, recordando que dicha figura del “extravagante” estaba ya presente en la teoría sobre la degeneración de Max Nordau, a finales del siglo XIX, vinculándolo negativamente con la figura del artista. En sí dicha noción se relacionaba a la figura de “los raros”, la cual también aparece en Latinoamérica. Por ejemplo, en Chile puede verse cómo el médico-alienista Florentino Caro, para principios del siglo XX y siguiendo las teorías de Magnan y Morel, asociaba cualquier conducta “rara” o “extravagante”, entiéndase contraria a los valores conservadores respecto a la sexualidad, el trabajo y la moral, con degeneración (desde la masturbación a los poetas extravagantes y escritores ininteligibles). Marcelo Sánchez, “La teoría de la degeneración en Chile (1892-1915)”, *Historia* II, n°47 (2014): 375-400, 388-390.

reír” y de “baja mentalidad” porque “no hacen las cosas nunca derechas” y no podían “adaptarse al medio en que se desenvuelven, como lo hace la mayoría⁷⁷³”.

La figura del “extravagante”, junto a los “pseudo-normales”, no debe ser tomada aquí como una clasificación idiosincrática de Valle Atilés. Dichas figuras y diagnósticos nos permiten ver cuan inclusivas y ambiguas/vagas podían ser estas categorías que asumían que cualquier rareza, anomalía o divagación de una norma idealizada (desde ser “díscolo” o un “hazme reír” hasta una apariencia física percibida como anómala), podía ser considerada una enfermedad degenerativa y hereditaria, incluyendo la pobreza y la mendicidad⁷⁷⁴. No obstante, no bastaba, según Valle Atilés, “ganarse la vida o prestar servicio militar” si se era un “débil mental” que criaba/procreaba una “raza de incapaces”⁷⁷⁵. Los “débiles mentales” van a ser percibidos como un “defecto prolífico”, incapaz de “competir” y de “cumplir con los deberes de la sociedad⁷⁷⁶”, lo cual representaba la tendencia que había entre los pobres e ignorantes a una procreación/reproducción de mala calidad, en oposición a una más “selectiva” e “inteligente”. También era concebida como producto de la precocidad o los excesos de una sexualidad inmoral que a su vez se asociaba a todos los “venenos sociales” y los “problemas sociales”, como la ebriedad, la prostitución, la criminalidad, la mendicidad y la pobreza⁷⁷⁷.

El registro de lo que era una “debilidad mental” era tan amplio que Goenaga lo vinculada con el “desarrollo de todas las psicosis⁷⁷⁸”. Al leer algunos de estos casos clínicos atendidos por

⁷⁷³ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 34.

⁷⁷⁴ Esto sucedió en varios países, entre ellos Colombia durante la primera mitad del siglo XX y a través de un discurso médico asocio locura, peligrosidad y criminalidad con pobreza. Ver Jairo Gutiérrez y Jorge Márquez, “Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública XXXII*, suplº1 (2014): 56-66.

⁷⁷⁵ Valle Atilés, *Un estudio*, 3-4.

⁷⁷⁶ Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 30.

⁷⁷⁷ Ver Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 20, 34.

⁷⁷⁸ Goenaga declaraba que el débil mental, también llamado “débil de espíritu”, era un “terreno muy abonado para el desarrollo de todas las psicosis” y era muy frecuente encontrarlo en aquellos que padecían fobias, delirios perseguidores y episodios impulsivos de robo. Ver Goenaga, *Antropología*, 215.

Goenaga, sorprende la arbitrariedad con la cual se podía distinguir entre un “débil mental” y una persona que tuviese algunos problemas leves o idiosincráticos de aprendizaje y de expresión (o inclusive otros diagnósticos menos graves e irreversibles). En ocasiones, el alienista señalaba, como síntomas, la presencia de “estigmas psíquicos” que apuntaba a ciertas “extravagancias”⁷⁷⁹, la falta de “lógica o crítica”⁷⁸⁰ o de control de impulsos, emociones o voluntariedad. Un ejemplo, según Valle Atilés (muy a tono con Goenaga), de esa inherente falta de control de impulsos, de

⁷⁷⁹ En función de brindar, aunque sea someramente, un ejemplo remitamos a uno de los casos clínicos presentados por Goenaga. En el 1923 Goenaga atiende el caso de Jaime Pujals Murey, de 30 años, moreno y estatura mediana, quien estudió música, tuvo varios oficios, entre ellos Jefe de Carga en el Ferrocarril en Puerto de Plata. En Puerto Rico fue Jefe de ventas en San Juan y llevó a cabo otros trabajos asociados a venta de muebles, gasolina y aceites. Sin embargo, en las evaluaciones de Goenaga, el alienista dice encontrar “estigmas psíquicos” (no encuentra ninguno físico) que reflejaban “alteraciones del carácter en la conciencia del YO tales como vanidad, creencia de la posesión de la verdad, tendencia a la discusión y razonamiento, cierta incongruencia en las conclusiones de sus razonamientos y perturbación ligera emocional con débil tendencia a la hipocondría”. Dichas alteraciones iban acompañadas de afecciones depresivas o “Hiperestesia y Disestesia Psíquica”. Lo que esto significaba era que ciertas discusiones, entre ellas las bromas y burlas de sus compañeros, despertaban en Pujals un “sentimiento de pesar y de ligero anonamamiento (dolor moral)”. En Pujals predominaban, según Goenaga, la “excitabilidad nerviosa con tendencias razonadoras a conclusiones incongruentes, verbosidad exagerada, exaltación del sentimiento y disminución de la afectividad, por todo lo que creen debe clasificarse como un ‘Débil Mental’, de exaltaciones fáciles y disminuida la potencialidad frenadora”. El brinco de síntomas melancólicos, neurasténicos, narcisistas, histéricos, hipocondriacos y algo abúlicos a debilidad mental aparece de forma repentina, y casi injustificada en el análisis de Goenaga. No obstante, Goenaga lo diagnostica “Débil Mental” y como evidencia de ello alude a “una carta del enfermo, que pretendía publicar en los periódicos” que, si bien era escrita de forma clara y firme, “es difusa en el concepto y con cierta incoherencia”

Entiendo, que desde la cama de un sanatorio, no se debe hacer declaraciones, aún sea para poner en claro la verdad, que pongan en entredicho a alguno que otro charlatán; esas cosas las dejan los hombres para cuando están en la calle.

Jamás se asustó la luna por el ladrido de uno o dos perros. Anticipo, sin embargo, para entonces, poner en evidencia, en una forma delicadísima (para ello) el honor de esas hélitres, que con tanta infamia gastan de tanta bajeza. El valor es congénito con la persona y, de consiguiente, no puede hacer gala de él, el que no lo conoció.

Jaime Pujals M.

A los lectores invito a considerar si dicha escritura fuera la equivalente a un individuo que hoy en día fuese diagnóstico con retardo mental (o una discapacidad funcional del intelecto severa). Eso dicho, vale notar que Goenaga, muy a tono con otros alienistas, tendía a considerar a aquellos apegados a la música y al dramatismo como “extravagantes” y por ende degenerados. Ver Goenaga, *Antropología*, 174-178.

⁷⁸⁰ Otro ejemplo clínico curioso lo encontramos en el 1922, cuando Goenaga escribe sobre el caso de Epigenia Rivera. La joven, de 12 años, fue evaluada al acusar de violación a Carlos Rivera. El examen demostraba que la joven era virgen —“poseer el signo físico de virginidad y el pubis carece de vellos”— y fue diagnosticada con “Debilidad Mental”. Goenaga la describe como una “frenasténica” que padece de una psicodisgenesia congénita, dado el desarrollo intelectual insuficiente. La evidencia de esta insuficiencia es que la joven escribe mal y “carece de la lógica y la crítica”, aún si sabe leer, tiene buena retentiva, suma, resta y multiplica. Hoy en día sorprenderse dar la categoría psiquiátrica o psicología de “imbécil”, o lo que en las últimas décadas se ha llamado “retardo mental”, a un individuo que no tiene problemas matemáticos, pero sí “lógicos” y escriba mal (criterios que no son psicométricos ni muy precisos a nivel empírico). Vale recordar que en ningún momento Goenaga emplea aquí pruebas psicométricas (ya existentes) para justificar sus observaciones clínicas. Ver Goenaga, *Antropología*, 169-71.

volición y de las emociones en los “débiles mentales”, se encontraba en los alcohólicos, a quienes varios remedios, desde una “educación general de la voluntad” hasta el uso de multas y castigos, resultaban ineficientes porque se trataba de “seres de mente débil, que no pueden gobernar sus apetitos, o dejar de sucumbir a las condiciones del ambiente que les rodea”⁷⁸¹. Eso dicho, Valle Atilas aclaraba que no todo alcohólico es un “débil mental” o un “irresponsable”, pero toda “persona débil de mente es un alcohólico potencial que sólo espera la ocasión para manifestarse”, además de que el alcoholismo tenía efectos en la descendencia (se procrean débiles mentales o individuos con significativo deterioro mental)⁷⁸².

El brinco de debilidad mental a pobreza y criminalidad era fácilmente justificado por Valle Atilas, al representar al “vago” como una especie de parásito, dependiente e incapaz⁷⁸³, que no podía ser reformado en la cárcel o la escuela y cuyo inherente “daltonismo moral” lo llevaba a actos criminales, irresponsables y precoces (o dados a ofensas sexuales)⁷⁸⁴. Eran, en ese sentido, “ciegos morales” (y ahí la analogía superficial con el daltonismo), y similar al “loco moral”⁷⁸⁵, el

⁷⁸¹ Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 31.

⁷⁸² Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 31

⁷⁸³ El débil mental, dentro del esquema de “la lucha por la existencia”, podía entonces convertirse en perezoso y tener como destino convertirse en criminal o sumisamente “convertirse en un pobre”, que solo puede sobrevivir si la sociedad lo cuida. Valle Atilas lo resume del siguiente modo: “Todo aquel que es incapaz de competir con sus compañeros en la lucha por la existencia, debe, siendo todas las demás circunstancias iguales, convertirse en un pobre. No pudiendo ganarse por sí mismo la vida, tiene que vivir a expensas de los demás; y ya colocado en este terreno, o se puede convertir en un criminal, apropiándose de cualquier medio de lo que no le pertenece, o se somete tranquila y pasivamente a las circunstancias y se convierte en un pobre, que, si no muere de hambre, es porque la sociedad se cuida de él”. ver Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 33.

⁷⁸⁴ Aludiendo a Octavio Bunge, Valle Atilas menciona el “daltonismo moral”, que tenían los débiles mentales y cómo esto los llevaba a la criminalidad. No obstante, aclaraba el galeno, esto no implicaba que “todo criminal sea un irresponsable, irredemible”, pero muchos de ellos sí eran “defectuosos de mentalidad, y por lo tanto irresponsables de sus actos e incapaces de reeducación” en la cárcel. En otro texto posterior (“Digesto Médico”), en el 1916, Valle Atilas mencionará que muchos de los criminales que cometían ofensas sexuales —“incestos, sodomías, abusos carnales sobre niñas, bigamia”— tendían a ser débiles mentales. Ver Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 30-31; Valle Atilas, “Digesto”, 8.

⁷⁸⁵ Además de la aclaración hecha en una nota anterior, vale la pena ver la definición que ofrece Goenaga respecto al “loco moral”, y como tal pudiese considerarse un tipo de “ciego”, asociación que facilitara la aludida categoría que utiliza Valle Atilas de “daltonismo moral” (vía Bunge):

(...) [La locura moral] Ella está caracterizada por la perversión de los afectos o sentimientos, llamada también por Foville, Locura de los Actos sin Delirio Intelectual y Locura Razonadora: es una de las VARIETADES MAS FRECUENTES DE LA DEGENERACION.

idiota y el demente, porque no eran “adaptables a la vida en sociedad” y por lo tanto debían considerarse peligrosos⁷⁸⁶.

La figura del “debilidad mental”, en particular cuando se refería a los “imbéciles” y otros “pseudo-normales”, era troncal a los discursos de higiene social no solo porque era incurable sino por ser relativamente longevo, capaz de reproducirse fácilmente y difícil de identificar a partir de las apariencias. Tenía una longevidad relativa, en tanto y en cuanto era mayor a la del idiota (o del que padece de idiotismo), condición congénita que era incurable, pero afortunadamente (para los eugenistas) tendían a morir jóvenes. No sucedía lo mismo con el imbecil, dado que algunos parecían normales —“gozan de cierto grado de intelectualidad y de afectividad”—, pero eran “incapaces de atención”, tenían una memoria pobre y carecían de ideas abstractas. Por estas razones, los imbeciles eran considerados “la clase más peligrosa, por pasar inadvertida” y porque “se reproducen mucho⁷⁸⁷”. En otras palabras, la figura del débil mental como un pseudonormal representaba uno de los temores principales de los eugenistas: una salud y linaje aparentemente inocentes y sanos que en realidad eran insanos e irreversibles. Estos eran los “débiles” e “inferiores” que se aprovechaban de la caridad de los superiores, y por eso era importante identificarlos y detener su procreación.

3. Figuras disgénicas e irresponsables: las madres irresponsables y su “carga”

La responsabilidad por la procreación de débiles, pseudonormales, débiles mentales, tuberculosos y alcohólicos tendió a adjudicarse no solo al medioambiente sino a la madre como

El loco moral sólo como fenómeno episódico ofrece trastornos intelectuales; su anormalidad radica en los sentimientos e instintos. Desde niño predomina en él la desconfianza, crueldad, egoísmo, apatía, propensión a los vicios e impulsos hacia el mal. Estos individuos son refractarios a todo afecto.

Son verdaderos ciegos morales

Goenaga, *Antropología*, 37.

⁷⁸⁶ Goenaga, *Antropología*, 250

⁷⁸⁷ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 21.

aquel “medio” o “vehículo” ignorante que irresponsablemente permitía la perpetuación y reproducción de degenerados e irresponsables y, por lo tanto, de futuros pobres, criminales y pauperistas. No será raro que, durante las primeras tres décadas del siglo XX, las mujeres sean selectivamente patologizadas y responsabilizadas de la degeneración del País, de ese desgaste o falta de vitalidad que no lograba regenerarse en la prole. El discurso médico preventivo va a ubicar a las mujeres en un lugar ambiguo y contradictorio. Por un lado, reconociéndolas como focos poderosos y necesarios para una regeneración armoniosa, pero por el otro como organismos inherentemente débiles y cuyas energías y saberes debían ser guiados “inteligentemente” para evitar desgastes y futuras degeneraciones. Parte de ese guiar “inteligentemente” era asegurarse que las mujeres no fuesen contra su “Naturaleza”, que era el espacio doméstico y maternal, y por eso se puede notar un sesgo en varios médicos contra las mujeres obreras e involucradas en activismo político.

Este discurso higiénico con sesgos androcentristas utilizaba oportunamente interpretaciones “evolucionistas” para justificar la desigualdad de los sexos (como si fuese equivalente a diferenciación de las especies) y la necesidad de dirigir “inteligentemente” a las mujeres y su función natural, biológica y eugenésica. Tales interpretaciones las vemos no solo en médicos sino también en intelectuales y políticos como José de Diego, para así argüir contra la igualdad de los sexos y reforzar que el “reino” y dominio natural de la mujer era la domesticidad⁷⁸⁸. Este

⁷⁸⁸ Por ejemplo, en el 1909 José de Diego cita a Lamarck, Darwin, Spencer y Haeckel para así justificar que la “diferenciación de las especies” implicaba desigualdad mientras que la adaptación era “perfección” y “progreso”. Consecuente con esto, según lo interpretada de Diego, la igualdad entre los sexos no era algo que correspondiese a nivel orgánico ni a nivel de los medios. La descripción fisiológica y fenotípica que ofrece de Diego, incluyendo la menor densidad encefálica y su mayor simplicidad de las circunvoluciones cerebrales —“todos signos diferenciales del sexo femenino”—, justificaba el particular “imperio” que le había concedido la Naturaleza a la mujer, como “reina” del hogar y no para participar de asuntos políticos (como el derecho a votar). Ver José de Diego, “Discurso pronunciado por el *Speaker* de la Cámara, señor José de Diego contra el proyecto de ley para la emancipación de la mujer”. En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 217-221, 220-221.

guiar/gobernar la función biológica-reproductiva y doméstica de las mujeres se va a presentar como una propuesta higiénica (y por lo tanto objetiva y no ideológica) que selectiva y oportunamente problematizaba los efectos negativos de la Modernidad en las supuestas tradiciones femeninas. Este “sanear” facilitaba una “adaptación” adecuada, controlando así los efectos degenerativos, enervantes y sobreestimulantes de la industrialización. Una figura curiosa que aparece problematizada en algunos discursos higienistas era la “mujer moderna” y en Puerto Rico podemos encontrar sesgos no solo sexistas sino clasistas y anti-obreros.

Por ejemplo, Quevedo Báez en el 1913 aludía a los problemas de la “mujer moderna” que ansiaba por su libertad y no quería “emanciparse del trabajo duro”; sin embargo “aquellas energías que la naturaleza demanda a la mujer” en el periodo de maternidad podían terminar resentidas y entonces la prole “acusará una tara de déficit⁷⁸⁹”. Aunque Quevedo Báez pudiese decir que parte del problema tenía que ver con “los tiempos que vivimos”, de una vida intensa, avasalladora que crea tumultuosas sensaciones y lleva a desequilibrios, todo esto servía para acentuar que existían ciertos organismos que no estaban aptos para adaptarse a la vida moderna⁷⁹⁰. Obviamente, Quevedo Báez no era el único que consideraba a las “mujeres modernas” un problema social (o una parte inherente de los “venenos sociales”), en particular las obreras, las anarquistas y sufragistas. Lo pertinente es notar cómo dicho problema era psicologizado y moralizado, como si se tratase de una frustración, un complejo de inferioridad o una pasión resentida —o un “gallinero” revoltoso dirá una editorial en el 1920⁷⁹¹—, recalándose que las mujeres estaban aspirando a más

⁷⁸⁹ Quevedo Báez, “Dispensario”, 10.

⁷⁹⁰ Quevedo Báez, “Dispensario”, 11.

⁷⁹¹ No es la finalidad de esta disertación entrar en esta discusión ni en proveer un análisis semántico en torno al sexismo de la época. No obstante, en pro de empatar las imágenes evocadas por Quevedo Báez remitimos al siguiente editorial en la *La Democracia*, publicado en el 1920 respecto al “gallinero sufragista”. Este artículo editorial se refería a la “obsesión de ciertas mujeres” por ser iguales al hombre como algo que siempre había existido y con esto aseguraba que no era cierto que “el tiempo y el progreso” hayan despertado estas “ansias de ser igual al hombre”. Consolando a su audiencia, la editorial decía “la mujer de hoy es la misma de siempre. No se podrá encontrar una época en la historia

de lo que podían por Naturaleza. Aún si se podía reconocer que en la Modernidad existían mujeres ejerciendo distintas profesiones, todas ellas a perfección, dicha “perfectibilidad” era un uso excesivo y deformante de energías. Las mujeres verdaderamente “grandiosas”, cuyos dotes fuesen fuera del espacio natural de la Maternidad, eran más la excepción que la regla en términos “evolutivos”⁷⁹².

Esta imagen de desgaste, nerviosismo y degeneración estaba presente desde el siglo XIX y en las teorías coloniales de aclimatación que vinculaban la “vida tropical” con una sexualidad precoz, promiscua, histérica y desgastadora, particularmente en las mujeres⁷⁹³. En Puerto Rico estos argumentos aparecen desde finales del siglo XIX y continúan a principios del XX a través de la imagen de la mujer pálida, anémica y con una “sangre pobre”⁷⁹⁴. Aunque esta imagen anémica de

en que se vea a la mujer resignada y conforme sin la ambición constante de predominar”. Ver Editorial, “El gallinero sufragista”, En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 229-30, 230

⁷⁹² Aprovechando para traer ejemplos fuera del campo de la medicina, y sin la finalidad de ser exhaustivos sino de meramente apuntar a otras instancias, aludimos a un artículo en *Puerto Rico Ilustrado*, del 1926, por Caridad Rubas Cestero:

Nosotras que somos muy tímidas y más débiles, ¿como hacer todo esto? (...) La mujer es hoy día abogada, doctora, farmacéutica, cajera, taquígrafa, telefonista, tenedora de libros, profesora, etc., todo lo desempeña a la perfección, pero si las horas que le quedan libres las dedicara a la política, ¿que sería de esas pobres ciaturas, de ese hogar, dese esposo, de esa madre y de ese padre anciano? (...) Y, en efecto, no es el título de madre la más hermosa recompensa, ¿el más insigne honor a que puede aspirar la mujer? Así lo quiso la Naturaleza cuando modeló su organización física y moral con el fin de la Maternidad: función sublime que honra a la mujer

Ver Caridad Ribas Cestero, “La tendencia feminista”, En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 236-37, 237.

⁷⁹³ Al respecto Ann Stoler ha señalado que en los informes científicos de muchas colonias se destacaba que las mujeres se volvían estériles en el Trópico, además de histéricas y neurasténicas (aspecto que ya retomaremos más adelante). Dichos imaginarios en torno a cómo los Trópicos eran enfermizos reflejaban preocupaciones racistas y colonialistas en torno al supuesto descontrol sexual de los Trópicos y la posibilidad de degeneración racial (en particular si mujeres europeas o estadounidenses terminaban siendo infértiles al mudarse a dichas “calenturas”). Ver Ann Stoler, “Making empire respectable: the politics of sexual morality in 20th century colonial cultures” *American Ethnologist* XVI, n°4 (1989): 634-660, 636, 646, 650.

⁷⁹⁴ Por ejemplo, Meléndez Muñoz señalaba como las campesinas adolescentes, al quedar preñadas terminaban siendo una “madre en plena miseria sanguínea” una “pálida taciturna, de labios amarillentos y de movimientos torpes y pesados que ofrece en su cuerpo terreno propicio para la tuberculosis, la anemia o cualquier enfermedad consuntiva”. Similar a la imagen que había presentado Stahl (y que retomaremos un poco más adelante), Meléndez Muñoz dice que dicha campesina es una “madre de sangre pobre, envejecida prematuramente, aniquilada por una labor constante, superior a sus fuerzas”, lo cual podía dificultar ese objetivo maternal de procrear “raza de hombres sanos y robustos”. Ver Meléndez Muñoz, *El estado*, 65-66.

debilidad y desgaste se asoció a la anemia y a la incidencia de raquitismo y debilidad congénita en los niños, resulta curioso que en los trabajos de Ashford se tiende a representar la anemia como un problema masculino y asociado a la productividad laboral⁷⁹⁵. Probablemente esto refleje parcialmente cómo se invisibilizaba e ignoraba el rol de las obreras y campesinas. Igualmente, la natividad y la fecundidad de las mujeres (aunque sí de los helmintos, hongos y otros microorganismos) no eran fenómenos de interés, como lo eran en estudios demográficos, como los de Stahl de principios del siglo XX y los estudios de mortalidad infantil, a partir de la década de los veinte (como los de Fernós Isern). Los argumentos de Stahl reproducían muchas de las premisas finiseculares que asociaban climas tropicales con inmoralidad, precocidad, fecundidad y desgaste⁷⁹⁶. Stahl describe a las mujeres puertorriqueñas como precoces y que envejecían rápidamente y “marchitaban” su “figura de los años juveniles”, convirtiéndose en “cadáveres deambulantes”⁷⁹⁷.

En la década de los veinte, esta imagen del desgaste maternal e inmoralidad tendió a destacarse cuando se discutían los “venenos sociales”, en particular la tuberculosis y las enfermedades venéreas. Los peligros de la tuberculosis no se debían solamente a su relativa mortandad alta (en comparación con otras enfermedades), sino al hecho de que morían más mujeres, en su mayoría

⁷⁹⁵ Aunque Ashford atendió tanto a hombres como mujeres, hubo una tendencia a destacar más la anemia como un problema que afectaba la productibilidad y el trabajo de los hombres en los cafetales. Sin embargo, cuando leemos los textos de Ashford hay menciones de mujeres (en particular en el texto con Gutiérrez Igaravidez). Por ejemplo, Ashford y Gutiérrez Igaravidez van a señalar que los hijos de madres anémicas tendían a ser raquíuticos y eran poco resistentes a enfermedad y adversidades. Las muertes de mujeres anémicas pariendo no eran frecuentes como se suponía (aún si los galenos no precisan numéricamente estas cifras). Las lavanderas y las mujeres limpiando domésticamente en los lagos también tendían a contractar uncinariasis. Según los autores, era también conocido que las mujeres trabajaban en los cafetales y terminaban siendo infectadas. Pese a estas menciones, la tendencia en la narrativa de los textos de Ashford fue resaltar al campesino masculino. Resulta llamativo que en los análisis estadísticos no se tendiese a destacar género, como se tendió a hacer con las categorías de edad y raza. Sin embargo, da la impresión al leer los datos que presentan Ashford y Gutiérrez Igaravidez, que la cantidad de mujeres era considerable, y tendían a ser entre las edades de 10 y 30 años (al igual que los hombres). Ver Ashford & Gutiérrez Igaravidez, *Uncinariasis*, 42, 55, 129, 167-68, 232.

⁷⁹⁶ Ver Stahl, “Fecundidad de la mujer en Puerto-Rico III” *BAMPR* I, n°4(1903), 49-51, 50-51.

⁷⁹⁷ Ver Stahl, “Fecundidad, II”, 34.

jóvenes (y por ende en edad reproductiva), que hombres⁷⁹⁸. Durante este periodo no se hizo una investigación empírica que buscara explicar esta tendencia. No obstante, eso no quitó que se ofreciesen explicaciones y especulaciones de carácter higienista y moralista. Entre las explicaciones ofrecidas estaba que las mujeres vivían encerradas y tendían a ser las cuidadoras de los familiares tuberculosos⁷⁹⁹. También se apuntaba a los “lazos ilegítimos” y como las madres jóvenes tendían a ser abandonadas, en un estado precario económicamente⁸⁰⁰. El dilema con estas explicaciones no era simplemente su veracidad, sino que estas explicaciones obviaban que una causa pertinente eran las condiciones laborales insalubres de las mujeres en la industria de la aguja y en el despallado de tabaco⁸⁰¹. Aquí también y nuevamente se perdía de perspectiva que las condiciones de desigualdad social eran una de las causas relevantes a resolver y se optaba por responsabilizar al individuo o limitar su reproducción.

Como ya hemos mencionado, si bien no había oficialmente un certificado prenupcial para evitar el casamiento entre “degenerados”, con la excepción de la lepra, sí estaba la preocupación y promulgación de proponer métodos de aislamiento para enfermos contagiosos y prohibir su casamiento, en particular la tuberculosis, la sífilis, la gonorrea⁸⁰² e incluso el alcoholismo⁸⁰³. Igual que Valle Atilas, aún si era menos explícito en sus convicciones eugenésicas, Lanauze promulgaba que el gobierno le enseñase gratuitamente a la mujer a controlar “prudentemente y científicamente

⁷⁹⁸ En las estadísticas analizadas a través de la década de los veinte morían más mujeres que hombres de tuberculosis en Puerto Rico, dato que contrastaba con el contexto estadounidense. Ver Rodríguez Pastor, “Epidemiology of”, 440-441.

⁷⁹⁹ Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 438.

⁸⁰⁰ Rodríguez Pastor, “Epidemiology”, 438-39.

⁸⁰¹ Lebrón-Rivera, “Un acercamiento”, 3, 5.

⁸⁰² En el 1907 Perea Fajardo, trazando la analogía con la cuarentena, urgía que se buscara la forma de aislar al hombre o mujer contagiado con una enfermedad venérea, a quienes se le permitía que esparciesen “la muerte ó destrucción á su completa libertad”. Por eso, según el galeno, era importante el “reconocimiento médico antes de conceder el permiso del matrimonio”, similar a como ya se hacía con el “casamiento de tuberculosos y degenerados” en los Estados Unidos. Ver Perea Fajardo, “Un aspecto”, 299-300.

⁸⁰³ A tono con otras notas y citas, favor ver Panigua, “Apuntes médico-sociales”, 27-28; Quevedo Báez, “La Mortalidad Infantil”, 9; Quevedo Báez, “Dispensario”, 9; Quevedo Báez, “Medios II”, 154; Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 39.

el número de hijos”, para que así dichas mujeres evitasen ser víctimas y cometer un “aborto criminal”⁸⁰⁴. Lanauze, en un tono similar al de Quevedo Báez y Valle Atilés, buscaba salvar, realzar, preservar y gobernar la función “natural” y potencialmente eugenésica de la mujer, responsabilizándola a su vez del destino de regeneración y perfeccionamiento de la raza —“crear una raza de niños nacidos y sanos”⁸⁰⁵— a través de una “procreación prudencial” y de una “vida matrimonial inteligente, noble y espiritual”, no guiada por el “capricho” y el “instinto”⁸⁰⁶. Esto incluía reducir también esas “interminable proles de nuestros jíbaros”, que eran las familias “menos preparadas para propagar la especie” dado que procreaban hijos “subnormales y mentalmente débiles”⁸⁰⁷; y en ese sentido su migración a la urbe resultaba siendo una herencia fatal⁸⁰⁸. Lanauze, similar a Valle Atilés y Fernós Isern, presenta la imagen de un país “sobrecargado”, advirtiendo que la “carga de mantener todos esos indeseables” caía sobre los “hombres de los elementos sanos de la nación” y los recursos que deberían “usarse para elevar el nivel de nuestra civilización” eran “malgastados necesariamente en el mantenimiento de aquellos que la degradan y envilecen”⁸⁰⁹.

Estos argumentos no solo reflejaban sesgos clasistas que en un tono humanista y paternalista responsabilizaban al “irresponsable” de la degeneración del país, sino también racistas. Los eugenistas y neomaltusianos utilizaban el concepto raza para impulsar una imagen idealizada de blanqueamiento, de clase y de “educación” / “cultura”. Su uso aparentemente biológico, que confundía raza y especie, parecía promulgar simplemente la existencia de organismos “sanos” y

⁸⁰⁴ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 6, 13.

⁸⁰⁵ Ver Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 14.

⁸⁰⁶ Ver Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 58-61.

⁸⁰⁷ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 13.

⁸⁰⁸ Según Lanauze, se trataba de una generación rural destinada, antes de nacer a “pasar inútilmente por la vida, víctima de sí misma, de la herencia fatal que le legaron sus progenitores”. Ver Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 8.

⁸⁰⁹ Huigens, Bernstein y Lanauze, *El mal*, 8, 13.

“útiles”, independientemente de identidades raciales y sexuales. Desde esta perspectiva, era simplemente un dato objetivo que tales razas sanas tendían a estar asociadas a las naciones y culturas que se identificaban como de raza blanca, masculinas y capitalistas. A esto hay que añadir que el racismo en Puerto Rico tiene dinámicas particulares que eclipsan su visibilidad. Una de ellas era la premisa, presente en Stahl, de que la raza blanca era más fecunda que la raza negra⁸¹⁰. La raza negra era vista de esta forma como la más estéril, inestable e incluso, según Valle Atilés, la que tenía la pasión sexual más violenta (y un poder mental común menor que a la raza blanca)⁸¹¹. Como veremos próximamente, el racismo puertorriqueño operaba a través del deseo de que el elemento negro, al igual que los demás elementos degenerados, desapareciera por medios no coercitivos o fuese asimilado a través de cruzamientos inteligentes (entiéndase, que “blanquearan”).

4. Figuras de blanqueamiento: el jíbaro blanco y el mestizo como vehículos para la absorción y desaparición del elemento negro

Stahl, dándole continuación a su estudio del 1895, remite a las “leyes fundamentales de la naturaleza”, a la “Fisiología tropical” e “Higiene tropical” para referirse a cómo variaba la fisiología de la fecundidad de la mujer de acuerdo con la raza, en particular en la “forma de infinitos cruzamientos” que van desde la más “pura blanca europea inmigrada” hasta la “cobriza india

⁸¹⁰ Según el estudio de Stahl, la mayoría de las mujeres parían entre 1 y 4 hijos (alrededor de 45% de las entrevistadas) y la más fecunda era la blanca y la “menos estéril” la “negra nativa”; sin embargo, el “tipo negro nativo” era el “menos aventajado en fecundidad. Stahl no se detiene a explicar esta desventaja del “tipo negro nativo”, y esto era muy propio de las teorías racialistas de la época y de sus ideales de la asimilación del elemento negro al blanco. Entiéndase que este énfasis en fecundidades diferenciadas va a ser importante para justificar que en Puerto Rico el elemento blanco iba a absorber el negro. Ver Stahl, “Fecundidad, III”, 51; Agustín Stahl, “Fecundidad de la mujer en Puerto Rico VI”, *BAMPR* I, n°10 (1903): 145-47, 145-46.

⁸¹¹ En su estudio sobre la prostitución, Valle Atilés contabiliza y divide a las prostitutas entrevistadas en blancas y negras. Contabilizó que 70 eran blancas y 98 “de origen negro”. La mayor proporción negra iba conforme, según el galeno, con la “opinión de que la pasión sexual es más violenta en la raza de color, y que este exceso impetuoso se relaciona con el poder mental, estimado en común”. Ver Valle Atilés, *Un estudio*, 3.

indígena” y el “negro africano importado”⁸¹². Los “tipos actuales” eran el cruzamiento de estas tres razas, cuya clasificación resultaba difícil o casi imposible de traducir⁸¹³ a los datos de la estadística, y para ello Stahl utiliza un sistema de diferencia de colores: blanco, mulato claro, mulato oscuro y negro nativo⁸¹⁴. Lo curioso de esta clasificación, además de que equivale etnia (reducida a “tipos”) a la percepción visual de colores (o “colorismo”⁸¹⁵) y esta a una supuesta taxonomía científica y biológica, es la insistencia en demostrar que existió y existe el “blanco” como un “tipo” real y que proviene de los españoles que colonizaron el País. La “tipología” de Stahl no hace más que reforzar lo señalado por Valle Atilas a finales del siglo XIX: tras mayor es la afinidad percibida con el europeo, más “blanqueado” y mejores son las cualidades de dicho “tipo”, y más altas son las probabilidades de superación cultural.

El dato que ofrece Stahl respecto a la mayor fecundidad en las mujeres blancas (y menor en las negras) pudiese verse como cónsono parcialmente con las teorías evolucionistas y eugenésicas que señalaban una menor fecundidad en aquellas razas mezcladas en oposición a las “puras” (como

⁸¹² Agustín Stahl, “La fecundidad de la mujer en Puerto-Rico I” *BAMPR* 1, n°2 (1903), 19-21, 19-20.

⁸¹³ Aunque Stahl admitía que era casi imposible clasificar estos “tipos”, opta por hacerlo. Ver Stahl, “Fecundidad de la mujer en Puerto Rico V”, *BAMPR* I, n°6(1903), 81-83, 81.

⁸¹⁴ Stahl, “Fecundidad de, I”, 20.

⁸¹⁵ Entre los sistemas de clasificación racial, tenemos en algunos países un énfasis en la percepción visual, siempre socialmente significada, para discernir diferencias en “negritud”, mestizaje o “mezclas” a partir de gradaciones de color. Dichos sistemas no son homogéneos y varían de acuerdo con el país y la época. En ese sentido, el “colorismo” en Latinoamérica va a variar, bajo nociones como la “pigmentocracia” y la “democracia racial” en Brasil, México o Chile (cada cual con su respectiva apropiación). Este “colorismo” es distinto al de Estados Unidos, en particular bajo su lógica de *one drop of blood* y a través de las Leyes de Jim Crow. No obstante, si nos permitimos las simplificaciones estos “colorismos” sí comparten cierta idealización de lo “blanco”, sea para conservar su pureza o como un modo de “limpiar la raza” o “mejorarla” (incentivando las inmigraciones de cierta razas percibidas como superiores y mejores), y como un supuesto elemento real y constitutivo de las supuestas civilizaciones o culturas superiores. Ver también Robert L. Reece, “Genesis of U.S. Colorism and Skin Tone Stratification: Slavery, Freedom and Mulatto-Black Occupational Inequality in the Late 19th Century”, *Review of Black Economy* XLV, n°1 (2018): 3-21; Cristina Cháez-Ortega, “Causas de la discriminación racial en Latinoamérica: Reflexión teórica desde algunos conceptos sociales”, *ESPOL* XXVIO, n°2 (2014): 105-21; Gonzalo Portocarrero, “La utopía del blanqueamiento y la lucha por el mestizaje”, En *Hegemonía cultural y Política de la diferencia* Alejandro Grimson & Karina Bidaseca (coords) (Buenos Aires: Clasco, 2013), 165-200.

la europea blanca)⁸¹⁶, aspecto que se evidenciaba supuestamente en las mulatas⁸¹⁷. Sin embargo, no encontramos en los médicos puertorriqueños una problematización del mestizaje centrada en la preocupación de que los cruzamientos llevaran a desarmonías fisiológicas y cognitivas irreversibles y a una progenie enfermiza e inútil, como sí sucedió con los eugenistas estadounidenses (por ejemplo, Edward East y el estudio de Jamaica de Charles Davenport⁸¹⁸) y algunos eugenistas europeos (por ejemplo, Jon Mjoen con los samis⁸¹⁹).

Por un lado, vale recordar que aún en Estados Unidos los eugenistas no se centraron tanto en

⁸¹⁶ Darwin había apuntado a que la presencia de esterilidad entre dos grupos o razas podía ser un indicador de que se trataba de especies distintas. No obstante, Darwin tendió a interpretar la descendencia humana en términos de monogenismo (que la evolución humana descendía de una sola especie). Aún así, Darwin sí señaló, muy brevemente, que existían diferencias físicas y mentales entre las diversas razas humanas, o inclusive consideró que algunas habían evolucionado menos que otras (por ejemplo, señaló que los negros de su época eran idénticos a los de Egipto, hace 4,000 años). Inclusive Darwin consideró que las “culturas primitivas” que existían en algunos países eran el eslabón entre los humanos modernos (los europeos) y los primates, y por lo tanto dichas culturas eran “inferiores” a las europeas. En Estados Unidos algunos defensores del sistema esclavista argüían, al menos desde el siglo XIX y utilizando el caso de la mula, que el mestizaje, entendido como una hibridez o *miscegenation*, afectaba la futura fecundidad y preservación de la raza. Esto puede verse en los poligenistas que veían a los negros o afrodescendientes como una especie distinta e inferior a la blanca o europea. Dicha interpretación, en parte, era una de las justificaciones (además de algunas interpretaciones teológicas) para las leyes en Estados Unidos contra la interacción y procreación entre blancos y negros. Sea ya interpretando parcialmente a Darwin o asumiendo la postura poligenista, encontramos esa noción de que ciertas razas inferiores tenían problemas reproduciéndose o, que su mezcla con otras más puras podía terminar en detrimento para la raza superior. Igual, se podía argüir, sin temor a mayor contradicción, que aquellas razas inferiores eran más prolíficas (hipersexuadas o animalizadas en torno a su sexualidad) aún si inestables o destinadas a ser exterminadas a no ser capaces de “competir” con la raza superior. Ver Keith E. Sealing, “Blood will tell: Scientific racism and legal prohibitions against miscegenation”, *Michigan Journal of Race and Law* V, n°2 (2000): 559-609, 562-63, 583-84; B.R. Hergenhahn, & Tacy B. Henley, “Evolution and Individual Differences”, en B.R. Hergenhahn & Tracy B. Henley, *An Introduction to the History of Psychology* (Belmont: Wadsworth, 2014), 279-319, 287.

⁸¹⁷ Stahl señalaba que la “mulata clara” era la más estéril, aún si era casi la más fecunda (después de la mujer blanca), señalando además que va “descendiendo la fecundidad á medida que obscurece el color, hasta llegar en la negra á su grado mínimo”. Ver Stahl, “Fecundidad de, VI”, 146.

⁸¹⁸ Por Ejemplo, tenemos el estudio del 1926 (publicado en el 1929) de Davenport sobre *race crossing* en Jamaica, en donde enfatizó el problema de la inferioridad de los rasgos mentales y morales en los negros y los “híbridos”, en su mayoría considerados incompetentes e inferiores (solamente superiores en algunas “habilidades sensoriales”, como la música y el dibujo) a los de raza blanca pura. Ver Farber, *Mixing Races*, 37-39; Vanderlei Sebastião de Souza, “Science and miscegenation in the early twentieth century: Edgard Roquette-Pinto’s debates and controversies with US physical anthropology”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, XXIII, n°3 (2016): 1-17, 6-7

⁸¹⁹ Tenemos, por ejemplo, los estudios eugenistas de Jon Mjoen en Noruega, hechos en la década de los veinte del siglo XX. En tales estudios se problematizaba los “cruzamientos” entre los noruegos y los samis, y Mjoen buscó demostrar cómo la progenie de esta “mezcla” era supuestamente “desproporcionada” y más vulnerables a ciertas enfermedades (como diabetes y tuberculosis) debido a sus “constituciones caóticas”. Ver Paul Lawrence Farber, *Mixing Races. From Scientific Racism to Modern Evolutionary Ideas* (Baltimore: John Hopkins University Press, 2011), 33-36.

el problema del mestizaje o el cruzamiento de razas. Esto no se debe a que tal tema o fenómeno no fuese pertinente ni porque ideológicamente dichos eugenistas fuesen más tolerantes o inclusivos, sino, como apunta el historiador Paul Lawrence Farber, porque era ilegal y existían ya razonamientos y justificaciones que se oponían a ello. Por eso los eugenistas, tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico destacaban más los peligros de la debilidad mental, en particular entre la raza blanca, y otras enfermedades que fuesen degenerativas⁸²⁰. En otras palabras, los eugenistas puertorriqueños, de manera similar a los estadounidenses, estaban preocupados en evitar la degeneración del elemento blanco. Por el otro lado, la imagen de un mestizaje irreversiblemente degenerado, auspiciada por la eugenesia anglosajona y parcialmente la europea (en particular la eugenesia negativa) desacreditaba las capacidades que la elite criolla y profesional puertorriqueña estimaba poseer para guiar la regeneración del País. A su vez, esta elite criolla y profesional presumía la eventual desaparición natural, a través del mestizaje, del elemento negro.

Tomemos, por ejemplo, cómo Fleagle, en el 1917, problematizaba la “mezcla de razas” (*race mixing*) en las familias urbanas puertorriqueñas, como un asunto que debía resolverse⁸²¹. El sociólogo estadounidense era consciente que el problema del “*Race Question*” era más difícil en Puerto Rico que en Estados Unidos porque tales “mezclas” eran visibles y existían en la organización de las familias. La solución propuesta era dejar que la tendencia biológica de estas “mezclas” continuase porque naturalmente iban a reproducir menos progenie y esto iba a llevar a que los negros fuesen biológicamente asimilados por los blancos o eliminados debido a enfermedades⁸²². Sea por eliminación o un debilitamiento de las razas que llevaban a su fin (por

⁸²⁰ Como bien lo resume Paul Lawrence Farber, respecto al caso de Estados Unidos, y de las primeras décadas de las publicaciones e investigaciones eugenésicas: “eugenic literature focused more on the problem of feeble-mindedness in white populations and the threat of immigration from “inferior European countries than on race mixing of “Negoes” and “Causasians”, not because eugenists approved of such alliances, but because social and legal, forces already discouraged such mixing”. Ver Farber, *Mixing Races*, 32.

⁸²¹ Fleagle, *Social*, 35; ver también Rodríguez Silva, *Silencing*, 211.

⁸²² Fleagle cita el caso de Brasil, se esperaba que el elemento negro iba a desaparecer gradualmente, asimilados por

ejemplo, Fleagle señalaba que las razas mulatas eran más fecundas, pero menos longevas⁸²³), esta tendencia también iba a reducir la natalidad del País y resolver el problema de la sobrepoblación.

El destino eugenésico propuesto por Fleagle no es muy distinto al propuesto por los médicos puertorriqueños: el elemento negro iba a ser asimilado no por medios coercitivos sino por la Naturaleza. Pero, para que dicha asimilación fuese posible, era necesario salvar al jíbaro blanco, y para esto era necesario primero comprobar que en Puerto Rico dicho “tipo” había pervivido y existía aún inalterado por los cruzamientos. Para entender esto, vale detenernos en cómo Stahl, a través de la imagen del campesino de la montaña, recalcó que la ascendencia de los criollos, en particular de la mayoría de los habitantes del país, era española y, por consiguiente, de una raza europea y blanca. Argumentos similares van a repetirse en otros intelectuales, como Mariano Abril y Miguel Meléndez Muñoz, y médicos, como Valle Atilés y Coll y Toste, destacando las virtudes del mestizaje y distanciándose del mito de las razas puras y superiores, pero insistiendo a la vez en una genealogía blanca y europea. Este distanciamiento era para insistir en la “regeneración” y en la posibilidad de “mejorar la raza” en oposición a las posturas puristas que asumían que las diferencias raciales eran fijas. Esto explica la obsesión con insistir que, desde la colonización, llegaron españoles “blancos” o “caucásicos” (y no árabes), con una “sangre caucásica” reforzada por otros europeos a través de la Cédula de Gracias; y estos europeos, a su vez, como decía Stahl, facilitaron adelantos tecnológicos y políticos⁸²⁴. A su vez, Stahl aclaraba, muy a tono con lo que ya vimos con Valle Atilés en el capítulo anterior, que la raza blanca tiende aparearse con los suyos para conservar la raza blanca y no con la “sangre mezclada”,⁸²⁵ logrando así reproducir “tipos

los blancos o por enfermedad. Ver Fleagle, *Social*, 35-36.

⁸²³ A diferencia de Stahl, Fleagle señalaba que las más fecundas eran las mulatas, pero tenían menos longevidad, siendo los más longevos los negros, seguidos por los blancos (un orden inverso entre longevidad y fecundidad). Ver Fleagle, *Social*, 136

⁸²⁴ Stahl, “Fecundidad de, V”, 82.

⁸²⁵ Stahl se opone a la interpretación de Varigny y Nielly, quienes señalaban que “rara vez las hijas de las familias blancas se unen á europeos, sino con los nativos de sangre mezclada”, y con ello “desaparece su tipo puro europeo”.

robustos”, “aptos para la vida” y de “mejores condiciones etnológicas, aventajados en las condiciones reproductoras⁸²⁶”.

En el 1916, Miguel Meléndez Muñoz remitía a las “Leyes de Colajanni” de los “factores internos” para justificar que la condición actual del campesino podía mejorar en términos biológicos y raciales a través de reformas sociales⁸²⁷. La referencia a Colajanni no es en vano y coincide con ese particular racialismo que buscaba defender la latinidad ante su denigración en los teóricos anglosajones y alemanes⁸²⁸. Sin embargo, estas teorías racialistas y eugenistas

Estos autores también proponían que los españoles que llegaron a Puerto Rico eran árabes (o de “sangre árabe”), lo que no simpatizó mucho a Stahl. No he podido localizar el texto de estos autores al que alude Stahl en su análisis (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). No obstante, es posible que Stahl esté aludiendo a la obra editada por Amédée Dechambre (el editor principal), y las partes citadas sean secciones de dicho diccionario enciclopédico (el cual contiene múltiples entradas, cada una con aportaciones de médicos). Entre los que aparecen citados está Varigny y Nielly (que al parecer pudiesen ser Heny Crosnier de Varigny y Maurice Nielly). Eso dicho, una búsqueda en la biblioteca digital francesa Gallica, que tiene accesible a dicho diccionario no ha producido resultados que nos permitan confirmar esto (ver <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k312320>). Ver Stahl, “Fecundidad de, V”, 83.

⁸²⁶ Ver Stahl, “Fecundidad de, V”, 83.

⁸²⁷ Por el momento desconozco si Colajanni realmente postuló “leyes” o más unas tendencias en torno a los factores sociológicos que influían en el crimen y otros problemas sociales. Napoleón Colajanni (1847-1921) fue un jurista y sociólogo italiano que expuso una crítica al positivismo y biologicismo lombrosiano (originalmente un discípulo de Lombroso, que decide separarse de esta particular escuela de pensamiento criminológico) por sobrevalorar los aspectos físicos y menospreciar los sociales (el “ambiente social”), en particular lo económico. Colajanni argüía que cuanto mayor distribución de riquezas, menos iba a ser la criminalidad. No obstante, eso no quitaba que Colajanni pensase que se podían heredar “atavismos” a nivel moral o tener “herencias psíquicas” que llevasen a atrasos a nivel evolutivo. En este sentido, la miseria y lo económico era lo que influía en la prostitución, la vagancia, la guerra, el alcoholismo y los delitos. En torno al concepto raza, su ensayo del 1898, *Per la raza maledetta* (“Por la raza maldita”), señalaba los problemas respecto a las categorías antropométricas y como tales apuntaban a la supuesta incidencia de mayor criminalidad en el sur de Italia debido a su inferioridad racial. Igualmente, criticó aquellas teorías sobre “superhombres” y “razas superiores” como teorías que optaban por la destrucción de las razas en vez de su reformación. Por ende, la alusión a Colajanni, por parte de Meléndez Muñoz resulta muy sugestiva y demuestra cómo podía haber posturas que resaltasen los “medios” sociales, a la vez que reforzaban ciertos prejuicios en torno a razas identificadas como inferiores. Ver Rodríguez Manzanera, *Criminología*, 327, 331-332; Michel Hysseune, *Modernity and Secession: The Social Sciences and the Political Discourse of the Lega nord in Italy* (New York: Oxford, 2006), 52-53.

⁸²⁸ Meléndez Muñoz afirma que Colajanni argüía que los representantes del *Homo Europeaous*, del *Homo Alpinus* y del *Homo Mediterraneaus* eran las “altas cimas de la civilización del tiempo en que florecen”. Vale notar que aquí lo que se busca es equivaler a tres supuestas “razas” europeas, en ocasiones vistas como sub-razas de la caucásica, y demostrar que eran en realidad una o la misma (la blanca o caucásica). Esta división entre razas alpinas, mediterráneas y cualquier otra percibida como blanca (la nórdica, el teutón, la caucásica o la aria) la encontramos desde finales del siglo XIX en autores racistas como William Z. Ripley y otros que defendían al “nordicismo” (como Houston Steward Chamberlain y Vacher de Lapouge, quien añade a esta lista la “raza aria”). Dichas interpretaciones estaban influidas por el trabajo de Arturo de Gobineau y apelaron a muchos de los eugenistas estadounidenses y latinoamericanos (por razones distintas). Para los autores latinoamericanos y del caribe hispano resultó necesario destacar que la “raza latina” o la “raza mediterránea” no era inferior a la caucásica, la nórdica o la aria, o a lo sumo que dichas divisiones resultaban problemáticas o míticas. Eso dicho, sí trazaban una distinción entre los criollos y los mestizos que estuviesen más

reflejaban un tipo de esencialismo muy a tono con el racismo cultural⁸²⁹, en donde la imitación de cierta cultura o de sus valores, a través de reformas sociales y educativas, era la clave para supuestamente “evolucionar” y “progresar”⁸³⁰. La “herencia directa” provenía de esa “raza conquistadora” que había logrado un proceso de asimilación y los primeros cimientos de la sociedad actual⁸³¹. Eso no quitaba la presencia y relevancia de los “cruzamientos” con los esclavos, pero la supuesta esencia cultural del País continuaba siendo la raza conquistadora⁸³², la cual debía mejorar y preservarse a través de los medios adecuados. Meléndez Muñoz aclaraba que el problema no provenía de la raza sino del “medio” y del “ambiente”, los cuales afectaban “la moral”, las “ideas” y los “sentimientos”⁸³³. En vez que hablar de “razas superiores”, Meléndez Muñoz prefiere que se hable de “pueblos con educación” y “cultura superior”⁸³⁴.

Las interpretaciones transformistas/lamarckianas del letrado van a tono con la preocupación por preservar esa cultura/raza latina/española/blanca. A su vez, coinciden con el discurso higienista preventivo que colapsaba selectivamente las diferencias entre la influencia del ambiente, la crianza

cercanos al ideal percibido de blancura europea en oposición al “resto”, entiéndase los indios, negros o demás grupos considerados más “primitivos”. Ver Meléndez Muñoz, *El estado social*, 100; ver además a Jackson, Jr. y Weidman, “The origins”, 69-70; José Antonio González Alcantud, “De las razas históricas al racismo elegante. Nuevas perspectivas para un debate humanístico urgente”, *Erebea IV* (2014): 325-52, 336-338;

⁸²⁹ El término “racismo cultural” puede interpretarse de diversas formas, presentes ya desde Franz Fanon y su crítica al colonialismo y el racismo y su conceptualización posterior en Étienne Balibar. Si nos dejamos llevar por Balibar, se trata de una nueva variante del mito biologicista sobre las diferencias raciales que apunta a culturas superiores o a ciertas conductas “civilizadas” vistas como superiores a otras. En Latinoamérica este tipo de racismo puede observarse cuando se asume que hay ciertos rasgos temperamentales que, según la antropóloga e historiadora Sofia Reding, “son inseparables de la idiosincrasia de un grupo humano, lo que permite una jerarquización social capaz de destruir la igualdad supuestamente garantizada por el Estado”. Ver Etienne Balibar, “¿Existe un neorracismo?”, En *Raza, Nación y Clase*, Etienne Balibar & Immanuel Wallerstein (Madrid: IEPALA, 1991), 31-48, 42-44; Sofia Reding, “Diversidad y racismo en América Latina”, *Latinoamérica XLIV* (2007): 157-179, 160-161; para un ejemplo reciente, centrado en el trato que reciben las mujeres mapuches (vistas como “inferiores” por su cultura indígena) ver Antonieta Vera, Isabel M. Aguilera & Rosario Fernández, “Demandas de autenticidad: deseo, ambivalencia y racismo en el Chile multicultural”, *Convergencia XXV*, n°76 (2018): 13-36, 27-28.

⁸³⁰ Ver Meléndez Muñoz, *El estado social*, 18.

⁸³¹ Meléndez Muñoz, *El estado social*, 18-19.

⁸³² Meléndez Muñoz, *El estado social*, 19-20.

⁸³³ Meléndez Muñoz, *El estado social*, 100-101.

⁸³⁴ Meléndez Muñoz, *El estado social*, 99-100.

familiar y la educación/escolarización⁸³⁵. Aquí encontramos una conceptualización que selectivamente racializa y biologiza a través de ideales de clase social y cultura. No era casualidad que los valores culturales presentados como universalmente mejores se asociaban a aquella raza identificada como “blanca”. Es preciso apuntar que este aparente lamarckismo favorecía las estrategias eugenésicas, específicamente de Valle Atilés, dirigidas a limitar la prole y “mejorar la raza”⁸³⁶.

La postura de Valle Atilés respecto a la constitución racial no era muy distinta a la que ya había elaborado a finales del siglo XIX en *El campesino*. Encontramos ciertas distinciones que reflejaban el racialismo más reciente sobre las razas mediterráneas y la supuesta presencia de ciertos defectos raciales-psicológicos de la cultura española (como la bravura, el orgullo, el desprecio del tiempo, el caciquismo, etc.), algunos de ellos producto de la presencia o dominio de elementos semíticos o bereberes⁸³⁷. En su análisis quedaba claro que no existía una “raza pura” o una “raza superior”

⁸³⁵ En esta argumentación vemos lo que ha apuntado Carmen Baerga respecto a cómo tanto “clase social como la raza se consideraban producto de la herencia” y esto hacía “casi imposible distinguir la una de la otra”. Para ello, Baerga se refiere a la postura de Meléndez Muñoz, más lamarkiano que mendeliano, quien señalaba que los efectos externos podían afectar el interior de los organismos “hasta el punto de afectar la descendencia”, llevando a que los negros esclavos produjeran una generación de “imbéciles salvajes” y los jíbaros fuesen pobres y viviesen en un estado degenerativo”. Ser “latino” no era suficiente garantía de que “la barbarie no emergiera por algún resquicio”. Ver María del Carmen Baerga, “Transgresiones corporales: El mejoramiento de la raza y los discursos eugenésicos en el Puerto Rico de finales del siglo XIX y principios del XX”, *Op. Cit.* 19 (2009-2010): 79-106, 102-104.

⁸³⁶ Meléndez Muñoz no solo favorece y alaba la postura eugenésica de Valle Atilés, sino que alude al Congreso reciente en Londres, cuyos contenidos estaban muy lejos de ser considerados “lamarkianos”. Ver Meléndez Muñoz, *El estado*, 121. (124).

⁸³⁷ Según Valle Atilés el español era “el representante de la raza blanca en la conquista”, y era también una mezcla de dos razas primitivas, la “Ibera” y la “Celta”. Esta raza u “organismo” tenía “determinantes de nobles virtudes y de cualidades no apetecibles inherentes a las razas mediterránea-área, jafética y semítica, que la integran”. No obstante, esta mezcla trajo también “defectos” como eran, según el historiador Lafuente: “el aislamiento, el instinto conservador y el apego a lo pasado, la confianza en su Dios y el amor a su religión, la constancia en los desastres y el sufrimiento en los infortunios, la bravura, la indisciplina hija del orgullo y de la alta estima de sí mismo, esa especie de soberbia que sin dejar de aprovechar alguna vez a la independencia colectiva, le perjudica comúnmente arrastrar demasiado a la independencia individual germen fecundo de acciones heroicas y temerarias (...)”. Remitiendo a Pompeyo Gener, Valle Atilés ofrece otro listado de caracteres problemáticos, asociados a las supuestas razas presemíticas (los bereberes, que por alguna razón el galeno escribe como “belber”): “(...) domina demasiado el elemento semítico y más aún el presemítico o belber, con todas sus cualidades: la morosidad, la mala administración, el desprecio del tiempo y de la vida, el caciquismo, la hipérbole en todo, la dureza y la falta de medios tonos en la expresión, la adoración del verbo”. Curiosamente, y esto lo veremos en el próximo capítulo, mucho de estos “defectos” van a ser señalados también por intelectuales de las décadas de los treinta y cuarenta, como Antonio Pedreira, pero para destacar los defectos psicológicos del mestizaje en Puerto Rico. Ver Valle Atilés, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 73.

—que existiese una raza que hubiese “monopolizado” todas las cualidades superiores⁸³⁸—. Igual que Meléndez Muñoz, Valle Atilas va a criticar el uso “desdeñoso” que aludía a “razas puras” o “superiores”, en particular entre latinos —un “latinismo indiscreto” según el eugenista—, y para ello recordaba que existían latinos entre las “razas bárbaras” (y para ello menciona, como ejemplo, a los árabes)⁸³⁹.

Aludiendo al sociólogo racialista Jacques Novicow⁸⁴⁰, Valle Atilas afirmaba que, aún si resultaba ser una “quimera” el hablar de razas desde un punto de vista antropológico —aclaración que también asumía Mariano Abril⁸⁴¹—, sí debía admitirse que cada raza tenía su propia “herencia

⁸³⁸ Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 75.

⁸³⁹ Valle Atilas, “La debilidad de la mente”, 40.

⁸⁴⁰ Jacques Novicow era un sociólogo ruso que se oponía a ciertas interpretaciones spencerianas en torno a la lucha por la existencia, y a sus respectivas lógicas de eliminación y absorción. Novicow destacaba que el factor fisiológico tenía menos peso que el intelectual. El ideal de Novicow era asumir que la guerra, en términos físicos, iba a eliminarse en un futuro a favor de un conflicto de competencias intelectuales y posiblemente diplomáticas, evitando así el exterminio de personas. Esta visión “optimista” también correspondía con su visión regeneracionista respecto el porvenir de la raza blanca —tema de su libro del 1897 *L’Avenir de la race blanche*— en oposición a la posturas que asumían que tal raza iba a perecer ante el aumento de degenerados y “razas inferiores”. Esto iba a tono con su visión y defensa del organicismo. Novicow, evocando a la ciencia, argüía que no había razón para ese pesimismo que proponía que la humanidad iba a perecer. Según Novicow el miedo ante la “infiltración de las razas inferiores” no era justificado, dado que no podía lograrse ni por invasión física al territorio ni por una “conquista política”, y el verdadero peligro e infiltración solamente ocurrirá cuando “los amarillos y los negros organicen Estados militares más poderosos que los nuestros, y sean capaces de dominarnos”. Dicho destino no se aproximaba porque los europeos “somos los más fuertes y podemos obrar según nos plazca”, por lo tanto, lo más propio era incentivar el desarrollo moral e intelectual de los pueblos a través de un mejoramiento económico y de una mayor explotación de los recursos de la Tierra. Novicow nos dirá que los blancos no eran suficientemente numerosos para ello, y era “más ventajoso llamar inmediatamente en nuestra ayuda á los amarillos, los indios y los negros”. Por esa razón se debían regular migraciones para así evitar el “reparto desigual” de los pueblos y el hacinamiento, yendo de los pueblos más poblados a los menos poblados. No obstante, el problema del maltrato dado a los inmigrantes, los negros y los chinos (y al autor toma como ejemplo el caso del negro en Estados Unidos) resultaba problemático para que se lograra la armonía orgánica necesaria para así evitar conflictos y guerras. La “antipatía que inspiran las razas extranjeras” era, según Novicow, subjetiva, caprichosa y transitoria. Podía “vencerse la repulsión inspirada por las razas extrañas” a través de la educación. Lograr esto era importante para que así pudiese sobrevivir la raza blanca a través de una orquestada democratización: “Los blancos deben decidirse, si quieren afirmar su dicha en este mundo, á vencer el prejuicio de la raza, como han vencido el de la casta, urgiendo más una democratización internacional que la democratización social”. La finalidad, lo resume Novicow es que: “(...) la infiltración de las razas inferiores es un bien, y no un mal. Lejos de estorbarla, debemos contribuir con todas nuestras fuerzas á que se realice; sólo ella podrá acelerar la total explotación del globo, y el reinado de la paz universal por el respeto de todas las razas y la justicia internacional”. Ver Jacques Novicow, *El porvenir de la raza blanca (crítica del pesimismo contemporáneo)*, trad. de José González Alonso (Madrid: Administración, 1897), 211, 213, 215-18, 221-24, 227, 249; ver también G. Bartolin, “Conflicto” en *Diccionario de Sociología*, Franco Demarchi y Aldo Ellena (dirs) (Roma: Paulinas, 1986), 364-371, 370-71; Alastair Bonnet, “From White to Western: ‘Racial Decline’ and the Idea of the West in Britain, 1890-1930”, *Journal of Historical Sociology* 16, n°3 (2003): 320-48, 343.

⁸⁴¹ Por ejemplo, Mariano Abril, amparándose en Novicow, argüirá que “la raza aria es una pura quimera, como lo es

colectiva”, a la que también se añade la “herencia individual”. Con esto, Valle Atilés reiteraba cómo la “debilidad de mentalidad no es deseable” para el “mejoramiento de la raza”⁸⁴². La historiadora Carmen Baerga ha apuntado que esta imagen, influida por los conocimientos de la genética, llevó a la noción de que cada persona “llevaba en sí las semillas de su raza (herencia colectiva) y de su ascendencia (herencia individual)”, y por eso era necesario “intervenir directamente con los individuos que amenazaban su integridad”⁸⁴³. Por esa razón, Valle Atilés alude a un “algo superior al sentimiento de la raza” y eso era el de la “humanidad” y, citando a Pompeyo Gener⁸⁴⁴, proclamaba el ideal de una “raza elevada” que fuese formada por el número más grande posibles de individuos que tengan la mentalidad para “realizar obra de civilización”⁸⁴⁵. Esta visión de aparente unificación, presente también en Novicov, y a su modo en Gener, proponía una imagen del mestizaje como una evolución y adaptación que estaba aún desarrollándose y podía superar sus iniciales desventajas y raíces primitivas/nativas. Consecuente con los intelectuales latinoamericanos que defendían al mestizaje como una virtud y señal de progreso y mejoramiento, Valle Atilés se refería al “mesticismo” como la “regla en todas partes” y a América

la existencia de la raza latina, lo propio que la anglo-sajona”, y su empleo era “absolutamente abusivo bajo el punto de vista de la antropología; estas razas no existen ni han existido jamás”. Sin embargo, no deja de llamar la atención cómo en esta crítica sobre la no existencia de “razas puras” Abril, igual que Valle Atilés, traerán referencias y ejemplos similares. Entre ellos, Abril también alude al hecho de que había tribus árabes que eran de “pura raza latina” o el hecho de que en realidad lo que se llamaba “raza latina” era una civilización y no una raza. Inclusive, Abril va a señalar que los mediterráneos, originalmente de una raza negra, fueron convertidos en blancos a través de cruzamientos y de la influencia del clima. En otras palabras, era posible modificar la raza a través de la cultura, y la aclaración en torno a la inexistencia de razas puras criticaba aquellas posturas que promulgaban que las razas eran incompatibles y fijas. Ver Abril, *Alemania*, 9.

⁸⁴² Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 37-8.

⁸⁴³ Baerga, “Transgresiones”, 101-102.

⁸⁴⁴ En Pompeyo Gener, según Xavier Vall, puede verse un positivismo combinado con el evolucionismo, incluyendo apropiaciones de la obra de Spencer. Gener fue muy crítico con las obras de Emile Zola, a quien consideraba un pesimista, aspecto que nos permite apreciar que no todo “naturalismo” necesariamente corresponde, o fue interpretado como compatible, con posturas positivistas y realistas. A su vez, el concepto de raza de Gener, como fue también el caso de otros que proponían la regeneración latina, lo utilizaba como sinónimo de cultura y no tanto de una entidad biológica. Hasta cierto punto, tenemos aquí un tipo de racismo cultural. Para más detalles, ver Xavier Vall, “Pompeu Gener, un positivista darwinista contrario al naturalismo zoliano” *Revista de Filología Románica* 25 (2008): 313-335, 316, 328-30; César Rina Simón, “Proyección exterior, hispanoamericanismo y regeneración nacional en la península ibérica en el siglo XIX” *HMex* LXVII n°4 (2018): 1597-1631, 1600-003.

⁸⁴⁵ Valle Atilés, “La debilidad de la mente”, 40.

“como un crisol en donde se están fundiendo varias razas de donde saldrá el futuro americano con sus características propias resultado de la fusión⁸⁴⁶”. Aun así, Valle Atilas aclaraba que, de los tres “factores étnicos”, el negro o africano provenía de aquellos importados y esclavizados y, por lo tanto, pertenecía al grupo de “menor energía de la raza”⁸⁴⁷.

La insistencia en que lo español o “lo castellano”, era el “elemento étnico fundamental” va a repetirse a través de la década del veinte, como fue el caso del historiador Ángel Panigua y Oller, refiriéndose inclusive al jíbaro como una “casta” que era, en su mayoría, de “raza blanca pura”⁸⁴⁸. El jíbaro representaba esa reserva/preserva de lo blanco mientras que el mestizaje representaba la disminución de la raza negra pura⁸⁴⁹. La interpretación que más nos compete es la de Coll y Toste, quien no solo reafirmaba que el jíbaro era “castellano puro” sino que por la “Ley eugénica de Broca” se había conservado en tales jíbaros el idioma del siglo XVI (el de Cervantes, Quevedo, Lope de Vega y otros clásicos)⁸⁵⁰. La mención de Broca⁸⁵¹ resulta pertinente, no solo porque alude

⁸⁴⁶ Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 74.

⁸⁴⁷ Valle Atilas, “Puerto Rico ante la Eugénica”, 73-74.

⁸⁴⁸ Panigua y Oller era en la década de los veinte el vicepresidente de la “Sociedad de la Historia de Puerto Rico”. Según Panigua y Oller, el “elemento étnico fundamental” era el castellano, y posteriormente se integraron elementos étnicos provenientes de Aragón en el siglo XVIII (en particular los catalanes). Según el historiador, hubo una fusión entre los indios y los blancos españoles, de la cual salía la “casta de jíbaro” con la “piel blanco pálida”, “cabellos lacios y fuertes, pómulos saliente, labios gruesos, boca grande y carnosa”. Sin embargo, esto no aplicaba a todos los jíbaros, dado que la gran mayoría eran de “raza blanca pura”, descendiendo no tanto de los conquistadores sino de los “grumetes y demás, que desertaban invariablemente en gran número”. Ángel Panigua y Oller, “Bosquejo Etnológico-social”, en *El Libro de Puerto Rico*: 80-91, 80, 88.

⁸⁴⁹ Según Panigua y Oller, los de “raza negra pura” no se habían multiplicado, como en otros lugares (las colonias inglesas) debido al “incesante cruzamientos de tipos mezclados” que tendió hacia un “mejoramiento racial” en “beneficio de la clase mezclada”. Ver Panigua y Oller, “Bosquejo”, 90.

⁸⁵⁰ Cayetano Coll y Toste, “Origen etnológico del campesino de Puerto Rico y mestizaje de la raza blanca, india y negra”, *Boletín Histórico de Puerto Rico* XI (1924): 127-156, 131.

⁸⁵¹ Las “leyes” aludidas por Coll y Toste son los estudios y conclusiones del médico y anatomista (autodenominado antropólogo) Paul Broca en el 1859 (cuya primera traducción fue en el 1864), publicadas en un breve texto sobre la hibridez en los humanos y animales. Vale la pena detenernos a aclarar un poco los contenidos de este texto, cuya mención es muy sugestiva de las posturas raciales y médicas que promulgaba Coll y Toste, además de su particular apropiación para justificar que los jíbaros eran castellanos. Hasta el momento no he podido localizar que dichas observaciones y estudios de Broca fuesen articuladas como “leyes” sino más bien tendencias o corolarios teóricos. En el aludido texto de Broca del 1859 encontramos los términos disgenésico y eugenésico (anterior a sus usos en Galton) para referirse a los problemas de reproducción o fecundidad en los “híbridos” (entiéndase los “cruzados” entre distintas especies). Estos conceptos sobre los grados eugenésicos provienen de estudios con animales y en el aludido texto Broca buscaba aplicarlos al caso de la especie humana. Aquella primera generación de cruzados que fuese, en su mayoría, estéril era considerada “disgenésica” (los que fueran completamente estériles eran categorizados como

a un uso del concepto de eugenesia anterior a la teoría de Francis Galton, sino porque asumía las tesis de poligenismo, de esterilidad entre negros y blancos (porque eran de “especies” distintas) y de menor fecundidad en los mulatos, mestizos o “híbridos” (presentes también en Stahl y Fleagley). La postura de Broca, y de muchos poligenistas, se oponía a las posturas darwinistas que fuesen de tipo monogenista, y esto resulta iluminativo si retomamos como Coll y Toste utiliza a Broca para justificar que los jíbaros retenían las cualidades de sus “descendientes” castellanos.

Estos campesinos, según el galeno e historiador, eran en toda la “América Hispana”, el descendiente más fiel e inalterado del español genuino y conquistador⁸⁵². Tenemos aquí una interpretación que se apropia del distanciamiento físico de los jíbaros para apuntar a la preservación de elementos, no solo fisiológicos y fenotípicos del europeo blanco, sino de su

“agenésicos”) mientras que los que tuviesen fecundidad parcial era “paragenésicos” y los que fuesen completamente fecundos eran considerados eugenésicos (que en este caso significaba que podían parir fácilmente entre los de su especie). Broca mencionaba también los temores en Estados Unidos sobre cómo la inmigración iba a producir una “raza híbrida” estéril, y consideraba dichos temores algo exagerados. En su texto advertía sobre los usos algo ambiguos o excesivos del concepto “especie” en la Antropología y sugería cautela hasta que la Ciencia pudiese acertar mejor sus límites. Broca consideraba que el grupo humano constituía un “género”, en el sentido taxonómico de *genus*, pero no una especie sola y sin divisiones. En este sentido, Broca defendía la postura de poligenismo (que existen distintas especies dentro del grupo humano) en oposición a la de monogénesis (que todas las razas humanas descendían de una sola especie). La única forma de demostrar lo contrario, según Broca, era si tales diferencias se debían a las influencias del medio. Broca utilizará, entre sus ejemplos, el supuesto hecho de que la “raza judía”, esparcida por todo el mundo, era idéntica en aquellos momentos (mediados del siglo XIX) a la que existía hace 2,500 años bajo la era de los faraones en Egipto. Broca continúa señalando que estudios sobre ciertas culturas han demostrado que algunas de estas (el autor no especifica cuales) no tienen ninguna noción de Dios o de un alma, y cuyos lenguajes no tienen afinidad con ninguno otro, además de ser antisociales y menos intelectuales que los caucásicos. Esto supuestamente demostraba que existían grupos humanos que eran, desde sus inicios, diferentes, distantes e incompatibles con las razas blancas o caucásica. Broca reconocía que podía haber cruzamientos de distintas especies que fuesen eugenésicas/fecundas en el reino animal (entre lobos y perros). Sin embargo, con los seres humanos los cruzamientos eran más limitados, siendo solo algunos eugenésicos si tenían afinidad. Aún reconociendo lo problemático del término raza blanca o caucásica, Broca va a establecer que, entre los grupos con tez más clara, hay una mayor afinidad (por ejemplo, entre los celtas y germanos) reproductiva, moral e intelectual que entre los de tez más oscura (por ejemplo, con los malayos o negros, australianos, cafres, etc.). Broca reconocía que hablar de “razas puras” resultaba problemático, y que había un cierto grado de hibridez entre la especie humana; no obstante, ciertas mezclas particulares no eran eugenésicas, tanto a nivel físico, como intelectual y moral. Los ejemplos empíricos que brinda Broca son muy sesgados y selectivos. Por ejemplo, menciona que un hombre europeo blanco con una negra lleva a una unión fecunda, pero no su reverso (un hombre negro y una mujer blanca, es frecuentemente estéril). A su vez, recalca la relativa inferioridad moral e intelectual de los negros como especie. Ver Paul Broca, *On the phenomena of hybridity on the genus homo*, ed. C. Carter Blake (London: Longman, Green, Longman & Roberts, 1864) xii, 1-2, 10-14, 16, 27, 61-66; Nancy Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America* (New York: University of Cornell Press, 1996), 138.

⁸⁵² Coll y Toste, “Origen etnológico”, 131

cultura. Resulta interesante cómo en esta interpretación se alude indirectamente al poligenismo y a la vez a la existencia del mestizaje como prueba de mutabilidad, pero de una mutabilidad que siempre tiende al elemento más fuerte, ascendiente y superior —“La victoria corresponde a la raza superior”⁸⁵³—. La aclaración es muy pertinente porque Coll y Toste, a tono con Mariano Abril, Valle Atilas, Meléndez Muñoz (y estos con Novicow y otros “optimistas” de la raza blanca), se opone a los prejuicios raciales que asumían que el mestizaje era una degeneración irreversible o que las razas eran fijas o inalterables. Inclusive, era pertinente demostrar que dichos prejuicios contra los de “color” eran poco ilustrados, reflejos de miedos irracionales y poco científicos.

Coll y Toste provee ejemplos de esos prejuicios y, dirigiéndose a los estadounidenses y las futuras generaciones de puertorriqueños, criticaba ese prejuicio racial como “desgraciado” y “dañino”. Eso sí, aclaraba que, en la época actual (la década de los veinte), estaban en “pleno cruzamiento” de las razas y que paulatinamente íbamos, en varios siglos, a llegar a ser “un pueblo homogéneo” como lo era el caso de Europa —y por lo tanto no íbamos a tener nada que envidiarles porque “seremos tan-tán como tan-tán”⁸⁵⁴. Aludiendo a Gobineau, el galeno criticaba el prejuicio de que los negros son una raza inferior y aclaraba que con el mestizaje se mejoraban esos “límites”. Claro, los mejores elementos de los mulatos, como su “inteligencia” y “sentimientos nobles” procedían de la “paternidad aristocrática” (el europeo blanco)⁸⁵⁵.

⁸⁵³ Coll y Toste, “Origen etnológico”, 154.

⁸⁵⁴ Advierte y aclara Coll y Toste:

No citamos en vano estos hechos históricos. Deseamos que los americanos, que conviven con nosotros, dejen en la boca del Morro antes de entrar en la isla, ese desgraciado prejuicio de raza. Y que los puertorriqueños de las nuevas generaciones no abren en aguas tan dañinas. Actualmente estamos en el pleno cruzamiento de la raza blanca y la negra. Necesitamos cinco o diez siglos para llegar a ser un pueblo homogéneo, como lo son al presente los de Europa a pesar de tantas mezclas. Cuando llegue ese día, como pueblo viril e inteligente, no tendremos que envidiar nada a ningún otro pueblo del planeta, porque seremos tan-tán, como tan-tán!....

Coll y Toste, “Origen etnológico”, 157.

⁸⁵⁵ Continue Coll y Toste aclarando: “Se nos hará la objeción banal de que la raza negra es una raza inferior. Y hasta se nos citará el refrán, de que “Dios creó a los blancos y a los negros, pero que el Diablo a los mulatos”. No piensa así el etnólogo Gobineau, que considera a menudo en los mulatos “un espíritu excepcionalmente superior en inteligencia

Consecuente con los eugenistas latinos y transformistas, Coll y Toste reconocía la influencia del medio en la biología de los mestizos, o como inclusive heredaban cualidades psicológicas⁸⁵⁶. Y, muy a tono también con esta tendencia eugenésica, en dichos “cruzamientos” y “mezclas” el elemento superior iba a ser victorioso. En un tono patriarcal y eufemístico, Coll y Toste reconocía la contribución de los negros al desarrollo del País, no obstante, estaban “llamados a desaparecer de nuestro suelo por la ley antropológica de la absorción”⁸⁵⁷. Esta absorción, que era una forma de asimilación biológica y cultural, era el modo más racional para que una raza tuviese hegemonía sobre otra. La falta de cruzamiento era también visto como una señal de decadencia y estancamiento (como sucedió con la aristocracia), cuando no de diseminación de enfermedades hereditarias⁸⁵⁸.

Los ejemplos discutidos nos permiten ver la complejidad del racismo en Puerto Rico, en particular cómo se articuló una figura blanqueada del puertorriqueño a través del jíbaro “blanco” y el mestizo asimilado (y que iba a asimilar al negro). La complejidad de este racismo radica también en cómo estos argumentos de blanqueamiento, que evidentemente minusvaloraban la negritud como un elemento constitutivo de los puertorriqueños, empleaban una retórica paternalista y humanista que se oponía al racismo estadounidense y al prejuicio contra otras razas. Se evitaba inclusive insultar el legado negro porque eso, de un modo u otro “denigraba” también a esa elite que se percibía en su mayoría como blanca. En los médicos podemos notar que el tema de la raza y de la raza negra no aparece habitualmente, al menos explícitamente, como un

y nobleza de sentimientos”. Explicándolo el autor por la paternidad aristocrática del padre blanco”. Ver Coll y Toste, “Origen etnológico”, 157.

⁸⁵⁶ Ver Coll y Toste, “Origen etnológico”, 158-59.

⁸⁵⁷ Dice Coll y Toste: “Francia Devay ha dicho: “Cuando se cruzan dos especies o dos razas, la raza ó especie más energética predomina siempre en los descendientes”. Por eso creemos que el mestizaje entre blancos y negros en nuestra isla tenderá a darle la victoria al elemento blanco. Los negros han prestado un gran beneficio al desarrollo y aumento de nuestros habitantes y por consiguiente a la civilización y progreso de Puerto Rico, pero están llamados a desaparecer de nuestro suelo por la ley antropológica de la absorción”. Ver Coll y Toste, “Origen etnológico”, 158.

⁸⁵⁸ Ver Coll y Toste, “Origen etnológico”, 158.

“problema a resolver”. Sin embargo, como hemos visto, las menciones que hay, en particular las dadas a través de un lenguaje eugenésico, aspiraban a una asimilación que hiciese desaparecer naturalmente “lo negro”, como también aspiraban a que los débiles mentales, los degenerados y los irresponsables optaran voluntariamente por cesar su reproducción y futuro.

Ya en el próximo capítulo retomaremos otros asuntos pertinentes, como la supuesta inmunidad racial a ciertas enfermedades, un concepto que fue utilizado muchas veces de forma errática y racista. Sin embargo, en este periodo tenemos leves menciones respecto a la supuesta inmunidad y vulnerabilidad de la raza negra a ciertas enfermedad. Ashford va a aludir a la inmunidad de los negros a la anemia, la cual no era del todo falsa, pero sus generalizaciones e inferencias podían naturalizar y obviar que la distribución racial del país no se dio por razones biológicas ni de aclimatación, sino que estaba asociada a la distribución de haciendas y la esclavitud. Lo sugestivo en Ashford es como se articulan estas declaraciones.

Por ejemplo, la inmunidad de los negros es algo que Ashford infiere, basándose en el supuesto hecho biológico y “climatológico” de que los negros trabajaban “felizmente” en la costa⁸⁵⁹ (y por eso el parásito tuvo que “migrar” a la montaña y buscar otro huésped) , lo cual explicaba por qué, para las primeras décadas del siglo XX, los negros vivían y tenían mejores salarios que los jíbaros al poder trabajar en las azucareras⁸⁶⁰ (inclusive pinta un escenario ideal que obvia por completo, las epidemias de malaria entre los trabajadores en las azucareras). Algunos pocos médicos van a apuntar a que esta inmunidad no parecía ser del todo cierta, dado a que sí existían casos de negros

⁸⁵⁹ Ashford se basaba en Valle Atilas y su explicación sobre cómo los blancos buscaron naturalmente la sombra y las temperaturas más bajas, y por eso se fueron a las montañas mientras los negros “felizmente” trabajaban bajo el calor: “releiving in the warmth of the coast, worked happily in the broiling sun of the sugar lands”. Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 8.

⁸⁶⁰ El racismo de la teoría ashforiana en torno a la uncinariasis apuntaba que el negro era más inmune a la uncinariasis y esto explicaba por qué trabajaban en la azucarera y por consiguiente eran mejor pagados y viviendo en mejores viviendas que el “pobre blanco trabajador”. Ver Ashford, “Aspecto económico”, 3

con anemia⁸⁶¹. Ya este asunto lo retomaremos en el próximo capítulo, cuando discutamos los estudios de anemia falciforme en los puertorriqueños.

Otro ejemplo sugestivo es el modo que Ashford narra la procedencia y genealogía del parásito (*Necator Americanus*) como una “maldición” que llegó con la importación de los esclavos negros, quienes contaminaron los suelos del país⁸⁶². Vale recordar que uno de los objetivos de las campañas de Ashford era obtener evidencia para así poder incentivar una campañas en los Estados Unidos que salvara a los trabajadores de “raza pura blanca” del sur⁸⁶³, los cuales eran mofados por los negros como “vagos” y *po’ white trash*⁸⁶⁴.

En la década de los veinte encontramos los primeros estudios que empiezan a analizar estadísticamente la asociación entre enfermedades y raza. El estudio más pertinente, y cuyas interpretaciones marcan una tendencia que continuara a través de las décadas de los treinta y cuarenta, es el Rodríguez Pastor, publicado en el 1929, sobre tuberculosis en la “raza de color” o *colored race*. El uso ambiguo y dicotómico que hace el tisiólogo de las categorías raciales

⁸⁶¹ Aunque el asunto de la inmunidad racial en la anemia no aparece muy comentado en otros médicos, sí encontramos en la Comisión de Anemia del 1907 un médico (un tal Gaztambide) en el dispensario de Cabo Rojo, que señalaba que se oponía a su generalización:

Tampoco resulta probada por nuestra observación la inmunidad especial de la raza, que mencionan algunos autores á beneficio de la negra; pues, si el número de los negros tratados en esta Estación es mucho menor que el de los blancos, está en proporción con la importancia numérica de los individuos de las dos razas que habitan la localidad, y, si la proporción no fuera todavía exacta, podría explicarse simplemente por el hecho de la preferencia que muestran los de color á trabajar en las haciendas de caña u otras fincas de barrios bajos, desmontados, secos y de suelo permeable, circunstancias todas opuestas a las larvas de la uncinaria, y por consecuencia, ofreciendo pocas ocasiones al contagio.

Ver Comisión de Anemia en Puerto Rico, *Anemia*, 83.

⁸⁶² Dice Ashford y Gutiérrez Igaravidez: “*in the coming of the negro slave we can see the beginning of what later proved to be the greatest curse Porto Rico has ever suffered, epidemic uncinariasis or ‘La Anemia’*”. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 5.

⁸⁶³ Dicen Ashford y Gutiérrez: “The only comment we have to make is that Porto Rico was the means of attracting the attention of the United States to an infirmity of her poor whites in the South which for at least a century had passed for malaria and even rank laziness, and that the Southern States can even now follow the sample of this little island which, though poor, is paying out her money to redeem her laboring classes”. Ver Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 31.

⁸⁶⁴ Dicen Ashford y Gutierrez: “Is it “laziness” or disease that is this very day attracting the attention of the United States to the descendants of the pure-blooded English stock in the Southern Appalachian Range, in the mountains of Carolina and Tennessee, the sections of our country where the greatest predominance of “pure American blood” occurs, despised by the negro who calls him “po’ white trash?””. Ver Ashford y Gutiérrez, *Uncinariasis*, 7.

estadounidenses es uno de los primeros obstáculos que encontramos para poder discernir como se distinguió entre *White* y *colored* cuando categorizó y tabuló los resultados de individuos mestizos. Esto es importante porque el galeno apuntaba a los estudios estadounidenses que destacaban la mayor vulnerabilidad de la *colored race*, por razones raciales (y no tanto económicas⁸⁶⁵) para padecer de tuberculosis y su objetivo era comprobar dichas tendencias en Puerto Rico. Inicialmente tenía la hipótesis de que debido al mestizaje y proximidad que existe entre las razas en Puerto Rico, los de *colored race* iban a ser menos vulnerables o su incidencia iba a ser menor. El argumento pareciera sugerir, de forma indirecta, que esta proximidad iba en beneficio de la raza negra, en tanto y en cuanto la “mejoraba”⁸⁶⁶. Esta declaración da también la impresión de que los mestizos, mulatos o los de *mixed race* fueron categorizados ambiguamente como *colored race* (o inclusive como blancos, según el criterio del galeno). Sin embargo, sus resultados mostraron que los de *colored race* eran el grupo que más padecía de tuberculosis⁸⁶⁷ pero, a la misma vez, la cantidad de “blancos” en Puerto Rico diagnosticados con tuberculosis era mucho mayor que en Estados Unidos⁸⁶⁸. No solo eso, sino que la incidencia de tuberculosis iba aumentando en los

⁸⁶⁵ En Estados Unidos los estudios que demostraban una mayor incidencia de tuberculosis en negros podían reconocer la presencia de problemas económicos, pero por lo general asumían que la vulnerabilidad a dicha infección bacteriana era por razones raciales, a su vez señal de inferioridad racial. Como señala Andrea Patterson respecto al caso de Atlanta y otros estados en el sur de los Estados Unidos, algunos profesionales blancos podían ver esto como una ventaja, en tanto y en cuanto dicha vulnerabilidad podía paulatinamente extinguir “naturalmente” la presencia de la raza negra. Esto no solamente se refería a la tuberculosis sino también a la sífilis y el polio. Eso dicho, los blancos no estaban inmunes a la enfermedad, y la imagen de una creciente población negra enferma motivó a que se tuviesen que poner clínicas de tratamiento para así evitar que se infectasen los blancos, en particular mujeres blancas con sirvientas negras (como sucedió en Alabama durante la segunda década del siglo XX). Lo que motivó esas primeras iniciativas y financiación, por parte del Estado, no fue una preocupación altruista por un grupo humano afectado sino evitar que una raza percibida como inferior y enfermiza afectase a la raza superior (los blancos). Ver Patterson, “Germs”. 533-34, 541-42

⁸⁶⁶ Llama la atención que el galeno presenta esta proximidad con los blancos no como solo física/sanguínea sino como cultural “Longer contact with white civilization and the freer mixing of his blood with that of a white race”. Ver José Rodríguez Pastor, “Tuberculosis in the colored race in Porto Rico”, *PRRPHTM* III, n°10 (1928): 416-21, 416-17.

⁸⁶⁷ Ver Rodríguez Pastor, “Tuberculosis”, 417-18, 420.

⁸⁶⁸ Costa Mandry llegó también a esta conclusión, en el mismo año. Amparándose en estadísticas del 1923-24, se llamaba la atención respecto a cómo la tuberculosis afectaba más a los blancos en Puerto Rico que en Estados Unidos (en particular los estados de North Carolina, South Carolina, Virginia y Tennessee), a nivel de que iba aumentando la proporción de blancos muertos cada año. También la proporción de “*colored*” muertos era más alta también que algunos estados de Estados Unidos. Costa Mandry, “Epidemiology”, 10.

blancos, pero no así en los de “color”⁸⁶⁹. Rodríguez Pastor no elabora mucho una explicación en ese artículo, aunque sí apunta a los problemas de la migración de jíbaros a los espacios urbanos⁸⁷⁰, pero las implicaciones se podían inferir: los blancos en Puerto Rico estaban degenerándose y sus condiciones se asemejaban a la de los *colored* en Estados Unidos. Ya esto lo veremos en mayor detalle en el próximo capítulo, cuando proliferan estudios que asocian raza con distintas enfermedades, en particular los “venenos sociales”.

5. Trópicos blancos y un país que enferma

Antes de culminar este capítulo es preciso acercarnos a otro objetivo racialista entre los intelectuales del país: evidenciar la adaptabilidad de la raza blanca a los trópicos. La existencia en Puerto Rico del jíbaro como una raza española y blanca era supuestamente evidencia de que los blancos podían aclimatarse, adaptarse y ser fecundos en una isla tropical. Para finales de la década del veinte se reiteraba, como hicieron Ortiz y Fernós Isern, que Puerto Rico era un espacio tropical “civilizado”, con una “población blanca grande”, mental y físicamente “*fit*” que podía gestionar sus asuntos y reproducir descendientes saludables y “viriles”⁸⁷¹. Ortiz se oponía a las interpretaciones que señalaban que las “razas inferiores” y “sin ambición” habitaban naturalmente los trópicos y, por consecuentes, las razas superiores no podían (ni debían) aclimatarse a tales

⁸⁶⁹ Rodríguez Pastor, “Epidemiology of”, 437.

⁸⁷⁰ Rodríguez Pastor, “Epidemiology of”, 434.

⁸⁷¹ Por ejemplo, Fernós Isern, en el 1925, aclaraba que Puerto Rico no debía ser comprendido como un país tropical exótico; entiéndase que no era una jungla salvaje con nativos aborígenes, con animales peligrosos y venenosos, supersticiones primitivas y de una estirpe degenerada, sino que era un espacio cultivado y civilizado —“*No, this is an intensively cultivated land, a perfectly civilized little country*”. En un tono similar, en el 1927, Ortiz argüía que la proliferación de blancos no era una anomalía exótica —un *exotic bloom*— y los blancos vivían con todos los comforts y lujos de otras comunidades ilustradas y poderosamente organizadas para gestionar sus asuntos. Esta aclaración era pertinente para demostrar el potencial regenerativo del país y oponerse a la visión de que en el País hubiese una condición enfermiza fija e insuperable. Consecuente con esto, era relevante destacar que el hombre blanco sí podía vivir de forma segura —“*Climatological and environmental factors have no ill influence on the White man who comes from temperate and cold countries*”— y reproducir descendientes saludables y viriles. Era preciso, según Ortiz, romper con la imagen de que en el país vivía un *inferior stock* de individuos ignorantes y degenerados viviendo en un lugar exótico y salvaje. Ver Ortiz, “The Tropics”, 3,8; Fernós Isern, “Urban growth”, 3.

condiciones degenerativas⁸⁷². Hasta cierto punto, las aclaraciones que hace Ortiz están dirigidas, sin decirlo muy explícitamente, a las impresiones y prejuicios de ciertos médicos y militares estadounidenses, en particular Walter King (colega de Ashford).

Una de las primeras impresiones que dio King en su informe del 1900 era que muchos puertorriqueños eran de “raza mezclada” (*mixed race*), había muchos “negros puros” (*pure Negroes*) y, en términos generales, los puertorriqueños era una raza de “niños” débiles, pasivos, indiferentes y neurasténicos⁸⁷³. Ya de entrada esta argumentación podía incomodar a muchos letrados, pero hemos de sospechar que es el artículo que publica King en el 1906 sobre *Tropical Neurasthenia* lo que más perturbó a algunos médicos puertorriqueños. La neurastenia tropical fue una condición muy temida por los administradores coloniales y para la década de los veinte en el siglo XX era entendida como el producto de conflictos y ambivalencias internas psicológicas⁸⁷⁴. King consideraba que esta afección “tropical”, junto a otras neurosis e histerias, estaba muy generalizada en el País⁸⁷⁵. Su énfasis y preocupación (se trata de un artículo publicado en Estados Unidos y dirigido a una audiencia estadounidense⁸⁷⁶) era para aquellos que venían de climas más templados y decidían residir en los trópicos. Según King, quien padeció esta enfermedad, esta condición era inescapable y afectaba más a las mujeres estadounidenses⁸⁷⁷.

Cuando se refiere a las dificultades médicas que padecen las mujeres estadounidenses, King

⁸⁷² Se trataba de la idea de que las razas más fuertes, a través de un “instinto natural” de selección, ocuparon las regiones al norte y al sur del trópico, mientras que las razas inferiores e impotentes (*powerless*), sin ambición e iniciativa se quedaron en los trópicos. Ver Ortiz, “The Tropics”, 4.

⁸⁷³ King informará que los puertorriqueños eran una “raza” de estatura corta, de pechos planos y por lo general físicamente débiles que actuaban como niños: “*Like children, they have never been accustomed to think or do for themselves and have little stamina, becoming, in the fase of disease or misfortune, passive and apathetic*”. Ver W.W. King y Dan La Botz, “Porto Rico Report on the High Mortality on the Island (1900) [with Commentary]”, *Public Health Reports CXXI* (2006): 38-43, 38-39.

⁸⁷⁴ Rigau-Pérez, “The Work”, 133.

⁸⁷⁵ Ver Walter W. King, “Tropical Neurasthenia”, *Journal of the American Medical Association* 46, n°20 (1906): 1518-19, 1518.

⁸⁷⁶ Vale aclarar que la publicación es una conferencia leída en ese mismo año, 1906, en Filadelfia en la “*Annual Meeting of the American Society of Tropical Medicine*”. King, “Tropical Neutrasthenia”, 1518.

⁸⁷⁷ Ver King, “Tropical Neutrasthenia”, 1519.

atribuye parte del problema al vivir en un lugar en donde los sirvientes son ineficaces limpiando y sucios, lo cual llevaba, junto al calor, a que las labores domésticas fuesen abandonadas (y por ende era mejor vivir en un hotel)⁸⁷⁸. King aclaraba que el problema no era el clima y lo enfermizo yacía en el “ambiente” laxo, los *easy-going methods* de aquellos con quien se tiene contacto, junto a las condiciones sucias, negligentes y antihigiénicas. A esto se le añade, según King, el aburrimiento, la monotonía y la falta de entretenimiento cultural, sean teatros o parques públicos —“*All work and no play makes Jack a dull boy*”—, de una dieta más variada y la inhabilidad de hablar el idioma para que el americano energético se sintiese bien⁸⁷⁹. La descripción que hace King de los síntomas refleja un conjunto de afecciones muy amplio, yendo desde la hipocondriasis hasta la melancolía, reflejando rasgos aparentemente anémicos y en otros de gastroenteritis, que provocaban agotamiento, apatía y miedo irracional⁸⁸⁰. La impresión que da King es de una enfermedad enigmática que puede durar semanas, meses o ser crónica (supuestamente el médico estadounidense perdió 50 libras en tres meses durante uno de estos “ataques”)⁸⁸¹.

⁸⁷⁸ El galeno no duda en recomendar que tales mujeres necesitan volver a los Estados Unidos o vivir en un hotel para recuperarse. Ver King, “Tropical Neustrasthenia”, 1519.

⁸⁷⁹ Dice King: “*The sameness of it all becomes unbearable at times, and a change is sought again and again. The digestive functions, especially that of the liver, become impaired*”. King, “Tropical Neustrasthenia”, 1519.

⁸⁸⁰ Vale reproducir aquí la descripción de síntomas:

He becomes ill-natured, peevish and irritable, taking offence at small things which under ordinary circumstances would not be noticed. Mole-hills become mountains; proper attention can not be given to business; urgent matters are put off from morning until afternoon and from afternoon until next day. It becomes almost impossible to concentrate the thoughts on details or to plan for the future. Memory and the ability to reason may be at fault.

There is a decided tendency towards hypochondriasis, morbid introspection, which distorts unimportant pains and ill feelings into supposed initial symptoms of some dreaded disease. The fear of impending disaster or death may render the patient’s life miserable, even when he knows that there is no reason for such fear.

The appetite may fail and digestive disorders may arise or grow worse if already present. Loss of weight may result. During a moderate attack I lost about fifty pounds in three months. Sleep is troubled and unrefreshing. Dull, annoying headache is of almost daily occurrence, and, as a rule, is occipital, sometimes frontal if there are visual defects (...) Proper and regular exercise, particularly if amusement can be combined with it, proves very beneficial, but if is easily overcome.

The symptoms may disappear gradually (...) The time necessary for this depends on the adaptability of the individual. It may be months or years. Some persons could never do so.

King, “Tropical Neustrasthenia”, 1519.

⁸⁸¹ Rigau-Pérez, “The Work”, 133.

La descripción de King se parece mucho al “ataque nervioso”, supuestamente común y al parecer más en las mujeres (aún si no se ofrecen cifras de ello), descrito en una ocasión por Ashford⁸⁸². Sin embargo, la descripción de Ashford tiene síntomas epilépticos que se asemejan más a la imagen de Silvina al final de *La Charca*. De un modo u otro, encontramos estas menciones de una extraña “neustrastenia” puertorriqueña que contrarrestaba con la imagen, propuesta por médicos puertorriqueños, de un país adaptable a los blancos. En el caso de King, es evidente que las causas y razones ofrecidas son cuestionables y frívolas, reflejo del aburrimiento y aislamiento percibido de un “colonizador” frustrado con sus alrededores⁸⁸³. Sin embargo, el asunto es un poco más complejo y ya en el próximo capítulo veremos cómo se fue conformando una imagen del puertorriqueño como inherentemente neurasténico, miedoso y confundido. Por el momento presentamos simplemente esta imagen evocada por los médicos estadounidenses y las reacciones de los médicos puertorriqueños.

Ante la imagen de esta enfermedad tropical, algunos médicos argüían, como Ortiz, que la neurastenia tropical no era una enfermedad real o tropical, sino más una especie de *homesickness*

⁸⁸² Ashford y Gutierrez alude al “ataque” —“*the well-known ‘ataque’ or ‘nervous attack’*”— que no era exclusivo a la uncinariasis, y había una cuota esperada de personas nerviosas similar a los países sureños, pero pareciera que muchos sí eran causa de esto. Vale detenerse en cómo se describen estos ataques, usando como ejemplo a una mujer del campo:

When a woman of the mountains get an ataque everyone turns in to help, and between all talking at once and trying to do things for her she reaches a state, if not cataleptic, at least one very similar. Preceded by a period of melancholia, suddenly a loud, ling cry or a series of cries is emitted, and the patient falls (carefully), stiffens out, becomes purple, rigid, quiet, immovable, only to follow with a series of clonic convulsions thereafter. This latter stage is prolonged way beyond the usual time of an epileptic attack, which it roughly simulates, and all neighbors and friends pile on the unfortunate patient to hold her down. Now succeeds a period of logorrhea, in which the patient tells the most remarkable stories, displaying a loquacity entirely at variance with her normal character, uses the most vile and abusive language, and upon being addressed by any of the observers catches upon a word or expression and with this as a basis enters abruptly into the most elaborate texture of words bearing upon this expression. At such times the appearance of the patient is one of a truly insane subject. The attack passes away in a trance-like condition. They arouse with enough remembrance of what has happened to recount events that seemingly were acts of insanity. This ataque can be often called “hystero-epilepsy” and is all too frequent in Porto Rico

Ver Ashford y Gutierrez, *Uncinariasis*, 92.

⁸⁸³ Como lo ha apuntado Rigau, las explicaciones del galeno muestran cierta falta de contexto y parece atribuir sus síntomas a condiciones no médicas (los limitados entretenimientos accesibles, la limitación del lenguaje y una dieta monótona). Ver Rigau-Pérez, “The Work”, 133.

que también padecen los que viven en el trópico cuando van a otros países. Otros, como Fernós Isern, van a argüir, en el 1926, que existía evidencia de que los hombres blancos podían prosperar en los trópicos (y tomaba como ejemplo ciertos estudios en Australia) si se empleaban bien la medicina preventiva e higiénica⁸⁸⁴. Fernós Isern, identificándose como un hombre blanco interesado en estos asuntos, declaraba que Puerto Rico era evidencia de que los blancos podían preservarse y ser fecundos, al punto de sobrepoblar la Isla⁸⁸⁵. Aquí podemos ver cómo el discurso sobre la sobrepoblación, en particular cuando acentuaba el problema en los campesinos o jíbaros, podía servir en esta instancia como un punto de distinción y casi orgullo, en tanto y en cuanto evidenciaba que la aclimatación y adaptación del blanco había sido fecunda.

IV. Conclusiones e impresiones

Cuando recapitulamos y comparamos las transformaciones que se dieron durante este periodo con las condiciones higiénicas de finales del siglo XIX, encontramos una serie de repeticiones, resignificaciones y constelaciones que demuestran cuán iluso fue el discurso de Progreso y Modernidad auspiciado por los médicos en Puerto Rico. No obstante, argüir que no hubo adelantos ni transformaciones significativas fuese igualmente falso. Por ejemplo, a nivel institucional vemos un crecimiento en lo que concierne la cantidad de hospitales y en organizar un sistema de salud pública que fuese algo más preciso en la identificación de enfermedades y el ofrecimiento de servicios médicos. Hasta cierto punto, Puerto Rico tuvo finalmente el semblante de un sistema de

⁸⁸⁴ Fernós Isern argüía que hubo un estudio en Australia que había demostrado que era posible la reproducción de blancos de sangre pura en un clima tropical. Dicho estudio demostraba también como el establecimiento del hombre blanco en los trópicos dependía más en la medicina preventiva, entendida como un progreso tecnológico, que en el clima. Ver Antonio Fernós Isern, “The White—and The Tropics”, *PRHR* II, n°2(1926): 6-7, 6

⁸⁸⁵ Fernós Isern, identificándose como un puertorriqueño blanco interesado en el tema — “*The title is exceedingly interesting to a white Porto Rican*”—, se preguntaba si los autores conocían sobre la isla tropical de Puerto Rico con sus generaciones de ancestros europeos y blancos —“*with generations of Porto Ricans whose European, white (as far as European are white) ancestors left the Old World four hundred years ago*”—. La pregunta no era para nada inocente ni ingenua, y Fernós Isern declaraba que Puerto Rico era prueba viviente (“*living proof*”), de que los blancos sí podían ser muy fecundos en el trópico —“*we are evidence in favor of the contention that the white man breeds so rapidly in the tropics that excessive populations results, thus constituting a problem itself*”—. Ver Fernós Isern, “The White”, 6.

salud pública que suponía ofrecer servicios de beneficencia y tratamiento clínico, financiar y organizar campañas de intervención higiénica e informar a nivel epidemiológico sobre el estatuto de las enfermedades infecciosas y las epidemias. Hay que recalcarlo, tuvo el semblante. Y, en ese sentido, muchas de las transformaciones y adelantos de la época pueden ser entendidos también como semblantes de “progreso”, “modernidad” y “saneamiento”. Una y otra vez se repetían quejas y denuncias similares a las de finales del siglo XIX: 1) no hay suficientes hospitales y los que hay están en mal estado; 2) el Manicomio y otros espacios de aislamiento (como los lazaretos y los asilos para tuberculosos) requieren mejoras para ser mínimamente funcionales; 3) la mayoría de los pobres (en particular en las áreas rurales) mueren sin ser atendidos por un médico; 4) los datos en torno a los diagnósticos y la cantidad de enfermedades infecciosas son poco fiables e inconsistente; 5) la mayoría de los campesinos están infectados con anemia (o tienen un aspecto anémico), mientras en la costa predomina la malaria y en las áreas urbanas la tuberculosis. Otro aspecto relevante es que la mayoría de las campañas sanitarias más significativas, con excepción de la de Ashford, no se lograron a través de iniciativas gubernamentales (las campañas de malaria y las “nuevas” campañas de anemia bajo Hill fueron financiadas por la RF) y, pese a que fuesen presentadas como “costo-efectivas”, tuvieron dificultades para ser financiadas.

Igualmente, encontramos adelantos epistemológicos que estaban ligados a un refinamiento de los conocimientos microbiológicos y estadísticos, los cuales suponían precisar mejor los problemas sanitarios y, por lo tanto, organizar los remedios necesarios. Evidentemente, también existieron adelantos en otras áreas de la medicina, como la cirugía y otras especialidades emergentes⁸⁸⁶. No obstante, los cambios que nos interesan son aquellos ligados de forma más

⁸⁸⁶ Las especialidades en medicina empiezan a crecer durante las primeras décadas del siglo XX, pero no será hasta la década de los treinta y cuarenta que vemos, de forma visible, la proliferación de los médicos especialistas (por ejemplo, tocólogos, cardiólogos, fisiólogos, etc.) y los técnicos asociados a la medicina (por ejemplo, radiólogos). Ya esto lo retomaremos en el próximo capítulo. Durante estas primeras décadas los “especialistas” que tienen mayor visibilidad

inmediata a las enfermedades con mayor mortalidad y que mayor atención obtuvieron (y ambas características no siempre fueron simétricas): la anemia, la malaria y la tuberculosis⁸⁸⁷. Indudablemente, el uso de análisis microscópico facilitó identificaciones más precisas a nivel clínico y la organización de estadísticas (porque en sí, la técnica y saber ya existía desde finales del siglo XIX) suponía informar sobre las necesidades regionales y estatales a nivel sanitario. No obstante, la desorganización fue aún constante y aún para finales de la década de los veinte muchos de los datos epidemiológicos resultaban cuestionables (bajo la admisión de los propios especialistas en el tema). Asimismo, los logros del microscopio resultaban parciales cuando aún no se lograba financiar, organizar e implementar medidas higiénicas y sociales que mejorasen las condiciones del medio/ambiente y, de ese modo, evitasen la propagación y reinfección de las enfermedades principales. En ese sentido, la cura de Ashford terminó siendo más un remedio a corto plazo hasta que se empezaron a construir las letrinas y aún ahí, las mejorías fueron modestas. En el caso de la malaria y la tuberculosis, no será hasta las décadas de los treinta y cuarenta cuando veremos un cambio más significativo en mortalidad y morbilidad.

La falta de dinero y recursos fue nuevamente un obstáculo. Sin embargo, el problema no fue solo la falta de inversión, sino las estrategias empleadas, las cuales se enfocaban más en remedios inmediatos que en transformaciones a largo plazo. Las campañas de Ashford resultan muy ilustrativas en torno a las limitaciones de la eficacia del modelo biomédico en condiciones de

son todos aquellos médicos con conocimientos en microbiología o en el uso de análisis microscópico.

⁸⁸⁷ Curiosamente, la condición que mayor mortalidad causaba, las diarreas y gastroenteritis, no fueron objeto de campañas especializadas ni muchos estudios. Al parecer, se presumía que los problemas de alimentación y calidad de leche estaban vinculados a estas enfermedades (vale recordar las discusiones que había desde finales del siglo XIX en torno a la mala calidad de la leche, de los mataderos y de la comida vendida a los pobres). También se tendió a asumir que estaban vinculadas a otras enfermedades, como la anemia y la tuberculosis. Evidentemente sí hubo estudios (en el *BAMPR* y el *PRHSJ*) en torno al tratamiento de las gastroenteritis y las diarreas infantiles (incluyendo estudios de la “diarrea tropical”, el “*sprue*” y parásitos intestinales). No obstante, no fueron el centro de atención ni discusión a nivel de campañas higiénicas. Ya esto lo retomaremos también en el próximo capítulo.

explotación y necesidad socioeconómica. Eso dicho, con esto no desacreditamos la relevancia de los señalamientos etiológicos de Ashford. Ciertamente, en un medio ideal, la eliminación del parásito, a través de un vermífugo barato (el timol), lograría curar de forma prolongada y sostenida al campesino que padecía de uncinariasis. Cuando la expulsión del parásito no era tan fácil, como era el caso de la malaria; o cuando se trataba de un bacilo, como la tuberculosis, los tratamientos resultaban aún más limitados y terminaban siendo generalmente parciales e ineficaces.

Lo interesante de estas estrategias es cómo tales fueron enmarcadas dentro de un discurso higiénico de prevención que en realidad no lograba prevenir las enfermedades. Dicho discurso, de carácter higienista e incluso eugenista, procuraba “educar” y con ello responsabilizar a aquellos que tildaba de “miserables”, “irresponsables”, “ignorantes” y “degenerados”. No es que dicha educación fuese enteramente inútil, pero definitivamente resultaba inocua cuando la mayoría de la población vivía en condiciones paupérrimas, bajo la misma admisión de los médicos y las autoridades. Además, educar en estos casos tendía a significar convencer y persuadir a los pobres de que cooperasen y siguiesen las directrices médicas y estatales, sea ya obligando a los jíbaros a costear sus letrinas o pedirles a los “degenerados” que limitasen voluntariamente su procreación.

La mayor contribución de Ashford es tal vez la que menos se tiende a destacar, y cuyos efectos veremos en el próximo capítulo: la organización de un sistema móvil de dispensarios que ofrecían identificación precisa de las enfermedades y tratamiento gratuito. Esto también incentivó la necesidad de organizar investigaciones que dieran cuenta del carácter clínico y epidemiológico de las enfermedades. Lamentablemente, lo que florece de estos esfuerzos, el ITMH (después la EMT), no necesariamente fue una institución que atendiera la necesidades inmediatas del País, aspecto que cambiará parcialmente en las próximas décadas (como veremos en el próximo capítulo). La ITMH y la EMT tenían un sesgo similar a las campañas financiadas por la RF: la

inversión en investigación y tratamiento era siempre en función de algún intercambio socioeconómico que beneficiaba más a una minoría que a la mayoría del país. Sin embargo, es preciso que no veamos estos problemas como producto exclusivo de la intervención y mentalidad estadounidense. No solo hubo cooperación por parte de los médicos puertorriqueños sino correspondencias y estrategias de apropiación.

Durante este periodo un sector de la clase médica puertorriqueña se organizó bajo la AMPR y buscó representar los intereses de clase de los médicos en Puerto Rico. Las dinámicas de la clase médica durante este periodo fueron complejas, reflejando, por un lado, las tensiones que había ante el trato desigual que recibían de las autoridades comparado con los médicos estadounidenses; y, por el otro lado, las correspondencias que había en torno a los métodos y medios para solucionar los problemas “médico-sociales” del País. La cooperación directa en las campañas de Ashford y la afiliación a instituciones educativas estadounidenses facilitó que varios médicos puertorriqueños participasen de los procesos, instituciones y políticas gubernamentales y sanitarias del País. Las resistencias abiertas y en contra, por parte de la AMPR, hacia las autoridades estadounidenses no fueron algo explícito durante este periodo; y parte del problema fue también la promoción de una imagen del médico como un profesional apolítico, neutral y, por consiguiente, objetivo y mejor capacitado para atender los problemas no solo higiénicos sino sociales del País. Sin embargo, como hemos visto a través de todo este capítulo, los médicos rara vez eran neutrales y apolíticos. No solo eso, sino que abundaba la retórica sensacionalista, los moralismos y los clasismos.

Tal vez lo más relevante es notar cómo en Puerto Rico se articuló un lenguaje eugenésico que atravesó el discurso higienista preventivo. Dicho lenguaje eugenésico se presentaba como la alternativa “moderna” y “optimista” ante los fracasos y malas “herencias” del país. Lo interesante es notar como selectivamente se apuntaba a la importancia de mejorar el “medio” a la misma vez

que se apuntaba a los obstáculos y déficits que impedían dichas transformaciones. Esta estrategia buscaba reforzar la noción de que ya existían unas degeneraciones y fallas que eran prácticamente irreversibles, y en estos argumentos lo heredado y lo adquirido, lo social y lo biológico, confluían y colapsaban bajo el mismo ideario eugenista. Durante este periodo, Valle Atilés es la figura que más se destaca, pero igualmente encontramos en Quevedo Báez, Paniagua, Lanauze y, entre otros, Fernós Isern un lenguaje eugenésico que promovía la limitación de la prole e insistía en que existían unos elementos retrógrados y degenerativos que eran heredados, irreversibles y, por lo tanto, obstaculizaban la regeneración y “modernización” de Puerto Rico. El discurso higienista preventivo apuntaba entonces a una serie de figuras como las “responsables” de dicha degeneración, a la misma vez que los minusvaloraba, infantilizaba y estigmatizaba como “irresponsables”: los jíbaros blancos (en particular los que migraban a la urbe), las madres pobres e ignorantes (conjunto casi indisociable en la época), los “débiles mentales” o “pseudonormales” y la negritud.

Este lenguaje eugenésico no era una instancia anómala ni hubo resistencia explícita contra dicho eugenismo por parte de la mayoría de los médicos. Similar al particular racismo puertorriqueño (que era y es distinto al estadounidense), las posturas eugenésicas eran articuladas como alternativas humanitarias, realistas y modernas, libres de sentimentalismo, prejuicio e intereses políticos. Igualmente, se asumía que, tarde o temprano, lo ideal era que la Naturaleza lograra la desaparición de esos elementos problemáticos e indeseables de la sociedad, sea ya el débil mental y el tuberculoso o inclusive el negro. Lo interesante es ver cuán sutil era la presencia de este lenguaje eugenésico dentro del discurso higienista preventivo, y como este fue menos controversial y abiertamente confrontado que las posturas neomaltusianas (como fue en el caso de Lanauze y su discusión con los curas dominicos). Hasta cierto punto, las posturas eugenistas no

proponían necesariamente un ideal de salud muy distinto a lo propuesto por muchos médicos e intelectuales del país. Dicho ideal se amparaba en una concepción de salud no solo como “regeneración” sino como mejoramiento, perfección y superación del estado actual. Esta imagen de salud reforzaba las preocupaciones finiseculares de que los puertorriqueños eran una “raza” degenerada y/o estancada, suspendida en un porvenir y desenvolvimiento inacabado, y proponía como solución medidas para “mejorar la raza”.

A su vez, la curiosa mezcla de nihilismo y optimismo que encontramos en la retórica eugenista buscaba proponer remedios inmediatos para detener la “infección” y “epidemia” de venenos supuestamente irreversibles y que las autoridades no habían logrado contener. De ese modo, proponían que la transformación era posible, pero solo podía lograrse a través de medidas que invocaban la abstención, la esterilización y/o limitación de la prole. Es preciso notar que esta retórica eugenista era selectivamente transformista/lamarckiana (a tono con la eugenesia latina) cuando le convenía, en particular cuando buscaba demostrar que el mestizaje apuntaba a un perfeccionamiento de las razas. Dicho perfeccionamiento debe entenderse como una modalidad de blanqueamiento, que integraba elementos de racismo cultural. A su vez, este discurso higienista eugenésico no tuvo renuencias con proponer medidas preventivas de eugenesia negativa (y más cónsonas con los eugenistas estadounidenses). No se trata de una estrategia ni de un discurso que es una simple síntesis o mezcla de “dos culturas” (la latina y la anglosajona) sino de una apropiación que refleja la complejidad de las dinámicas de la colonización y el particular giro que asumieron los médicos e intelectuales puertorriqueños dentro de dichas dinámicas. Idealmente, los médicos promovían que el proceso de asimilación/absorción, el cual tenía claros objetivos eugenésicos, debía ser visto como “natural” y “voluntario” (o al menos producto de la Voluntad) en oposición a coercitivo y forzado. Los efectos de este discurso van a quedar mejor delineados en

las próximas décadas cuando se conforme no solo la primera Junta Insular de Eugenesia sino todo un proyecto de limitación de la prole y patologización de los puertorriqueños pobres.

Capítulo V

Reconstruir, rehabilitar y sanear un país deprimido, mal-adaptado y sobrepoblado: pervivencias, rupturas y resignificación del discurso médico puertorriqueño (1930-1948)

Si en las primeras tres décadas del siglo XX encontramos una serie de transformaciones que, por lo general, tienden a ser asociados a la intervención estadounidense, lo que acontece en las décadas de los treinta y cuarenta son tanto una extensión, como una ruptura y actualización de estas. Hay ahora un mayor protagonismo de los profesionales puertorriqueños en tratar de organizar, ejecutar y actualizar una serie de instituciones y servicios que habían sido ignorados durante las primeras décadas del siglo XX. También podemos notar cómo perviven y se rearticulan ciertos prejuicios, imaginarios e intereses de clase social a través de un discurso médico que, a tono con el discurso nacional de reconstrucción y rehabilitación social de la décadas de los treinta y cuarenta del siglo XX, va a problematizar la pobreza. Esta rehabilitación social continuaba sosteniendo el imaginario de que los puertorriqueños, en particular sus profesionales y elites, eran blancos, y por consecuente la negritud era un elemento insignificante, cuando no enfermizo y resentido, dentro de los proyectos nacionales. Igualmente, se continúa sosteniendo como normativas la domesticidad en las mujeres y la necesidad de educar higiénicamente a los pobres, a quienes consideraban una masa retrógrada, inadaptada, nerviosa e ignorante.

Un giro importante que notamos es como el lenguaje eugenésico pervive y es rearticulado a través de las teorías y prácticas neomaltusianas. Hasta cierto punto, el discurso maltusiano era más compatible con los discursos de recuperación de la época y los aparentes cálculos científicos

dirigidos a prevenir y remediar los supuestos excesos de los pobres, quienes fueron conceptualizados como la supuesta causa etiológica de la sobrepoblación¹. Lo preocupante de este giro es cómo coincide con un mayor énfasis general, dentro del discurso higienista, en lo “médico-social” y en identificar y medicalizar más los llamados “problemas sociales”, como si fuesen problemas no solo biológicos sino psicológicos. De esa forma, la complejidad de los problemas sociales asociados a la pobreza se reducía muchas veces a problemas supuestamente psicológicos que, por lo general, tendían a ignorar las causas estructurales de la desigualdad económica.

Consecuentemente con la estructura de los capítulos anteriores, este capítulo tiene cuatro partes principales (incluyendo la conclusión) que van desde las transformaciones institucionales hasta cómo se rearticulaban nociones de salud y enfermedad a través de un discurso médico que resaltaba, muy a tono con los discursos de la época, la reconstrucción y rehabilitación social de los puertorriqueños, en particular los trabajadores pobres, los tuberculosos y las madres pobres que requerían medidas contraceptivas.

La primera parte se centra en discutir las transformaciones institucionales que van a lograrse a partir de la Gran Depresión, el *New Deal* del presidente Roosevelt y la PRERA (*Puerto Rico Emergency Relief Administration*), las cuales llevaron a la estructuración de un programa de servicios médicos más expansivos y que fueron el producto no solo de fondos federales, filantropía e intervencionismo estadounidense, sino que requirieron del esfuerzo y organización de profesionales puertorriqueños. También discutiremos el panorama epidemiológico y como continuaron las campañas de anemia y malaria, y se organizaron los programas y campañas para finalmente atender con cierto grado de prioridad la alta mortalidad por tuberculosis. También se

¹ No hay que olvidar que el maltusianismo, ya desde sus inicios a finales del siglo XVIII, no solo consideraba que la pobreza era la raíz de los problemas de sobrepoblación, sino que se oponía a medidas estatales de beneficencia y caridad. Ver Iris López, *Matters of Choice* (London: Rutgers University Press, 2008), 4.

llevaron a cabo las primeras investigaciones “médico-sociales” sobre las condiciones socioeconómicas de los trabajadores y se articularon leyes, programas y mecanismos de índole eugenésico y neomaltusiano que facilitaron la formación de una Junta Insular de Eugenesia y programas de contracepción y esterilización. También indagaremos los debates en torno a la fundación de la primera escuela nacional de medicina y las controversias en torno al cierre de la Escuela de Medicina Tropical (EMT) y como este reflejaba los particulares sesgos, tanto clasistas como colonialistas, que tenía ciertos sectores de la clase médica y de las autoridades estadounidenses que consideraban que el país no era “apto” para tener su propia escuela.

En la segunda parte nos centramos en los modos que los médicos representaban y asumían sus saberes y roles, en particular a través de la figura del “especialista”. Nuevamente, como vimos en las décadas anteriores, los médicos, en particular los especialistas, van a (re)presentarse como figuras idóneas para educar y dirigir los procesos sociales, políticos y económicos del país. A tono con las transformaciones institucionales vamos a ver la proliferación de especialidades, en particular aquellas que buscaban regular la reproducción natal y lo “médico-social”. Por lo tanto, vamos a discutir la relevancia, proliferación y confluencia del trabajo social, la psicología o “higiene mental” (como va a ser referida en ocasiones) y los estudios poblacionales (con sesgos claramente neomaltusianos) dentro del discurso médico-social. Veremos cómo el significante “social” colapsa y se confunde en este contexto con razonamientos moralistas (ahora resignificados como psicológicos) y biologicistas que se enfocaban en el “ambiente” de forma muy reducida y selectiva (aunque más expansiva que en décadas anteriores). Cerramos esta parte analizando cómo la clase médica representaba sus intereses económico-políticos de clase, en particular cuando se oponía a la centralización de los servicios médicos (para así sostener su autonomía financiera) y la edificación de una escuela nacional.

La tercera parte se va a centrar en: 1) definir cómo se fue resignificando lo que era saludable, sano y enfermizo dentro del registro, cada vez más amplio e indeterminado, del discurso médico moderno de la rehabilitación social; 2) cómo se rearticulaban y resignificaban las figuras biopolíticas anteriores (del jíbaro, los obreros, la madre disgénica y el negro “blanqueado”) a través del énfasis en la pobreza y la sobrepoblación. Vamos a discutir cómo se fue conformando una concepción de “salud indeterminada” que justificaba una mayor intervención del Estado y de los saberes médicos en regular no solo “lo social” sino los modos de vivir, de producir y reproducir lo óptimo en pro de alcanzar un supuesto estado de bienestar y armonía absoluta. Las figuras del tuberculoso irresponsable, los fóbicos nerviosos (o “miedosos”) y la madre ignorante que no usaba contracepción van a servir como distracciones dentro de este discurso de rehabilitación social; a la misma vez que el enfoque en la pobreza va a servir para eclipsar los prejuicios y problemas relacionados al sexismo, el racismo y, paradójicamente, el clasismo.

Por esa razón vamos a cerrar tratando de contextualizar ciertas correspondencias entre los discursos y saberes médicos y los de la elite cultural de la época, en donde tenemos intelectuales, en particular los de la llamada “generación de los treinta” (como Antonio S. Pedrera y Tomás Blanco), que destacaban la necesidad que el país se recuperara, renovara y adquiriera su propio carácter y autonomía.² Sea ya en el discurso médico o en el de los intelectuales de la generación de los treinta, encontramos la tendencia siguiente: las mujeres obreras y, en general, los negros no eran vistos como protagonistas ni elementos dignos de definir el destino identitario y político del

² Estos intelectuales reforzaron valores que ellos consideraban necesarios para forjar una Modernidad “armoniosa” (bajo el significante de la “Gran Familia”), como era la hispanidad, el catolicismo y, entre otras cosas, el urbanismo. Dicho enfoque podemos verlo también en otros intelectuales similares en Brasil (Gilberto Freyre), Cuba (Fernando Ortiz), Argentina (Ezequiel Martínez Estrada y Ricardo Rojas) y México (Samuel Ramos y José Vasconcelos). Para más detalles, ver María Elena Rodríguez, “Tradición y modernidad: el intelectual puertorriqueño ante la década de los treinta” *Op. Cit.* III, (1987-1988): 45-66; 47-48, 56-63 Arcadio Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco: La reinención de la tradición”, *Op. Cit.* IV (1988-1989) 147-182, 151-152; Arcadio Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco: Racismo, historia, esclavitud”, 14-91, en *Obras completas de Tomás Blanco III: El prejuicio racial en Puerto Rico* (Ediciones huracán: Río Piedras, 1985).

País (pese a evidencia de lo contrario, sea ya la presencia de mujeres obreras, feministas e intelectuales y médicos negros).

I. La edificación de un nuevo orden sanitario

Para entender mejor el contexto de este periodo de las décadas de los treinta y cuarenta (justo antes de que Luis Muñoz Marín fuese Gobernador en el 1948) tenemos que considerar: a) las instituciones, los programas y la reorganización que va a tener el Departamento de Sanidad, junto a los servicios, roles y funciones que va a tener a partir del *New Deal*; b) los nuevos espacios de producción científica, junto a los debates emergentes más pertinentes, tanto a nivel intelectual como legal (en particular las nuevas leyes maltusianas); c) el panorama epidemiológico, desde los cambios en tasas de mortalidad hasta las campañas sanitarias más relevantes (anemia, tuberculosis, malaria, sífilis y mortalidad infantil), lo cual incluye las campañas en torno a los problemas socioeconómicos y la sobrepoblación.

A. Instituciones, proyectos y expansiones

No es posible comprender las transformaciones más pertinentes en torno a la organización y prácticas de los servicios sanitarios sino tomamos en consideración los efectos del *New Deal* de Frank D. Roosevelt, lo cual llevó a la conformación del *Puerto Rico Emergency Relief Administration* o PRERA en el 1933. En el 1934, surge el *Puerto Rico Rehabilitation Administration* o PRRA, basado en el plan del Dr. Carlos Chardón, y que tuvo como director del área de salud al Dr. Pablo Morales Otero³. Será a partir de estos momentos que se van a expandir los servicios de las Unidades de Salud Pública (de ahora en adelante, referidas simplemente como las Unidades), se conformarán centros de tratamientos gratuitos, mayores visitas de enfermeras a

³ Rafael Fernández Feliberti y Roberto Rodríguez, “Compendio de los primeros cien años de artículos científicos, escritos, documentos, editoriales y datos históricos sobre la medicina a la luz de los tiempos...del Boletín Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR* XCIV (1-12) (2002): 5-18, 7-8

domicilio y, entre otras cosas, se organizarán servicios de Planificación Familiar. De un modo u otro PRERA y PRRA promovieron un discurso económico de “recuperación”, cónsono con los anteriores discursos de Modernidad y Progreso, que también facilitó la edificación y extensión de los servicios de salud, lo cual incluyó no solo la extensión de servicios a áreas antes sin acceso suficiente (en particular en las áreas rurales) sino una mayor presencia de los médicos especialistas, de los servicios hospitalarios y clínicos, y de una educación higiénica que incluyó puericultura y métodos anticonceptivos.

1. La Gran Depresión, el *New Deal* y los discursos de recuperación

Para principios de la década de los treinta tenemos tres eventos significativos, en tanto y en cuanto influyen en cómo se organizan las estructuras de salud pública durante las próximas dos décadas: los huracanes del 1928 y 1932 (San Felipe y San Ciprián), la Gran Depresión y el *New Deal* en el 1933. La concurrencia de los huracanes y la Gran Depresión llevó, como veremos más adelante, un aumento en los casos, y respectivas tasas de mortalidad, de malaria, trastornos gastrointestinales y tuberculosis. El alza en mortalidad estaba relacionada al aumento en la desnutrición, pobreza y falta de recursos accesibles para la mayoría del país⁴.

El *New Deal* es relevante por su rol en la formación de PRERA y PRRA, y estos en la expansión y conformación de un sistema de servicios de salud más extenso y especializado. Lo más que nos compete es contextualizar los efectos del *New Deal*, en particular la conformación de PRERA y PRRA, y como tales proyectos estructuraron los programas y servicios de salud pública además de la relación entre los profesionales médicos puertorriqueños y el Estado. En el 1933 se establece PRERA como una extensión de FERA (*Federal Emergency Relief Administration*), bajo el liderazgo administrativo de James Bourne (su esposa Dorothy Bourne fue directora de Servicios

⁴ Ver Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 8.

Sociales en la Isla) y organizado a través de una serie de negociados y divisiones que recorrían desde agricultura hasta educación y servicios sociales⁵. En teoría PRERA suponía ser un proyecto de emergencia, pero en realidad tal se convirtió, desde sus inicios, en un programa nacional de recuperación. Más que una intervención del “exterior” (entiéndase una imposición estadounidense) PRERA se (re)presentó como una oportunidad endógena de Progreso. Para lograr esto, las autoridades asociadas a PRERA asumieron y se apropiaron de una retórica nacionalista y patriótica para lograr sus objetivos, integraron mayor participación de profesionales puertorriqueños y resignificaron, al punto de casi eclipsar, la relación colonial con los Estados Unidos⁶.

A través de PRERA, diversos negociados y divisiones se dedicaron a varios procesos de “alivio” y “reconstrucción”, desde organizar las asistencias económicas y las ofertas de empleo hasta la construcción de carreteras y escuelas⁷. Uno de los efectos más reconocidos (inclusive a nivel historiográfico) fueron los programas agrícolas⁸ y la regulación de los precios del azúcar⁹. Para nuestros fines llama la atención la conformación de Escuelas Maternales, los programas de leche (o “Estaciones de Leche”), la expansión de dispensarios y la construcción de viviendas mejores para trabajadores (los llamados “barrios obreros”)¹⁰. Ya esto lo retomaremos en otro momento, por ahora nos interesa señalar, a tono con el análisis del historiador Manuel Rodríguez Vázquez, que PRERA fue un proyecto complejo de desarrollo, construido cuidadosamente junto

⁵ Ver Manuel Rodríguez Vázquez, *Power and development: The Puerto Rico Emergency Relief Administration and the emergence of a new colonial order, 1933-36* (Temple University: Ph Diss, 2001), 139-40. También aparecen detalles y menciones en Guillermo Arbona, *Memorias* (San Juan: La Editorial UPR, 2007), 43.

⁶ Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 174-75, 177.

⁷ Respecto a los negociados, divisiones y funciones que operaron bajo PRERA, ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 141-45.

⁸ Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 147, 191-92.

⁹ Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 114, 128-29, 131, 137-38.

¹⁰ Vale señalar que el análisis de los servicios sanitarios tiende a ser lo menos elaborado en los análisis historiográficos (con ciertas excepciones) y por eso más adelante nos detendremos en las funciones y servicios de estas nuevas estructuras, en particular la expansión de los dispensarios y la formación especial de dispensarios rurales. Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 185-86, 199.

a un discurso de Progreso y Modernidad que buscaba transformar, a largo plazo, la relación colonial entre Puerto Rico y Estados Unidos¹¹. PRERA fue visto por las autoridades estadounidenses como una alternativa para redefinir la dominación colonial y hacer inclusive más tolerable/aceptable la presencia e intervención estadounidense (en particular ante las críticas del Partido Nacionalista y las huelgas de la primera mitad de la década de los treinta)¹².

Nos parece relevante como el análisis de Rodríguez Vázquez ha resaltado el rol que tuvo los profesionales puertorriqueños¹³ en poner en práctica las iniciativas de PRERA. Dicho análisis nos permite apreciar como una elite social puertorriqueña negoció con el poder colonial para mutuamente fortalecer sus respectivas posiciones de poder; señalamiento que pudiese corresponder y complementar los ya señalados argumentos de Nicole Trujillo en torno a la relación entre los médicos puertorriqueños y las autoridades estadounidenses durante las primeras dos décadas del siglo XX¹⁴.

Aunque PRERA termina en el 1936, el Plan Chardón (llamado después PRRA) es en muchos sentidos una continuación de este enfoque desarrollista, progresivista y modernista. PRRA inicia desde el 1935, en acorde con el *Emergency Relief Appropriation Act* y a través de fondos adicionales de esta misma acta (del 1935-38), como un modelo de “reconstrucción permanente” (y no ya un “alivio” temporal). Dicho modelo condujo la construcción de una infraestructura nueva

¹¹ Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 1, 4.

¹² Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 239-40, 242-43.

¹³ Bourne buscó integrar a profesionales puertorriqueños dentro de la burocracia de PRERA, en particular aquellos que estuviesen comprometidos con los discursos progresivistas y modernistas del *New Deal* de Roosevelt. Consecuente con ello, se promocionó cierta representación del profesional burócrata de PRERA como un oficial público de confianza, juvenil y contrario al político y demagogo tradicional del país (esto incluía también promocionar mujeres profesionales, en particular en la División de Servicio Social, que ya discutiremos en otra sección). Con PRERA se vio el emerger de una profesión de puertorriqueños que obtuvieron puestos de prestigio y autoridad, los cuales conformaron la plataforma para iniciar PRRA, y posteriormente obtener puestos al ganar Muñoz Marín en el 1948. Ver Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 157, 159-65, 181-82.

¹⁴ Rodríguez Vázquez, *Power and development*, 153, 156.

de salud y obras públicas, que incluía rehabilitación agrícola¹⁵, un plan de distribución de terrenos¹⁶ y construir viviendas accesibles y aprueba de huracanes¹⁷. La “efectividad” de PRERA, igualmente la de PRRA, resulta cuestionable (en tanto en cuanto lograran sus promesas de resolver los problemas económicos del país). No obstante, es incuestionable logró producir unos cambios significativos a nivel estructural (en particular en los servicios médicos y sanitarios) y fue un proyecto crucial para ciertos intelectuales y políticos del país, en particular los afiliados a Muñoz Marín y sus reformas¹⁸. La inversión económica fue sustancial (iniciando ya desde el 1933 y cesando en el 1955), cubriendo desde la construcción y extensión de estructuras y servicios sanitarios hasta la de construcción de servicios, obras y carreteras públicas¹⁹. Entre las iniciativas más prometedoras estaba el plan de distribución de terrenos y para crear medios de subsistencia local (además de fomentar el turismo, entre otros asuntos). Sin desestimar los logros relativos de PRRA como plan de reconstrucción económico²⁰, también hay que considerar las inversiones que hizo la milicia estadounidense durante la Segunda Guerra Mundial²¹.

¹⁵ Entre los aspectos, algo idealizados por el entonces director de la División de Sanidad (Pablo Morales Otero), era que PRRA iba a lograr “estabilizar el precio del azúcar” y “repartir de manera más equitativa los beneficios de la industria azucarera entre los propietarios de las centrales, los colonos y los obreros”. Ver Pablo Morales Otero y Manuel A. Pérez, “Labor sanitaria en las regiones rurales de Puerto Rico”, *PRJPHTM* XV, n°1 (1939): 65-88, 67.

¹⁶ El Plan Chardón tenía como un objetivo principal el dividir las plantaciones de azúcar de las corporaciones grandes a través de la Ley de 500 acres (que existía desde el 1900, pero no había sido ejercida por el Gobierno), para así rehabilitar otras industrias (como el café, las frutas y el tabaco), crear campos de subsistencia y promover, entre otras cosas, la industrialización y el turismo. Ver Geoff G. Burrows, *The New Deal in Puerto Rico: Public Works, Public Health and the Puerto Rico Reconstruction Administration* (New York, CUNY: Ph Diss, 2014), 97; Amílcar Cintrón Aguilú, “The 500 Acres Law”, *Enciclopedia de Puerto Rico*, recuperado en <https://enciclopediaprorg/en/encyclopedia/the-500-acres-law/>.

¹⁷ Burrows, *The New Deal*, 89-90.

¹⁸ Ver Gabriel Villaronga, “Constructing Muñocismo: Colonial politics and the rise of the PPD, 1934-1940”, *Centro Journal* XXII, n°2 (2010): 173-97, 178.

¹⁹ La mayoría del dinero (que del 1935 al 1955 fue 82 millones de dólares, lo cual equivale a cerca de 1.36 billones de dólares) se invirtió en el periodo de 1935 al 1943. Ver Burrows, *The New Deal*, 91, 93-94.

²⁰ Hasta cierto punto PRRA pudiese considerarse, según lo estima el historiador Geoff Burrows (y contrario a la mayoría de los estudios sobre el tema que lo considera, en muchos sentidos, un fracaso), exitoso en tanto en cuanto logró conformar un programa de reconstrucción económica de largo plazo. No obstante, esto no obvia sus limitaciones y problemas, entre los cuales estaban la falta de fondos, no haber logrado mucho de sus objetivos y que tal fue objeto de mucha corrupción y oportunismo político. Ver Burrows, *The New Deal*, 86.

²¹ Según el historiador José Bolívar Fesneda, hubo una “economía militar”, del 1939 hasta el 1948, caracterizada por

No es este el espacio para evaluar la eficacia de PRRA ni para analizar los problemas estructurales de la economía puertorriqueña, lo que nos interesa es apuntar por el momento cómo lo económico va a ligarse de forma muy particular a lo sanitario a través de un discurso nacional de reconstrucción que va a resignificar cómo se problematizan los problemas médico-sociales, en particular la pobreza. Como veremos más adelante, los adelantos y remedios empleados sí lograron mejorar varias de las carencias y negligencias institucionales, pero a la misma vez se continuará culpabilizando, patologizando e ignorando las necesidades de los pobres. Para entender mejor esto, remitamos entonces a los cambios institucionales y asociados a servicios sanitarios desde inicios de la década de los treinta hasta el 1948, acentuando a su vez las contribuciones de PRERA y PRRA.

2. Negociados, programas, centros y servicios sanitarios: aperturas y expansión

Durante la década de los treinta vemos, similar a lo visto en la década de los veinte, una mayor ampliación en la creación de negociados y programas que atendieran los problemas asociados a la falta de servicios de beneficencia, de ofrecimiento accesible de servicios médicos y de estructuras hospitalarias. Un cambio notable fue el crecimiento de las Unidades, las cuales iniciaron en el 1926 y para el 1938, con fondos adicionales de la *Rockefeller Foundation* (RF) suponían cubrir toda la Isla²². El crecimiento de los servicios de las Unidades y de la paulatina “hospitalización” de los modos de identificar, asistir y tratar a los pacientes va a facilitarse de forma considerable con PRERA. Sin embargo, el proceso será lento, y aún para finales de la década de los treinta se insistirá en la falta, a nivel municipal, de estructuras y servicios de identificación y tratamiento de

el gasto federal, en particular “el gasto militar en Puerto Rico y el crecimiento del ingreso por concepto de las exportaciones de ron que supuso la coyuntura de la Guerra Mundial” (siendo las aportaciones del gobierno estatal menores a las inversiones federales). Según el historiador, esta economía militar fue importante para la transición al proyecto de una economía industrial/manufacturera. Ver José L. Bolívar Fresneda, “La economía de Puerto Rico durante la Segunda Guerra Mundial: ¿Capitalismo estatal o economía militar?”, *Op.Cit.* XVIII (2007-2008): 205-260, 207-08, 211.

²² José Rigau Pérez, “La Salud en Puerto Rico en el Siglo XX”, *PRHSJ* XIX (4) (2000): 357-368, 359.

enfermedades. Similar a lo que ya vimos en las décadas anteriores, encontramos disputas en torno a la eficacia de organizar un sistema de servicios municipales y la necesidad de centralizar dichos servicios²³.

Por el momento, veamos algunas de las construcciones y funciones nuevas adjudicadas al Departamento de Sanidad. A partir de finales del 1930 (8 de diciembre) se había conformado un Negociado de Caridades para supuestamente organizar y financiar mejor las distintas instituciones que se asociaban a la caridad, la cual incluía el Manicomio, las escuelas de caridad (una de niños y otra de niñas) e instituciones correccionales para niños²⁴, el hospital de distrito de Ponce, el Instituto de Niños Ciegos, el Asilo para los Ciegos, Sordos y Mudos Indigentes, el Leprocomio y ciertos hospitales de tuberculosis²⁵. El Departamento de Sanidad, en particular la División de Salud Pública, estaba también a cargo de la administración de los sanatorios, recibiendo la colaboración de las ligas antituberculosas asociadas a La Asociación Antituberculosa de Puerto Rico²⁶ (quienes

²³ Por ejemplo, en el Informe del Gobernador del 1937 se declaraba: “In most municipalities the facilities for the proper diagnosis and treatment of patients are inadequate, and it is generally accepted that the present system of medical care by the municipal governments is a failure”. Como veremos en otra sección, varios médicos y autoridades sanitarias criticaron la ineficacia burocrática y financiera de los servicios médicos locales. Ver Blanton Winship, *Thirty-Ninth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1939), p.43.

²⁴ Entre estas instituciones vale la pena mencionar que en el 1939 se inaugura el renovado Hogar Insular para Niños (estuvo en Santurce hasta el 1933) y en el 1940 se inauguraba la Escuela Industrial Ana Roqué Duprey para niñas delincuentes en Ponce bajo la asignación hecha por PRRA. Desde principios del siglo XX existían escuelas correccionales, las cuales operaban mayormente como cárceles (y no pocas veces se seguían enviando niños y adolescentes a las cárceles). Para más detalles en torno a las primeras instituciones y las supuestas mejoras de esta época ver Feliz Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil en Puerto Rico” *RSS* VI, n°2-3 (1945): 18-24, 18-19; Carmen Pérez Marchand, “Influencia de la cultura española en el movimiento de beneficencia en Puerto Rico, III”, *RSS* V, n°1 (1944): 31-39, 33, 37.

²⁵ Los hospitales de tuberculosis de Caguas, Juncos y San Juan fueron financiados por el Departamento de Sanidad, al igual que el Preventorio de la “Sociedad para Evitar la Tuberculosis en Niños” en Guaynabo. Ver Theodore Roosevelt, Jr., *31st Annual Report of the Governor of Porto Rico* (Washington: United States Government Printing Office: 1932), 65-66.

²⁶ Dicha asociación fue fundada en el 1931 y parecer ser una extensión de la Liga Antituberculosa fundada en el 1907 (la cual mencionamos en un capítulo anterior). Esta asociación se fundó con la finalidad de asistir y cooperar con las campañas antituberculosas, recibiendo también el apoyo de la Asociación Americana Nacional contra la Tuberculosis y la Asociación Americana Pro-Salud del Niño. Ver Roosevelt, *31st Annual*, 65; O. Costa Mandry, “La tuberculosis—su aspecto médico-social en Puerto Rico”, *BAMPR* XXII, n°189 (1931): 227-41, 236; José Rodríguez Pastor, “Lo que se ha hecho en Puerto Rico para combatir la tuberculosis”, *BAMPR* XXV, n°4 (1933): 266-71, 267; José Rodríguez Pastor, “Facts about tuberculosis in Puerto Rico”, *BAMPR* XXVI, n°1 (1934): 1-4, 3; Jacobo Simonet, “Editorial: La lucha antituberculosa en Puerto Rico”, *BAMPR* XXXI, n°7 (1939): 255-57, 255.

inclusive, en algunos casos, eran quienes los dirigían a nivel local²⁷).

A partir de mediados de la década de los treinta, se organiza la construcción de cuatro hospitales de distrito. La construcción de estos hospitales se facilitó a partir del censo llevado a cabo en el 1934 por los médicos Joseph Mountain, Elliot H. Pennel y Evelyn Flint respecto a los servicios “asistenciales” y médicos en el país²⁸. Los cuatro hospitales fueron construidos en el área norte (Bayamón, Arecibo, Fajardo y Aguadilla) y se esperaba que estuviesen funcionando en el 1939; sin embargo, solo dos de los cuatro estaban realmente en operación para inicios de la década de los cuarenta (y el resto para el 1944)²⁹. La construcción de los cuatro hospitales suponía remediar los conocidos problemas municipales para tratar los casos de “caridad” y/o “indigentes” y facilitar la centralización de dichos servicios bajo la Junta Territorial de Beneficencia (*Territorial*

²⁷ Desde el 1930, por iniciativas de las ligas locales antituberculosas en Aguadilla y Mayagüez se organizó un “hospitalillo” en el primer pueblo y un sanatorio en el segundo (cabida de 48 camas). En el 1933 se construye el sanatorio de Mayagüez, el cual tenía cabida para 47 pacientes, y si bien lo dirigía el Departamento de Sanidad, era administrado por la Liga Antituberculosa de Mayagüez. Al parecer dichas ligas asistían también al Departamento de Sanidad en la formación de “Salas de Descanso” en las escuelas públicas, hechas para aislar y examinar niños (hacerles pruebas de tuberculina y tomar placas radiográficas). Ver Rodríguez Pastor, “Lo que”, 267; “Editorial: Historia del sanatorio antituberculoso de Mayagüez”, *BAMPR* XXV, n°4 (1933): 263-264, 264; Simonet, “Editorial: Lucha”, 161

²⁸ Dicho censo se dio a partir de una recomendación del Cirujano General de los Estados Unidos. A partir de dicha investigación en el 1935 se sometieron una serie de recomendaciones, de la cual surgió una ley (el proyecto de ley *Charity Hospital Act* No. 29 del 1935) para organizar la filantropía/caridad médica en la Isla, y, entre otras cosas, financiar (con dinero federal) la construcción de cuatro hospitales de distrito. Dichos hospitales suponían estar bajo el mando del Departamento de Sanidad y las sugerencias provistas por la recién formada, en el 1935, Junta Territorial de Beneficencia (*Territorial Charities Board*). Ver Blanton Winship, *Thirty-Seventh Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1937), 43; Blanton Winship, *Thirty-Eighth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1938), 33; “Legislación de Interés para el Médico”, *BAMPR* XXX, n°5 (1938): 188-202, 188.

²⁹ Se planificó ampliar a siete hospitales, sin embargo, aún para el 1941 solamente los de Fajardo y Bayamón tenían el equipo, y ambos cualificaban dentro de la lista de hospitales para internados en la AMA (el de Bayamón ya había cualificado desde el 1940). Para el 1944 ya estaban operando los cuatro, inaugurándose el de Aguadilla en ese mismo año. Ver Winship, *38th Annual*, 33; Winship, *39th Annual*, 43; William D. Leahy, *Fortieth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1940), 27 ; Guy J. Swope, *Forty-First Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1941), 28; Tugwell, *44th Annual*, 19; Eduardo Rodríguez Vázquez, Francisco J. Muñiz, Carmen Santos-Corrada y Bernard Christenson, “Historia de las instituciones de salud y educación médica en Puerto Rico del siglo XVI al XX”, *Revista puertorriqueña de medicina y salud pública* XLII (2013/2015), recuperado en <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/general/historia-de-las-instituciones-de-salud-y-educacion-medica-en-puerto-rico-del-siglo-xvi-al-xx/1064>.

Charities Board)³⁰. Si bien se construyeron otros hospitales especializados (no pocos privados)³¹ durante la década de los cuarenta, estos cuatro son importantes, como veremos más adelante, por representar, junto a las aludidas Unidades, la estatización de los servicios médicos en el país.

Permitiéndonos resumir las funciones y cambios pertinentes que tenemos a partir de la década de los treinta tenemos: 1) En el 1931 se asigna a Fernós Isern como Comisionado de Sanidad y se asigna un epidemiólogo del Estado, con funciones distintas y separadas al Jefe del Negociado de Enfermedades Transmisibles³²; 2) Fernós Isern será reemplazado por Edgardo Garrido Morales del 1933 hasta el 1942, cuando retornó nuevamente el cargo por cuatro años (1942-1946); 3) habrá una mayor regulación en torno a la supervisión de las comadronas, quienes estaban bajo la responsabilidad del Negociado de Higiene Infantil³³; 4) durante la década de los cuarenta hubo varias divisiones y negociados nuevos asociados al enfoque “médico-social”, entre los cuales estaba la de División de Bienestar Público (y el Negociado de Servicios Médico-Sociales³⁴) y la

³⁰ E. Garrido Morales, *Report of the Commissioner of Health to the Hon. Governor of Puerto Rico for the Fiscal Year 1938-39* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1940), 3.

³¹ Durante la década de los treinta se construyen hospitales contra la tuberculosis en Ponce, Guayama y Mayagüez, y en el 1940 se forma una clínica de cáncer provisional en el Hospital Díaz García (hoy el Hospital Manuel Pavía Fernández) fundado por el Dr. González Martínez (posteriormente, en el 1941, se desarrollará el Hospital de la Liga Contra el Cáncer, en la Calle del Parque en la Parada 23 en Santurce). Entre las clínicas privadas estaba las de: Pereira Leal (1931), San Rafael (1934) García Cabrera (1935), Biascochea (1937) y Maldonado (1944). Ver Manuel de la Pila, “La Institución “Hospital en Puerto Rico”, *BAMPR XXXIX*, n° 7 (1947): 260-67, 264; Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 7-8.

³² Fernós Isern, a partir de febrero de 1931 había sido asignado, al renunciar Ortiz, como Comisionado de Sanidad. Ver Theodore Roosevelt, Jr., *31st Annual Report of the Governor of Porto Rico* (Washington: United States Government Printing Office: 1932), 59-60.

³³ Este Negociado obligaba a las comadronas a asistir a reuniones mensuales en las Unidades para recibir instrucción y entrenamiento adicional. No atender dichas reuniones podía llevar a que se revocase el certificado para practicar legalmente como comadrona o *midwife*. Ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 98.

³⁴ La División de Bienestar Público inició como una sección de Servicio Social dentro de la División de Salubridad en PRRA. La División de Bienestar Público, en donde trabajaban muchos de los trabajadores sociales, estaba a cargo de las tres instituciones insulares para niños dependientes, el Asilo de Ciegos, administraba las admisiones de los niños y niñas a instituciones de caridad y orfanatos, y de las admisiones al Manicomio. También asistía en servicios para pacientes en los centros antituberculosos (proveyéndoles transportación, por ejemplo) y encargarse de actividades respecto a bienestar de los niños y trabajo social. Además de la mencionada División, el Negociado de Servicios Médico-Sociales eran el otro espacio en donde más encontramos los servicios de los trabajadores sociales. Estas divisiones pueden verse en el listado de colaboradores, al menos desde el volumen 4 del 1943 de la Revista de Servicios Sociales (*RSS*). Ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 14-15; Rexford G. Tugwell, *Forty-Third Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1944); Belén Milagros Serra, “Bienestar Público en Puerto Rico: Desarrollo histórico”, *RSS X*, n°1 (1949): 16-32, 26.

de Epidemiología y estadística Demográfica³⁵; 5) la formación de la División de Salubridad (en ocasiones llamada División de Sanidad y en otras División Sanitaria) bajo PRRA, la cual organizaba, trataba y analizaba (a nivel investigativo) asuntos de sanidad rural³⁶. Esta última División suponía asistir en mejorar las condiciones de vivienda y subsistencia, entre las cuales estaba la creación de las “pequeñas granjas”³⁷.

Como veremos más adelante, esta nueva organización de los servicios sanitarios reflejaba también ciertos ideales en torno a gubernamentalidad y al rol de los especialistas, y hablar de lo “médico-social” permitía este empate, porque los asuntos médicos no se reducían a la identificación de enfermedades infecciosas sino de otros tipos de malestares que podían afectar la recuperación del cuerpo enfermo o potencialmente enfermizo. Para poder entender mejor esto hay que elaborar sobre el rol de las Unidades. Se supone que la lógica del programa de sanidad rural era, según Morales Otero, poder extender los servicios de las Unidades, y con ello tener en un “solo organismo” los servicios y asistencias asociadas a prevención, tratamiento (curación) y educación³⁸. En otras palabras, suponía ser, a su modo, una especie de “hospital” transitorio (ante la falta de hospitales) y un “centro” de entrenamiento y educación. Era, hasta cierto punto, un remedio transitorio, pero a la vez el prototipo de lo que debían ser los centros y hospitales de tratamientos modernos.

³⁵ Tugwell, *43rd Annual*, 28.

³⁶ Para detalles sobre las distintas divisiones dentro de esta División ver Pablo Morales Otero y Manuel A. Pérez, “Labor sanitaria en las regiones rurales de Puerto Rico”, *PRJPHTM* XV, n°1 (1939): 65-88, 69.

³⁷ Estas eran las llamadas “granjas de subsistencia”, las cuales PRRA iba a vender a los trabajadores, a largo plazo y de ese modo proveerles “a crédito, algunos animales domésticos” y una “construcción solida (resistente contra los huracanes)”. Durante un breve periodo (1936-37) se montaron “campamentos de reconstrucción” para los trabajadores, proveyendo “educación social, inculcándoles hábitos higiénicos y alimenticios y transmitiéndoles conocimientos agrícolas e industriales”, además de operar como un espacio para la selección de los “campesinos más capacitados” para la adquisición de las pequeñas granjas. Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 68-69, 74.

³⁸ Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 70.

3. Las Unidades de Salud Pública: función, relevancia y extensión

Con las inversiones de PRERA hubo un aumento significativo en la cantidad y funciones de las Unidades³⁹. Las Unidades se suponía que funcionaran como estructuras administrativas locales dirigidas por médicos y especialistas en sanidad⁴⁰. Las funciones de las Unidades eran muy amplias⁴¹, desde el estudio, control y tratamiento de mujeres, niños y trabajadores hasta inspecciones escolares y domiciliarias, además de análisis microbiológicos, dispensación de certificados de salud y llevar a cabo actividades de educación sanitaria y tratamiento accesible⁴². Entre los servicios relevantes estaban los tratamientos de tuberculosis a través de intervenciones quirúrgicas como el neumotórax y el control y el tratamiento de la malaria, de parásitos intestinales y de enfermedades venéreas, teniendo además cada servicio un componente de orientación educativa⁴³. El aumento progresivo de las Unidades en estos primeros años es impresionante, cubriendo cada vez más municipios y pueblos, e impartiendo cada vez más conferencias de educación sanitaria, visitas domésticas de enfermeras (prestando particular atención a

³⁹ Del 1926 al 1931 se habían construido 7 Unidades, y al iniciar PRERA dicha cifra aumenta a 28 Unidades adicionales. Ver Winship, *35th Annual*, 51; Eduardo Rodríguez Vázquez, “Dr. Antonio Fernós Isern: obra médica (1915-1946)”, en *Dr. Antonio Fernós Isern: De médico a constituyente*, ed. Héctor Luis Acevedo, (San Juan: CIEDP, 2014), 241-84, 264-65.

⁴⁰ Cada Unidad debía tener no solo empleados e inspectores sino médicos “dedicados completamente al trabajo sanitario”. Desde inicios de la década de los treinta (en el 1931) se había reglamentado que cada Unidad suponía tener un oficial medico de tiempo completo (*full time*), varias enfermeras de salud pública, trabajadoras sociales, inspectores sanitarios, un microscopista y un conserje. Ver Roosevelt, *31st Annual*, 6; Edgardo Garrido Morales, “Progress in tuberculosis control in Puerto Rico”, *BAMPR XXIX*, n° 4 (1937): 122-26, 122; respecto a la función de las Unidades ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 70.

⁴¹Para una lista de las varias funciones de las Unidades ver la sección del Informe del Comisionado de Sanidad según aparece reproducida en Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 70; ver también Roosevelt, *31st Annual*, 66

⁴² Por ejemplo, basándonos en el testimonio de Guillermo Arbona en sus *Memorias*, quien trabajó, entre otras cosas, como médico funcionario en una de las Unidades en el 1934. Vale recordar que Arbona fue Secretario de Salud del 1957 al 1966, además de haber tenido varios puestos administrativos y ser una figura clave en la regionalización de los sistemas de salud. Según Arbona, en las Unidades se hacían análisis de: sangre para malaria y parásitos, de identificación de tuberculosis y de orina. Estos análisis eran necesarios para así despachar los certificados de salud. Se ofrecía además educación sanitaria, se atendían casos a modo de una clínica prenatal y postnatal, lo cual incluía tratar la salud de niños y llevar a cabo visitas a escuelas. Ver Arbona, *Memorias*, 20-22.

⁴³ Arbona, *Memorias*, 42-43.

enfermedades transmisibles), inspecciones escolares, análisis de laboratorio, inmunizaciones y consultas en clínicas prenatales, entre otros servicios⁴⁴.

En el 1935 las Unidades se expanden a las áreas rurales, en donde se crearon “centros médicos⁴⁵” (cada uno con tres dispensarios y servicios especializados) y clínicas ambulatorias⁴⁶. Estas unidades rurales llevaban a cabo servicios similares de control, identificación y tratamiento a sus análogos urbanos, con visitas de enfermeras, inspectores y trabajadores sociales que buscaban evaluar el “medio” y ofrecer educación higiénica (como por ejemplo enseñar a identificar y extinguir criaderos de mosquitos⁴⁷ y ofrecer talleres higiénicos⁴⁸). En el Informe del Gobernador del 1938 se recalca como después de 12 años se había logrado tener servicios médicos en cada municipio del país⁴⁹. Al respecto, Garrido Morales celebraba los logros de las Unidades y consideraba que la Unidad era la forma más adecuada de organización, y la más a tono con el conocimiento “moderno” de la “medicina preventiva”⁵⁰. Sin embargo, para finales de la década de

⁴⁴ Para dar una idea de la cobertura, tanto de funciones como cantidad de casos atendidos, de dichas Unidades, en el periodo del 1933-1934, había 20 Unidades, cubriendo 38 municipalidades o un total de 1,054,573 personas. Del 1936 al 1937 las Unidades ya cubrían 71 municipios de un total de 76. Inclusive si tomamos el periodo bajo PRRA, del 1934 al 1938 (cuando supuestamente termina la construcción de estas Unidades), las Unidades habían atendido 51,711 casos de higiene infantil, 27,172 casos prescolares, hecho 664,435 exámenes de niños escolares y las enfermeras habían hecho 674,813 visitas. Ver Blanton Winship, *Thirty-Fourth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1934), 118; Winship, *35th Annual*, 180; Blanton Winship, *Thirty-Six Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1936), 44, 51; Winship, *37th Annual*, 41, 160-161; Winship, *39th Annual*, 43.

⁴⁵ Esta nueva organización de las Unidades creó “centros médicos”, espacios conformados por tres dispensarios y una serie de servicios médicos generales y especializados (incluyendo odontología y nutrición). Cada dispensario suponía atender tres barrios rurales. Este conjunto de dispensarios fue creado en los 14 distritos del país. Para más detalles en torno a su funcionamiento, horarios y distribución de roles de los especialistas en los “centros” ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 71-73, 74; Morales, *Report 1938-39*, 12; Norman Maldonado, “Historia de la regionalización. Parte 2”, *Galenus III*, recuperado en <http://www.galenusrevista.com/?Historia-de-la-regionalizacion&recherche=%22Centro%20M%C3%A9dico%22>.

⁴⁶ Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 70.

⁴⁷ Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 73.

⁴⁸ La enfermera encargada del dispensario visitaba las casas de los obreros, y anotaba el estado de salud de los ocupantes, los cuales iban a ser visitados posteriormente por el médico. Según explica Morales Otero la “investigadora social” hacía una “inspección detallada” de la “situación economicosocial” de todas las familias. Se les citaba entonces ir al dispensario para ser examinados, tratados y educados en “hábitos de limpieza” (incluyendo higiene oral) y las “bondades de una vida higiénica”. Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 72-73.

⁴⁹ Winship, *38th Annual*, 33.

⁵⁰ Ver E. Garrido Morales, *Report of the Commissioner of Health to the Hon. Governor of Puerto Rico for the Fiscal*

los treinta hubo un decaimiento en el crecimiento de los dispensarios rurales, el cual pudiese estar asociado parcialmente a la dirección de Garrido Morales (y a su afiliación republicana)⁵¹.

A partir de finales de la década de los treinta hubo otros cambios y patrones relevantes, usualmente asociados a los efectos de la Segunda Guerra Mundial: 1) un aumento de clínicas para tratar enfermedades venéreas⁵²; 2) a partir del *Social Security Act* se financiaron más servicios asociados a higiene maternal, rehabilitación vocacional y servicios para *child welfare*⁵³; 3) aumentan, desde inicios de la década de los cuarenta, los servicios asociados a tuberculosis y a cuidado prenatal, las inspecciones de niños en las escuelas y los Servicios Sociales; en particular a partir del 1942 cuando se expanden también los servicios de Trabajo Social a través de las Unidades, se inician programas de higiene escolar⁵⁴ y se crean más estaciones de leche⁵⁵; 4) se

Year 1937-38 (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1939), 2, 9; Edgardo Garrido Morales, "Developing a Comprehensive Health Service in Puerto Rico", *American Journal of Public Health* XXXII, n°1 (1942): 59-62, 60.

⁵¹ Según apunta Burrows, Garrido Morales, como algunos republicanos, no simpatizaba mucho con PRRA ni sus proyectos. Por ende, estos cambios a los dispensarios pudiesen deberse más a motivaciones ideológicas que médicas o económicas. Sabemos que en el 1938, al reducirse la inversión federal, el crecimiento de estos dispensarios disminuyó y en el 1939 solo se abrieron 30 (en el 1935 había 65) y estos operaban como subunidades de la Unidades, para así supuestamente evitar, según Garrido Morales, una duplicación innecesaria de trabajo. Ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 12; Guillermo Arbona, "Public Health care in Puerto Rico", *BAMPR* XL, n°6 (1948): 152-54, 152; Burrows, *The New Deal*, 140, 143.

⁵² En el 1938 se utilizaron fondos provistos por la *LaFollete-Bulwinkle Act* y de la legislación insular para que se fundasen 10 "dispensarios antiveneriales". Para el 1941 había un total de 35 dispensarios antiveneriales. Ver Winship, *39th Annual*, 43; Leahy, *40th Annual*, 26; Swope, *41st Annual*, 26; Rexford G. Tugwell, *Forty-Second Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1943), 29; Rexford G. Tugwell, *Forty-Third Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1944), 28.

⁵³ Ver William D. Leahy, *Fortieth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1940), 25; Garrido Morales, "Developing", 61; Milagros Serra, "Bienestar Público", 29.

⁵⁴ Para dar una idea de estos aumentos, del 1940-1941 se hicieron 225,011 visitas de enfermeras, se atendieron 93,163 personas en las clínicas de tuberculosis y, entre otras cosas, 180,066 niños fueron evaluados en las escuelas. Los servicios de Trabajo Social cubrían en el 1942 a 30 municipios, abarcando supuestamente cerca del 53% de la población, llevados a cabo a través de las Unidades y hospitales de distrito. También se inició un servicio de Higiene Escolar en enero de 1943 por el Negociado de Higiene Infantil y Materna. Ver Winship, *38th Annual*, 155; Swope, *41st Annual*, 28 y 150; Tugwell, *43rd Annual*, 28-30.

⁵⁵ En el 1943 operaban en aquel entonces 144 estaciones de leche (60 de ellas habían sido abiertas durante el 1942), con la coordinación de la Oficina de Defensa Civil. En el 1946 la administración de las estaciones de leche estuvo en manos del Negociado de Higiene Infantil y Materna, bajo la supervisión de la Sección de Nutrición, teniendo 155 estaciones. En ese mismo año la División de Bienestar Público sustentó la operación de 415 estaciones de leche con los fondos provistos por el *War Emergency Program* (o PEG por sus iniciales en español). Ver Tugwell, *43rd Annual*, 28-30; Rexford G. Tugwell, *Forty-Sixth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1947), 15.

cambia el nombre del Departamento de Sanidad a Departamento de Salud, y el de Comisionado a Secretario de Salud⁵⁶; 5) Fernós Isern regresa como Secretario de Salud en 1942⁵⁷ y promueve la formación de “Centros de Salud”⁵⁸, lo cual expandió el alcance de los servicios asistenciales de Bienestar Público y de las Unidades a otros pueblos. A su vez, y cónsono con esto, en el 1942 se reestructuraron las Unidades en pro de una política de descentralización, dividiendo la Isla en cuatro distritos, cada uno bajo un oficial médico a cargo de las Unidades⁵⁹.

Pese a los adelantos mencionados, el crecimiento de dicho sistema no fue homogéneo ni se adecuaba a las necesidades más inmediatas (por ejemplo, a los reclamos sobre la falta de más hospitales y camas, como veremos más adelante). Este sistema fue criticado por algunos médicos que veían en las Unidades los inicios de una estatización de la medicina, lo que consideraban que era una afrenta contra la autonomía de los médicos. Ya esto lo retomaremos en otra sección; por el momento lo que nos interesa es ver como se fueron articulando otros servicios relevantes a nuestra discusión: los primeros programas de control de natalidad.

4. La conformación de unidades y servicios de Planificación Familiar

Durante la década de los treinta, vemos la conformación de servicios y organizaciones coordinadas para controlar la natalidad de forma más explícita, usualmente a través de un lenguaje

⁵⁶ Arbona, *Memorias*, 46.

⁵⁷ Al terminar su periodo de cuatro años como Comisionado de Sanidad, Garrido Morales opta por renunciar e ingresa la milicia estadounidense para prestar sus servicios en la Segunda Guerra Mundial. Vale notar que, en este periodo, la Coalición Republicano Socialista había perdido (después de ocho años de ganar la mayoría de los votos) y el Partido Popular Democrático (PPD) había ganado las elecciones, y Muñoz Marín ganó la presidencia del Senado. Ver Arbona, *Memorias*, 45-6; Norman Maldonado, “El Dr. Antonio Fernós Isern (1895-1974): Médico, salubrista, cardiólogo y político”, *Galenus* LIX, n°7 (2014-2015): 42-43, 43, recuperado de <https://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Antonio-Fernos-Isern>.

⁵⁸ En ocasiones se les llamaban también Centros de Salud Pública (como aparecen en el informe de Tugwell). El uso del término “centro” que discrepa del mencionado anteriormente (“centro médico”) para referirnos a la organización de las unidades rurales. En este caso designa un edificio que alojaba tres servicios, los de las Unidades y los de Bienestar Público (que estaban más dirigidos a servicios de trabajo social) y los servicios médicos asistenciales del municipio. Ver Tugwell, *43rd Annual*, 29; Arbona, *Memorias*, 60.

⁵⁹ En el próximo año (1944) Tugwell señala que son 48 subunidades divididas en cinco distritos. Ver Tugwell, *43rd Annual*, 29; Tugwell, *44th Annual*, 17.

neomaltusiano centrado en métodos contraceptivos. Como iremos viendo a través de este capítulo, tenemos la conformación de un lenguaje eugenésico que correspondió con un lenguaje economicista y neomaltusiano que aparece en los discursos médicos y políticos del país. Por el momento nos concentraremos en la organización de servicios de control de natalidad a través de las Unidades, el Departamento de Sanidad y clínicas privadas.

Una de las figuras clave fue el obstetra y tocólogo José Belaval, quien dirigió varios programas financiados por PRERA en la década de los treinta y los de planificación familiar en la década de los cuarenta⁶⁰. PRERA apoyó la formación de actividades y clínicas de planificación familiar y los Bourne respaldaron financieramente la fundación de la primera clínica experimental dirigida por Belaval⁶¹. En el 1932 Fernós Isern hizo una petición a la Legislatura para organizar el Departamento de Sanidad con fines de afrontar el problema de la población⁶² y en ese año se funda la Liga de Control de Natalidad de Puerto Rico⁶³ y tenemos la apertura de tres clínicas de natalidad⁶⁴. Las tres clínicas duraron muy poco (apenas meses en algunos casos) y esto se debió, según la estimación de Christopher Tietze, médico estadounidense a favor de la “planificación

⁶⁰ Según la estima de Arbona, Belaval fue uno “de los más destacados líderes de la planificación familiar, dirigiendo programas financiados por PRERA en la década de los años treinta, y durante corto tiempo, allá por la década de los 1940, el programa de planificación familiar que ofrecía el Gobierno de Puerto Rico a través de su Departamento de Salud”. Ver Arbona, *Memorias*, 128.

⁶¹ También es pertinente apuntar que ya en el 1927 Belaval había visitado la clínica de Planificación Familiar en Nueva York (fundada por Margaret Sanger), y desde este periodo tenía el interés de expandir dichos servicios a Puerto Rico. Ver Arbona Arbona, *Memorias*, 128-29.

⁶² Rachell Sánchez Rivera, “Imágenes y Representaciones de la Prensa Puertorriqueña: Control de Natalidad, Esterilización y Anticonceptivos en *El Mundo, El Imparcial* y *Claridad* (1943-1974)”, *De Raíz Diversa* IV, n°7 (2017): 101-35, 103.

⁶³ Sabemos que ya en el 1925 estaba la Liga para el Control de la Natalidad y en el 1932 tenemos la Liga de Control de Natalidad de Puerto Rico (en San Juan), fundada por Carlos J. Torres y su esposa. Ver Christopher Tietze, “Fertility in Puerto Rico”, *The American Journal of Sociology* LIII, n°1 (1947): 34-40, 38.

⁶⁴ En el 1932 se abrió una clínica en San Juan, dirigida por una enfermera estadounidense (Violet Callendar) que trabajó en una clínica en Harlem bajo los auspicios del *Birth Control Clinical Research Bureau* de Margaret Sanger. La enfermera y activista Rosa González abre una clínica en Lares. En Mayagüez abre una unos misioneros protestantes y el Dr. Manuel Guzmán Rodríguez abre también una clínica. Ver Tietze, “Fertility”, 38; Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico* (Berkeley: University of California Press, 2002), 94.

familiar” a que que “*public opinion was apparently not yet willing to accept birth control*”⁶⁵. Esta imagen que propone Tietze es similar a la de muchos partidarios a favor del neomaltusianismo, la “planificación familiar” y ciertas medidas eugenésicas: el país no está suficientemente educado y se resiste a la limitación de la prole. Por el momento, lo que interesa es que, si bien pareciera haber una “aparente resistencia” a estas medidas, eso no quitó que, a partir del 1935, se tratara de organizar a nivel estatal un programa de carácter neomaltusiano o de “planificación familiar”.

En el 1935 se utilizaron los fondos de FERA para investigar y planificar un programa de servicios anticonceptivos, empezando por un programa piloto en la Escuela de Medicina Tropical (EMT) bajo la dirección de Belaval que, después de seis meses, llevó a la apertura de 53 clínicas financiadas por PRERA⁶⁶. Inicialmente bajo PRRA crecieron estas clínicas⁶⁷, llamadas “clínicas maternas”, pero rápidamente se suspendieron en el 1936. La razón se debe, no a resistencias del Gobierno ni del Comisionado de Sanidad (o de otras figuras de autoridad estatales o médicas) ni al hecho de que fuese ilegal impartir consejos anticonceptivos, sino a la influencia de líderes católicos (en particular el político católico y Director General del Servicio Postal James Farley) en Estados Unidos que convencieron a Gruening de su cierre⁶⁸. Esto no detuvo que por otros medios

⁶⁵ El médico y demógrafo estadounidense Christopher Tietze, era una figura conocida dentro de *Planned Parenthood* (en el 1979 recibió el *Margaret Sanger Award*) y defendía el derecho al aborto. Al parecer, mantuvo comunicación y colaboración con el demógrafo José Janer y conocía algunas figuras clave de los movimientos asociados a Planificación Familiar en Puerto Rico, entre ellas, Carmen Alvarado. Ver Tietze, “Fertility”, 38; Briggs, *Reproducing Empire*, 94; James Barron, “Christopher Tietze, authority on pregnancy”, *New York Times* (April 5, 1984), recuperado en <https://www.nytimes.com/1984/04/05/obituaries/christopher-tietze-physician-and-authority-on-pregnancy.html>; Hans Lehfeltdt, “In memoriam, Christopher Tietze, MD”, *The Journal of Sex Research* XX, n°3 (1984): 325.

⁶⁶ La financiación vía FERA fue a través de las iniciativas de Dorothy Gaylord (de la *Cleveland Maternal Association*). Las clínicas fundadas fueron dirigidas por Cándida Campos de Córdova y Carmen Rivera de Alvarado. Ver Gilbert W. Beebe & José S. Belaval, “Fertilidad y anticoncepcionismo”, *PRJHTM* XVIII, n°1 (1942): 53-112, 79; Tietze, “Fertility”, 38; Arnaldo Torres-Degló, *Las políticas poblacionales en Puerto Rico. Cinco siglos de dominación colonial* (Disertación: Universidad Complutense de Madrid, 2004), 446-47; Briggs, *Reproducing Empire*, 8, 102

⁶⁷ Se estima que del 1935 al 1936 se abrieron unas 67 clínicas maternas que atendieron cerca de 10,000 mujeres. Se desconoce qué técnicas fueron utilizadas, y según estima la historiadora Iris López, es muy posible que se utilizaron métodos “naturales” y “mecánicos” de control de natalidad (el método de ritmo, el uso de condón y diafragma, etc.). Ver López, *Matters*, 14.

⁶⁸ Arbona, *Memorias*, 131; López, *Matters*, 14-15.

se continuasen, de otro modo y en menor escala a la ponderada inicialmente, los servicios anticonceptivos.

En el 1936, la recién fundada Asociación de Pro Salud Maternal e Infantil (APSMI)⁶⁹, que contaba con Belaval y el Gobernador (James Beverley) como miembros, recibió fondos del médico eugenista e industrialista Clarence Gamble para continuar dichos servicios. Esto llevó a la apertura de 23 clínicas de control de natalidad, iniciando en el dispensario del Hospital Presbiteriano de San Juan, las cuales en el 1938 atendieron a 3,851 familias⁷⁰. Como ya veremos en otra sección, en el 1937 con la Ley 136 se legalizó que se pudiesen llevar a cabo medidas anticonceptivas a nivel estatal en los dispensarios y las Unidades⁷¹. En el 1937 se inaugura en Puerto Rico una clínica privada para el control de la natalidad, bajo los auspicios de la APSMI⁷².

En el 1940 el Departamento de Sanidad Insular inauguró un “servicio de instrucción anticoncepcional” para mujeres cuyas enfermedades afectaban el embarazo. Algunas de las clínicas, iniciadas por la APSMI⁷³ continuaron a través de financiamiento privado, mayormente a través de la Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia (APBF), la cual recolectaba dinero de varias organizaciones privadas estadounidenses. La APBF presionó para que el Gobierno continuase sus servicios, y entre sus colaboradores estuvo Garrido Morales (el entonces Comisionado de Sanidad) y Menéndez Ramos (Secretario de Agricultura y, en el 1939,

⁶⁹ Dicha organización fue presidida por Estella Alcaide de Torres (esposa del mencionado Carlos Torres de la Liga de Control de Natalidad), con Carmen Alvarado como su secretaria ejecutiva. Ver Tietze, “Fertility”, 38; Annette B. Ramírez de Arellano, Annette B. y Conrad Seipp, *Colonialism, Catholicism and Contraception. A History of Birth Control in Puerto Rico* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1983), 46, 190; Briggs, *Reproducing Empire*, 102.

⁷⁰ También se estima que del 1937 al 1939 se ofrecieron servicios y “consejos” a más de 5,000 mujeres en las mencionadas 23 clínicas. Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 79; Tietze, “Fertility”, 39; Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 447

⁷¹ Ver Tietze, “Fertility”, 39.

⁷² Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 57.

⁷³ La APSMI fue disminuyendo paulatinamente sus actividades y en el 1941 fundó 3 dispensarios, en San Juan, Humacao y Yabucoa. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 79.

Gobernador Interino). Garrido Morales y Menéndez Ramos lograron validar la distribución de servicios de Planificación Familiar cuando en el 1939 el juez Federal Cooper falló a favor de que se ofreciesen estos servicios por “razones de salud” porque tales no violentaban la Ley Comstock⁷⁴. No obstante, es de sospechar que los médicos interpretaron la ley de forma muy flexible y la constante correlación que se estableció entre pobreza y enfermedad, podía justificar fácilmente que llevasen a cabo estos servicios por razones “médico-económicas”⁷⁵.

En ese año (1939) inicia un programa de clínicas anticonceptivas auspiciado por Garrido Morales⁷⁶ y en el 1942, con Fernós Isern como Secretario de Salud, continuó el interés por expandir los programas de control de natalidad⁷⁷. En el 1942 el subsecretario y director de la División de Salud Pública (José N. Gándara y Ángel M. Marchand) convocaron una sesión especial en la EMT para discutir el asunto de planificación familiar, en donde participó también Muñoz Marín. Sin embargo, no fue hasta finales de la década de los cuarenta (1948-1949) que en realidad se desarrollan mejor a nivel estatal estos programas, nuevamente bajo la dirección de Belaval⁷⁸, y por

⁷⁴ Ver Arbona, *Memorias*, 132. Es preciso contextualizar un poco la pertinencia de la Ley Comstock. En el Código Penal de finales del siglo XIX, bajo el régimen español, estaba la prohibición absoluta al aborto (en los artículos 423 a 426) y en Estados Unidos estaba la Ley Comstock, la cual prohibía el intercambio interestatal de cualquier tipo de texto o imagen “obscena” (*obscene*), lo cual incluía material anticonceptivo o que provocase el aborto. Sin embargo, la Ley Comstock no prohibía el “aborto terapéutico” (aquel realizado por razones médicas). A partir de la Ley Foraker (1900), tenemos que esta ley formó parte de la legislación del país, y esta permitía el “aborto terapéutico”, siempre y cuando se llevase a cabo a partir del juicio del médico. Ver Arnaldo Torres-Degró, “Discusión legislativa y gubernamental en Puerto Rico ante los asuntos de índole poblacionales: Estrategias e intrigas entre 1898-1937”, *CIDE digital I*, n°2 (2010): 47-76, 54-56.

⁷⁵ Resulta muy sugestivo lo que dice al respecto Tietze en el 1947: “The legal standing of contraception in Puerto Rico has thus been limited to those cases where it is justified by reasons of health. The medical profession, however, has universally and consistently interpreted the law in a most liberal matter”. Ver Tietze, “Fertility”, 39.

⁷⁶ Garrido Morales solicitó la asistencia del Negociado Federal del Niño, quien asignó a Eva Dodge para ayudar en el programa respecto al uso de contraceptivos. Arbona formó parte de este programa, trabajando junto a Dodge y entrenando personal y organizando las clínicas en el 1939. Ver Arbona, *Memorias*, 132.

⁷⁷ Al parecer algunos consideraron que Fernós Isern se oponía a la planificación familiar, argumento que Arbona deniega, y señala que si la natalidad aumentó durante los periodos que el galeno fue Comisionado de Sanidad (lo cual sucedió igualmente cuando estuvo Garrido Morales), se debía a que la natalidad tendía a aumentar en periodos guerra, y aún más en la posguerra. Ver Arbona, *Memorias*, 133.

⁷⁸ No es hasta el 1948 que se renueva el programa estatal de Planificación Familiar con José Belaval como asesor del Negociado de Salud Materno Infantil, y este, según estima Arbona, “revivió el programa y alcanzó niveles de efectividad como nunca antes”, lo cual incluyó ensayar con pastillas anticonceptivas en *Ryder Memorial*, EMT y la

eso puede verse que para el 1952 hubo una reducción significativa de natalidad, de un 16.7% (de 43.2 por cada mil en el 1947 a 36 en ese año)⁷⁹. En ese sentido, notamos durante estas dos décadas una coordinación público-privada de la cual participaron médicos de distintas afiliaciones ideológicas (Partido Popular Democrático o PPD, Republicanos y Socialistas), y que insistían en la organización de servicios de control de natalidad.

En una nota aparte, pero igualmente relevante, tenemos que en el 1946 se creó la Asociación de Estudios Poblacionales, presidida por Rafael Menéndez Ramon, que fue Comisionado de Agricultura, uno de los autores del Plan Chardón y Gobernador Interino a finales de la década de los treinta. Entre los miembros de esta Asociación estaban José L. Janer y Emilio Cofresí⁸⁰. Janer, un técnico en análisis microbiológico y por muchos años el especialista en estadísticas y demografía, fue el director del Negociado de Registro Demográfico y Estadísticas Vitales del 1942 al 1958⁸¹. Como veremos más adelante, Janer va a ser una figura clave, particularmente para mediados y finales de la década de los cuarenta, en analizar y defender la contracepción y el control de la natalidad en Puerto Rico.

Este breve recorrido nos permite apreciar como en Puerto Rico se organizaron, tanto a nivel

Asociación de Bienestar de la Familia. Belaval continuaba como asesor del Negociado de Madres y Niños y fue respaldado en el 1948 por Arbona, quien en aquel entonces había sido nombrado director de la División de Salud Pública. Para el 1949 se había logrado establecer, según Arbona, en “todos los municipios de Puerto Rico servicios de planificación familiar poniendo a disposición de la clientela un programa tan completo como lo permitieran los conocimientos, técnicas y fondos con que disponíamos”. Ver Arbona, *Memorias*, 55, 135.

⁷⁹ Arbona, *Memorias*, 134-35.

⁸⁰ Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 450.

⁸¹ Janer no fue médico sino bioestadístico y demógrafo. No obstante, trabajó junto a médicos en investigaciones y llevando a cabo conferencias. Al menos en el 1934 aparece en la EMT como técnico en parasitología y posteriormente (en la década de los cuarenta) fue conferenciante en salud pública o “práctica sanitaria” (específicamente bajo *Public Health Practice*). En el 1941 estuvo estudiando Bioestadística en la John Hopkins University. Ver School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico, *Announcement 1934-1935* (University of Puerto Rico and Columbia University), 5; School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico, *Report of Director. For the Year Ending June, 1941* (University of Puerto Rico and Columbia University), 51; School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico, *Announcement 1945-1946* (University of Puerto Rico and Columbia University), 5, 29; “Dr. José Luis Janer Mendía”. *Programa Graduado de Demografía*, recuperado en <https://demografia.rcm.upr.edu/jose-janer/>.

estatal como privado, una serie de servicios y programas que tenían la intención explícita de controlar la población. Las resistencias a dichos servicios se dieron aparentemente sobre todo por parte de autoridades clericales y la extensión de su eficacia estuvo limitada también por una falta relativa de recursos y finanzas (como fue común con otros servicios también). Sin embargo, no se puede decir que hubo una resistencia o crítica explícita por parte de los médicos, de la AMPR o de investigadores de prestigio (como los asociados también con la EMT). Dejando estos asuntos en suspenso, los cuales retomaremos más adelante, continuemos entonces con nuestro recorrido de las instituciones, en particular (y cónsono con lo hecho en capítulos anteriores) los informes respecto al estado de los servicios sanitarios del país.

5. Informes y estudios generales respecto al estado de la Salud Pública y de sus servicios

Entre los informes más pertinentes de este periodo tenemos el estudio del 1934 de los doctores Mountain, Pennel y Flint sobre los Servicios de Salud. Dicho estudio es un ejemplo muy representativo del tipo de análisis supuestamente “innovador” que acentuaba las correlaciones entre pobreza y mortalidad⁸², y que buscaba proponer sugerencias científicas para rehabilitar dicha correlación. Entre los hallazgos concretos del estudio tenemos que: 1) 90% de las familias tenían un ingreso anual menor de 500 dólares, dato que no mejoró mucho durante la década de los cuarenta⁸³; 2) la mayoría de los certificados de muerte (80%) no habían sido firmados por un

⁸² Por ejemplo, el estudio de Mountain, Pennel y Flint identificaba que familias con ingresos menores de 100 dólares anuales tenían una tasa de enfermedad mayor (444 enfermedades de cama por cada 1,000 personas) mientras que familias con ingresos de 250 a 750 dólares tenían una tasa significativamente menor (de 297 enfermedades de cama por cada 1,000 personas). Ver Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1058.

⁸³ En este estudio (publicado en el 1935) se encontró que el 90% de una muestra representativa de cerca de 6,000 familias (5,801) tenían un ingreso anual menor de 500 dólares, y solo un 4% de las familias ganaban 1,000 o más anual. Este estado de carencia económica generalizada no cambió mucho durante este periodo, y en otros estudios se apuntaba como aún en la década de los cuarenta, unas 300,000 de 350,000 familias tenían un ingreso anual de \$341 dólares. Ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 1; Ezequiel Martínez Rivera, “Editorial: La Beneficencia Municipal”, *BAMPR XXIX*, n°5 (1937): 250-5, 250; Oscar Costa Mandry, “Public Health at the crossroads in Puerto Rico”, *BAMPR XXXVII*, n°7 (1945): 258-64, 263; Guillermo Arbona & Pablo Morales Otero, “Difficulties in Planning Public Health Programs in Tropical Areas”, *American Journal of Public Health XXXV*, n°10 (1945): 1057-062, 1058.

médico⁸⁴; 3) había una falta significativa de médicos y hospitales⁸⁵. Las recomendaciones del estudio facilitaron, además del proyecto de ley mencionado (que llevó al financiamiento y construcción de los hospitales de distrito), la construcción de 19 edificios para las Unidades (con los fondos de PRERA)⁸⁶. Este estudio será una referencia aludida en diversas ocasiones durante las próximas dos décadas cuando se buscaba destacar la relevancia de la relación entre los problemas socioeconómicos y las enfermedades⁸⁷.

El panorama no cambió mucho en la próxima década y se resaltaba la necesidad de asistencias económicas, oportunidades de empleado para así crear “autosuficiencia” y controlar los efectos de la sobrepoblación⁸⁸. En un informe hecho en el 1944 por un comité especial de la Asociación de Salud Pública en Puerto Rico (entre los cuales estaba Guillermo Arbona)⁸⁹, se proponían los arreglos necesarios para mejorar el sistema de servicios públicos, en particular la falta de personal y de edificios⁹⁰, a través de una centralización que fuese más eficaz burocráticamente⁹¹, accesible

⁸⁴ Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1059.

⁸⁵ El estudio señalaba que solo había 436 médicos, 97 hospitales (de los cuales 63 eran gubernamentales) y un total de 3,600 camas. Ver Arbona, *Memorias*, 13.

⁸⁶ Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 7.

⁸⁷ Ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 1; Garrido Morales, “Progress”, 124; Guillermo Arbona, “Are we Public Health conscious?”, *BAMPR XXXIII*, n°5 (1941): 201-06, 203; y estos argumentos se repetirán en el 1948 en Manuel A. Astor, “Notas Editoriales: Informe del Presidente de la Asociación Médica ante la Asamblea General Extraordinaria del día 18 de abril de 1948”, *BAMPR XL*, n°4 (1948): 151-55, 155.

⁸⁸ Por ejemplo, tenemos el informe publicado por la Comisión de Seguridad Social en el 1941, que analizó la condición económica y social de Puerto Rico e indicaba que la falta de asistencia económica y de oportunidades de empleo iba de la mano con el problema de crecimiento poblacional y autosuficiencia. Como parte de las recomendaciones de dicho informe es que en el 1943 se hace la División de Bienestar Público y un programa de asistencia pública a través de los fondos de PEG (Programa de Emergencia de Guerra) para ayudar a familias necesitadas y a “desempleados permanentes”. Ver Milagros Serra, “Bienestar Público”, 30-32.

⁸⁹ Arbona en aquel momento era Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública en la EMT. La aludida Asociación pareció ser fundada en el 1940. Ver Escuela Graduada de Salud Pública, UPR-RCM, “Organizaciones”, *UPR-RCM*, recuperado en <https://sp.rcm.upr.edu/asuntos-academicos/departamentos-academicos/departamento-de-ciencias-sociales/programa-de-educacion-en-salud/organizaciones/>

⁹⁰ Ezequiel Martínez Rivera, Joseph Dean y Guillermo Arbona, “Outline of a Public Health Plan for Puerto Rico”, *BAMPR XXXVI*, n° 8 (1944): 349-74, 349.

⁹¹ Aunque en términos de infraestructura y procesos burocráticos el sistema de salud pública estaba concentrado en una sola rama del gobierno (a diferencia de Estados Unidos), el informe señalaba una falta de centralización en la coordinación de servicios. Una sola rama atendía una multiplicidad de servicios que iban desde el control de enfermedades agudas y transmisibles, control de tuberculosis, enfermedades venéreas y malaria, cuidado dental, educación sanitaria y estadísticas vitales hasta regulación de construcción de casas, sanidad y control de acueductos y

a los pobres (porque pagar por servicios médicos continuaba siendo un lujo para la mayoría) y costo-efectiva al Estado (con médicos empleados con sueldos fijos a tiempo completo y un administrador competente⁹²). Esta centralización exigía que hubiese una mayor regulación respecto a: 1) los estándares mínimos para los hospitales a nivel municipal (y aquellos que no lo lograsen fuesen entonces apropiados por el Departamento de Sanidad) y las instituciones de Beneficencia municipal; 2) a los sistemas de acueducto y alcantarillado, junto a respectivos estudios de contaminación y calidad del agua; y 3) los mataderos⁹³.

En este y otros informes y textos se señalaban los problemas de falta de empleados debidamente certificados y educados en las áreas correspondientes, lo cual iba de la mano con una cantidad limitada de médicos licenciados (unos 500), muchos de ellos distribuidos en áreas de mayor ingreso ante una población ascendente y aun mayormente rural⁹⁴. Estos problemas continuaron durante la década de los cuarenta, como era la necesidad de más y mejores inspectores y educadores sanitarios⁹⁵, más enfermeras, mejor preparadas y pagadas, con menos horas de trabajo continuas y mejores acomodos de vivienda suplidos⁹⁶. Un informe del 1947, por un tal Dr. Irons, evaluó las “necesidades médicas”⁹⁷ y confirmaba las carencias que persistían: 1) un 70-80%

alcantarillados, compensación de obreros y rehabilitación vocacional. Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 350.

⁹² Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 351-52, 355, 359.

⁹³ Respecto a los mataderos, se criticaba la práctica de que sus empleados fuesen pagados por los dueños de los animales, lo cual llevaba a que matasen animales enfermos o insalubres para así lucrarse. Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 352-54, 366-68.

⁹⁴ En otras palabras, los médicos estaban aún distribuidos en áreas en donde podían recibir más remuneración en sus prácticas privadas. Se tenía el estimado de un médico para cada 3,800 personas o uno para cada 9,000 si en el área rural. Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 359.

⁹⁵ Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 361-63.

⁹⁶ En el informe de Arbona y compañía había 1,300 enfermeras y se necesitaban 6,000. Menos del 20% de las enfermeras graduadas tenían estudios escolares completados y muchas ganaban de 40 a 50 dólares mensuales. En el 1945 Costa Mandry señalaba que había solo 872 enfermeras con licencia y se necesitaban al menos 1,194. Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 360-61; Costa Mandry, “Public Health”, 261-62.

⁹⁷ En el 1947 un Comité Médico, presidido por un tal Dr. Irons, visitó la Isla a solicitud del Gobernador Piñero para estudiar las “necesidades médicas”. Ver Astor, “Notas Editoriales”, 155.

de la población era incapaz de costear sus servicios médicos⁹⁸; 2) el 80% de la medicina era pública y de calidad inferior⁹⁹; 3) el 70.8% de las personas que murieron no recibieron atención médica¹⁰⁰; 4) aún había hacinamiento, desnutrición, falta de oportunidades económicas y un aumento poblacional que era, según un médico estadounidense, el más alto visto en cualquier otro país¹⁰¹.

En el 1948, Garrido Morales recapitula el asunto, y apunta a la falta de fondos federales suficientes, la poca cantidad de niños nacidos en hospitales (un 20%, lo cual era más alto que antes, pero aún bajo según los estándares de un país “moderno”) y la relativamente alta mortalidad de sífilis, tuberculosis y diarreas (aunque el tono horrífico del galeno no corresponde necesariamente con los datos¹⁰²). Si bien Garrido Morales no duda en apuntar los éxitos en torno a la disminución de la mortalidad, resaltaba que se carecía aún de muchos de los estándares mínimos requeridos (en términos de camas, médicos y técnicos¹⁰³), y de más fondos¹⁰⁴, para que el País tuviese una infraestructura digna de un “país moderno”. En ese sentido, pareciera que Garrido Morales apuntaba a que PRRA había sedimentado una rehabilitación temporera, que redujo la mortalidad,

⁹⁸ Arbona, “Public Health care”, 153.

⁹⁹ Jesus T. Piñero, *Forty-Seventh Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1948), 30.

¹⁰⁰ Piñero, *47th*, 30.

¹⁰¹ Piñero, *47th Annual*, 30; Astor, “Notas Editoriales”, 155

¹⁰² La incidencia de sífilis, pese al tono alarmante del galeno, no había aumentado, y estaba en 10% en la zona urbana y 5% en la rural. También señala que la tuberculosis y las diarreas y enteritis seguían siendo las causas principales de muerte, aunque, en cantidad mucho más disminuidas al compararlas con la década anterior. Edgardo Garrido Morales, “The participation of Puerto Rico in the Federal Health and Hospital Program”, *American Journal of Public Health* XXXVIII, n°10 (1948): 1387-93, 1387.

¹⁰³ En términos de la infraestructura de servicios médicos Garrido Morales informaba que para el 1947 había 76 Unidades, 83 dispensarios rurales, 22 clínicas de tuberculosis. Si bien dicha cantidad era un logro loable, aún persistían los ya conocidos problemas de la falta de médicos, enfermeros, técnicos de laboratorio y educadores sanitarios (y sus reclamos en torno a los salarios bajos). Garrido Morales, “The participation”, 1388.

¹⁰⁴ El galeno pedía que a partir de la Ley No.725 del Congreso de los Estados Unidos, y si lo aprobaba dicho Congreso, Puerto Rico necesitaba una cantidad de 12,309,375 dólares (por un periodo de cinco años) para la construcción de hospitales, centros y otras instituciones sanitarias; para así poder llegar a tener 10,190 camas para pacientes mentales, 11,593 camas para tuberculosos, 9,174 camas generales para los hospitales y 4,018 para enfermedades crónicas. Para las necesidades de un programa de salud efectivo se necesitaba en realidad un total de 101,443,000 dólares. Garrido Morales, “The participation”, 1391.

pero no la prometida rehabilitación permanente, y para ello se requería de más fondos¹⁰⁵.

Lo llamativo de estos informes es notar como se evidenciaba y argüía, en varias ocasiones, a la existencia de problemas burocráticos y estructurales de índole económico-político. Pese a esto, vamos a encontrar un discurso médico que de forma muy selectiva insistía, ahora con un tono más neomaltusiano que eugenésico, que el problema principal era la sobrepoblación y por lo tanto era un problema asociado a la responsabilidad social de los individuos (en particular las madres pobres). Para entender esto mejor tenemos que primero atender el contexto de producción intelectual a nivel institucional, en particular los debates médicos en torno al control de la natalidad como un problema médico-social y por consiguiente, económico.

B. Los espacios limitados de producción, discusión y reproducción científica: revistas, escuelas y legislación “médica”

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, es necesario complementar los desarrollos institucionales con los debates y tendencias que existieron dentro de la comunidad científica. Para nuestros fines nos concentraremos en: 1) los cambios que hubo en las publicaciones científicas, entre las cuales estuvo un giro hacia investigaciones y problematizaciones en torno a lo “social” o “médico-social”; 2) el debate legal y académico-médico respecto a las prácticas neomaltusianas y eugenésicas; 3) el cierre de la Escuela de Medicina Tropical (EMT).

1. Publicaciones y espacios de difusión e investigación científica

Cuando remitimos a las revistas de publicación médica y científica de la época en Puerto Rico hubo un cambio sutil, pero importante a nivel político, cuando en el 1932 Fernós Isern, entonces editor de la revista PRJPHTM (*The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine*)

¹⁰⁵ Este tono crítico no es raro en este tipo de informe y análisis, pero tal vez no ayudaba que Garrido Morales no simpatizara políticamente (siendo republicano) con PRRA. Por ende, hemos de sospechar que la crítica estaba también motivada por cierto antagonismo ideológico (aunque, nuevamente, no era del todo desacertado).

sustituyó *Porto Rico* por Puerto Rico en el título de la revista. La revista también se convirtió en una *journal* científico bilingüe (español e inglés)¹⁰⁶. El cambio de formato en términos lingüísticos también fue de la mano con la idea del panamericanismo (y de alcanzar reconocimiento internacional) auspiciada por varios intelectuales y “letrados”¹⁰⁷. El PRJPHTM, junto al BAMPR, eran presentados como indicativos del “progreso de la medicina en Puerto Rico”, y de la calidad alcanzada por los médicos puertorriqueños, quienes además de publicar en estas revistas científicas publicaban también en revistas médicas y científicas en los Estados Unidos¹⁰⁸. Asimismo, los médicos destacaban el prestigio de la “colaboración extranjera” (en ambas revistas) lo cual permitía apreciar la “cultura científica que va alcanzando la clase médica puertorriqueña”¹⁰⁹.

Hay también cierto cambio temático en las publicaciones de la EMT vía la PRJPHTM. Por lo general, los temas más abarcados en dicho *journal* estaban vinculados a la biología (parasitología, bacteriología y bioquímica), el estudio de parásitos (esquistosomiasis, filariasis, el esprúe y uncinariasis), y de enfermedades infecciosas como la malaria y la tuberculosis (que no era técnicamente una “enfermedad tropical”). Sin embargo, en las décadas de los treinta y cuarenta podemos notar un aumento en estudios de epidemiología y temas generales de salud pública, nutrición y estudios “socioeconómicos” (la mayoría llevados a cabo por la división salubrista de PRRA)¹¹⁰. Esta tendencia que acentuaba “lo social” y su relevancia dentro de los saberes calificados como científicos y médicos también puede verse en BAMPR y en el surgimiento de otras revistas como era la Revista de Servicios Sociales (RSS). La Revista de Servicios Sociales, la cual inicia en el 1939, será otro espacio pertinente de discusión (y muy poco estudiado en la

¹⁰⁶ Rodríguez Vázquez, “Dr. Antonio Fernós Isern”, 264.

¹⁰⁷ Raúl Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine (1925-1950): From a Health Department Bulletin to a UPR School of Tropical Medicine”, *PRHSJ* XXXV (4) (2016): 179-190, p.183.

¹⁰⁸ José Rodríguez Pastor, “Editoriales: Congreso Panamericano”, *BAMPR* XXVI, n°1 (1934): 47-48,47.

¹⁰⁹ Esteban García Cabrera, “Editoriales”, *BAMPR* XXV, n°1 (1933): 40.

¹¹⁰ Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal of Public Health”, p.185-86.

historiografía del país), dado la cantidad de artículos no solo de trabajadores sociales (que era el enfoque principal) sino de médicos, en particular psiquiatras y psicólogos (que divulgaban sobre “higiene mental”).

También puede notarse un aumento palpable de especialistas que publicaban en estas revistas, entre ellos: 1) Antonio Fernós Isern (cardiólogo) y Eduardo Garrido Morales (epidemiólogo), quienes fueron Comisionados de Sanidad; 2) Óscar Costa Mandry (patología), Pablo Morales Otero (microbiología), Isaac González Martínez (uno de los primeros especialistas de cáncer) y Pedro Gutiérrez Igaravidez, que eran médicos asociados con las investigaciones microbiológicas y clínicas en la EMT; 3) José Rodríguez Pastor (tisiólogo) y Esteban García Cabrera (sífilis y dermatología) que también estaban asociados a la EMT; 4) José Belaval (tocólogo) y Leopoldo Figueroa (obstetra), ambos especialistas en embarazos y partidarios del control de la natalidad; 5) Luis Manuel Morales García, que será para todos los fines el psiquiatra y psicoanalista puertorriqueño más reconocido durante este periodo¹¹¹. La lista no es exhaustiva pero sí vale notar que muchas de estas figuras formaron parte de las campañas de tuberculosis, sífilis, mortalidad infantil y además ocuparon puestos administrativos importantes.

Durante este periodo, hasta el cierre de la Escuela de Medicina Tropical (EMT), el PRJPHTM era reconocido como un *journal* científico (y no un boletín del Departamento de Sanidad o de la EMT) con un formato bilingüe¹¹². La mayoría de los artículos provenían de los miembros de la facultad de la EMT¹¹³, y una cantidad significativa provenía de médicos e investigadores invitados,

¹¹¹ Para detalles sobre las biografías, ver el Apéndice de médicos.

¹¹² Inicialmente en el 1925 la revista, cuyo nombre en aquel entonces era *The Porto Rico Health Review*, era un boletín del Departamento de Sanidad. En el 1927 se consideraba una colaboración con la EMT, pero ya en el 1929 la revista se convirtió oficialmente en un *Journal* científico y oficial de la EMT (*Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine*). Ver Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal”, 182-83.

¹¹³ Entre quienes se destacaban Pablo Morales Otero, F. Hernández Morales, Walter Earle (asociado también a la Rockefeller), Oscar Costa Mandry y Bailey K. Ashford. Ver Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal of Public Health”, 185.

internacionales y de la Universidad de Columbia. No pocos de los médicos certificados también se convirtieron en miembros de la facultad (por ejemplo, Pablo Morales Otero, Conrado Asenjo, Oscar Costa Mandry y José Rodríguez Pastor, entre otros) y en figuras claves dentro del campo de la medicina del país¹¹⁴.

No queda exactamente claro qué fue lo que llevó a la ruptura entre Columbia y la UPR. Algunos apuntan a una diferencia de objetivos, en donde Columbia estaba interesada en sostener una institución investigativa mientras que un grupo de médicos e intelectuales, entre ellos Jaime Benítez en la UPR, querían desarrollar una universidad nacional que ofreciera grados, y de esa forma aumentar la población de médicos en el País. Ya esta tendencia en hacer de la EMT una institución educativa, más o menos autóctona, puede verse en la década de los cuarenta cuando se buscaba la acreditación y validación de los cursos y programas de certificación en Salud Pública y Tecnología Médica (y esto era algo promulgado por Pablo Morales Otero, director de la EMT del 1940-1946)¹¹⁵. Esto facilitó el ofrecimiento de cursos y actividades a cargo del Departamento de Salud, la Universidad de Puerto Rico y otras agencias, como la *International Health Division* (IHD)¹¹⁶.

A partir del 1939 la IHD (de la RF) junto al Departamento de Salud, ofrecieron financiar y asegurar los medios para que se pudiesen educar y entrenar médicos y enfermeras en Salud

¹¹⁴ Eso dicho, se tuviese que señalar que desde el 1939 (y durante la duración de la Segunda Guerra Mundial), se puede notar una menor colaboración y publicación de investigadores de la Universidad de Columbia, reflejo tal vez de la paulatina pero segura ruptura que llevó a su cierre en el 1949. Esta disminución de colaboración no sucedió con los colaboradores internacionales. Ver Mayo-Santana, “The Puerto Rico Journal of Public Health”, 184; Silvia E. Rabionet, “The Educational Legacy of the UPR of Tropical Medicine: Curricula, Faculty, Students (1926-1949)”, *PRHSJ XXXV*, n°3 (2016): 125-33, 129.

¹¹⁵ Rabionet, “The Educational Legacy”, 131

¹¹⁶ Vale recordar que dicha institución concedía un certificado y no un grado, y lo más que podía ofrecer en términos de facilitar el proceso de obtención de un grado era que los cursos podían ser convalidados (debido a la colaboración con Columbia) con otros programas de maestría y doctorado. El asunto cambia cuando se empiezan a ofrecer certificados en “Salud Pública” entre los cuales estaba también el certificado en *Public Health Nursing* y en *Medical Technology*. Ver Rabionet, “The Educational Legacy”, 130-31.

Pública¹¹⁷, mientras que la EMT proveía el espacio (lo cual incluía su hospital universitario) y la asistencia para proveer entrenamientos¹¹⁸. Dichos entrenamientos, y sus respectivos espacios (hospitales) para educar internados eran vistos como parte del ideal científico de panamericanismo, y del rol de Puerto Rico como “puente” entre América del Norte y la del Sur¹¹⁹. Hay que añadir también una tensión adicional: la mayoría de los costos eran cubiertos por el Gobierno de Puerto Rico mientras que la organización académica caía bajo las directrices de Columbia. También puede notarse cierta falta de confianza, desde los inicios y por parte de Columbia, con las capacidades administrativas y científicas de los puertorriqueños¹²⁰. No obstante, al pasar el tiempo, más médicos puertorriqueños certificados comenzaron a formar parte de la facultad, a inclusive dirigir la institución (como fue el caso de Pablo Morales Otero) y a buscar los medios para que se ofrecieran certificaciones y servicios que fuesen útiles al país.

Desde el 1942 hubo interés por parte de miembros de la AMPR, entre ellos Costa Mandry, para que se fundase una escuela nacional de medicina a través de la UPR y se hizo un estudio que avalaba su viabilidad¹²¹. Sin embargo, aquí empezaron varios conflictos entre la AMPR y el rector

¹¹⁷ Se supone que la fundación del Departamento de Salud Pública, en el 1940 y dentro de la EMT, estaba relacionada a esta iniciativa de entrenar a nivel graduado médicos, inspectores, técnicos y enfermeras. Ver Garrido Morales, “Developing”, 60; Garrido Morales, *Report 1938-39*, 4.

¹¹⁸ Entre las asistencias estaba que la RF proveía becas para que enfermeras pudiesen estudiar a nivel graduado en universidades continentales. Ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 4, 84; Garrido Morales, “Developing”, 59-60

¹¹⁹ El ideal panamericano no era algo nuevo en la década de los cuarenta, y ya estaba presente en los proyectos de la EMT desde sus inicios en el 1926, con el primer director Robert Lambert (de la RF) y con cómo se vinculó la EMT con las campañas de uncinariasis de Ashford (y el anterior Instituto de Medicina Tropical). Estas campañas eran laudadas como adelantos y progresos con alcances internacionales y panamericanos. Sin embargo, pareciera que la institución educativa tenía sus sesgos cuando consideraba las oportunidades y ganancias de esta empresa panamericana, y como esto ayudaba al progreso médico y educativo del país. Ver José Amador, ““Redeeming the Tropics”: Public Health and National Identity in Cuba, Puerto Rico, and Brazil, 1890-1940” (PhD diss., University of Michigan, 2008), 159-60.

¹²⁰ Esto no se debe simplemente a la selección de Lambert como director de la EMT, sino a la “salida” forzada hecha a los colaboradores de Ashford (Gutiérrez Igaravidez y González Martínez) del Instituto de Medicina Tropical e Higiene (ITMH por sus siglas en inglés), y la conformación inicial de una administración y facultad que era, en su mayoría, estadounidense. Ver Amador, “Redeeming the”, 158-59.

¹²¹ En el 1942 varios miembros de la AMPR se manifestaron oficialmente a favor del establecimiento de una escuela de medicina. En diciembre del próximo año, ante la Cámara de Delegados de la AMPR, en un informe hecho por los médicos Oscar Costa Mandry, Ramón M. Suarez (ambos médicos de la facultad de la EMT) y Manuel de la Pila

de la UPR, entre los cuales estaba el plan de reemplazar la EMT para la fundación de la nueva escuela de medicina.¹²² A su vez, había médicos que consideraban que el País no estaba preparado para crear una universidad de calidad. Esto podemos verlo, por ejemplo, en la discusión que tuvo el médico y patólogo (certificado y facultativo de la EMT) Enrique Koppisch con Jaime Benítez (entonces rector de la UPR). El galeno señalaba que el país no estaba preparado debido a su ignorancia y pobre estado de higiene y por esa razón hacía falta primero mejorar el programa de Salud Pública¹²³. La postura de Koppisch no parece ser representativa de la actitud de la AMPR¹²⁴, y lo que encontramos en el argumento del patólogo es una repetición de razonamientos/excusas anteriores que apuntaban a la supuesta futilidad de crear y reformar un medio enfermizo a través de estrategias y dinámicas que proveyeran mayor autonomía.

Entiéndase, dicho argumento parecer ser un eco de aquellas estrategias que, por ejemplo, asumían que de nada servía mejorar los salarios de los obreros y proveer viviendas mejores y de menor costo (al obrero) si tales eran “ignorantes”, “viciosos” y habitaban en “medios enfermizos”. Sin embargo, este mismo argumento apuntaba a que existían unos pocos puertorriqueños “aptos” y con cierto tipo de educación privilegiada que merecían tener la autonomía y autoridad para rehabilitar a estos “degenerados” y con ello sentar las bases para la reconstrucción. Ya esto lo retomaremos más adelante en otra sección.

Iglesias, se presentaba la propuesta para la fundación de la escuela de medicina a Jaime Benítez, entonces rector de la UPR. Nuevamente en el 1944 la AMPR se expresó oficialmente a favor de dicha escuela, siempre y cuando se llenaran los requisitos del Consejo de Educación y Hospitales de la Asociación Médica Americana. En ese mismo año Costa Mandry fue encargado por la UPR para realizar un estudio sobre la viabilidad de dicha escuela (lo cual incluía que se fundase una de la calidad esperada). Después de visitar y estudiar varias escuelas en Estados Unidos, informó que sí era factible su formación en la UPR. Ver José Torres-Gómez, “La aportación de la Asociación Médica de Puerto Rico a la Creación y Desarrollo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico”, *PRHSJ* XVII, n°2 (1998), 145-47, 145.

¹²² Torres-Gómez, “La aportación”, 146.

¹²³ Koppisch declaraba sobre Puerto Rico que “su conocimiento de Salud Pública era pobrísimo y de nada servía curar, digamos, un caso de Uncinariasis cuando a los cuatro meses volvía con la misma enfermedad debido a su ignorancia de cómo protegerse y a las condiciones poco sanitarias donde vivía”. Ver Torres-Gómez, “La aportación”, 147.

¹²⁴ Torres-Gómez, “La aportación”, 147.

Aquí también encontramos un razonamiento colonialista que presumía que a nivel general los puertorriqueños no tenían los medios, disposición ni actitud para el/su gobierno propio. Hasta cierto punto, este tipo de tensión puede verse de la fundación misma de la EMT y es posible, como lo ha señalado José Amador, que la relación asimétrica que asumió dicha institución respecto a los roles e intereses del País, motivara hasta cierto punto la formación de la primera escuela de medicina del País¹²⁵.

2. El debate legal respecto a prácticas neomaltusianismo y eugenésicas

En Puerto Rico las ideas neomaltusianas eran promulgadas por médicos y políticos de distintas ideologías, desde socialistas (como Lanauze) hasta líderes del PPD (en particular, Luis Muñoz Marín¹²⁶). De manera similar a la eugenesia, el neomaltusianismo se promulgó a nivel internacional en distintas áreas y bajo diversos matices, desde capitalistas (incluyendo los Rockefellers) hasta anarquistas (bajo nociones de un “ambientalismo radical”¹²⁷) que insistían en la necesidad de regular “inteligentemente” la natalidad para así mejorar la economía y la salud. Un aspecto que vamos a ir viendo es cómo en Puerto Rico el lenguaje eugenésico pervivía en los debates en torno al llamado “control de la población” o “de la natalidad” y al problema de la “densidad” y la “super/sobrepoblación” (este último término tuvo mayor uso a partir de la década

¹²⁵ Amador, "Redeeming the", 163.

¹²⁶ Durante los inicios de la década de los veinte hubo artículos en *La Democracia*, por Luis Muñoz Marín bajo el seudónimo de “Jacinto Ortega”, que defendían las teorías maltusianas, lo que llevó a un debate con el monseñor Caruana, quien amenazó con excomulgarlo. Como admite Arbona, desde sus inicios, “Muñoz Marín insistió en la planificación familiar y reducción en la tasa de crecimiento poblacional como paso esencial para el mejoramiento socioeconómico de los puertorriqueños”. Ver Arbona, *Memorias*, 127, 129-30; para un estudio más detallado ver Luimil Mishette Negrón-Pérez, *“Una Isla Caribeña Sobrepoblada”: Luis Muñoz Marín overpopulation discourse, 1922-1948* (Thesis; University of Missouri-St. Louis, 2014).

¹²⁷ Ya esto lo retomaremos más adelante, en particular el rol de los Rockefellers. No obstante, para más detalles, al menos sobre el caso de los anarquistas españoles durante las primeras tres décadas del siglo XX, ver Jorge Molero Mesa e Isabel Jiménez Lucena, “‘Otra manera de ver las cosas’. Microbios, eugenesia y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX”, en *Darwinismo social y eugenesia*, eds. Marisa Miranda, Gustavo Vallejos (Buenos Aires: Siglo XXI, 2010), 143-164.

de los veinte¹²⁸).

Resulta muy simplista asumir que en Puerto Rico las prácticas, ideologías y procesos de significación asociados a las políticas de control poblacional, sea ya vía métodos anticonceptivos o técnicas de esterilización, eran un producto exclusivo de intereses y mentalidades estadounidenses. Por un lado, esto propone una visión muy pasiva de los puertorriqueños como objetos domesticados y colonizados y, por el otro, obvia por completo que en Puerto Rico, como pasó también en otros países en Europa y Latinoamérica, diversas ideologías recurrieron a teorías y prácticas neomaltusianas y eugenésicas. En ese sentido, coincidimos con la historiadora Laura Briggs, quien ha acentuado que las políticas de control poblacional no eran un complot estadounidense (como proponían algunos líderes del Partido Nacionalista) y que la financiación y promulgación de los programas anticonceptivos en Puerto Rico refleja una diversidad de intereses, que va desde líderes socialistas puertorriqueños en la década de los veinte hasta la inversión capitalista estadounidenses durante la década de los treinta, las cuales proliferaron gracias a la cooperación de profesionales puertorriqueños¹²⁹. Inclusive, según Briggs, pareciera que el Gobierno estadounidense no tuvo un interés explícito en desarrollar un programa contraceptivo y los primeros intentos sistemáticos para propagar métodos contraceptivos fueron mediante

¹²⁸ Para más detalles, ver Laura Briggs. *Reproducing Empire: Race and Sex, Science and Reform in Puerto Rico and the Mainland United States, 1880-1960* (Thesis: Brown University, 1998), 127-28.

¹²⁹ La historiadora Laura Briggs ha señalado cómo selectivamente se obvia que hubo en la Isla un movimiento de control poblacional, vinculado con el Partido Socialista y cuya promoción no era efecto de un simple complot estadounidense. Esto no niega que hubieran intereses estadounidenses, presentes al menos desde el 1932 cuando vemos en el país la entrada de personal entrenado por Margaret Sanger y la promulgación del uso de contraceptivos por parte del Gobernador James Beverly. Sin embargo, dicho interés no fue unilateral, y por eso Briggs considera que del 1920-1932 el control poblacional y uso de contraceptivos fue inicialmente un “programa socialista”. Posteriormente del 1932-1936 dicho programa se convierte en un programa, no ya “socialista” sino promovido por ciertos profesionales, en particular enfermeras y trabajadores sociales puertorriqueñas y estadounidenses. Del 1936-1939 tenemos la conformación de un programa avalado por médicos, farmacéutas e investigadores, bajo el control de inversiones estadounidenses. A partir del 1939 el programa de control de la natalidad forma parte del esfuerzo sanitario llevado a cabo por el Departamento de Sanidad, aunque no fue explícitamente un programa estatal (esto, como veremos en otra sección, fue más tarde). Ver Briggs. *Reproducing Empire* (Thesis), 149-50.

enfermeras y trabajadoras sociales puertorriqueñas, asistidas por sus análogas estadounidenses¹³⁰.

Sin desestimar el análisis que trae al respecto Briggs, en ocasiones su cronología de patrones y figuras obvia un poco el rol de los médicos y la pervivencia de un lenguaje eugenésico muy similar al de Valle Atilés. Desde finales de la década de los veinte e inicios de los treinta, tenemos varios médicos que promovieron prácticas eugenésicas y/o neomaltusianas (como Belaval, Fernós Isern, Arbona, Figueroa, entre otros) y tenemos partidarios republicanos y liberales (como Garrido Morales y Fernós Isern) interesados en organizar servicios estatales de eugenesia negativa y positiva. Intereses que se concretizaron en leyes y prácticas eugenésicas, como fueron las leyes N°116 y 137 del 1937. Como lo ha señalado el demógrafo Arnaldo Torres Degló, estas leyes aprobaron respectivamente la formación de una Junta Insular de Eugenesia y la promoción de doctrinas eugenésicas, reflejan un sesgo eugenésico y neomaltusiano en el Gobierno Insular¹³¹.

Resulta muy sugestivo cómo en el 1936 PRRA suspende el programa gubernamental de Planificación Familiar para que en el 1937 se legalizaran varios proyectos que eran explícitamente eugenésicos y daban una mayor función de arbitraje al médico en estos asuntos (recordando que el aborto no autorizado por médicos continuaba siendo categorizado como “criminal”), además de que en ese año se estaban financiando, por vías privadas, programas anticonceptivos (Clarence Gamble, la APSMI y posteriormente, desde el 1939, con asistencia del Gobierno). Desde la década de los veinte hubo varios intentos, por parte de representantes republicanos (como el médico Leopoldo Figueroa) y socialistas, para enmendar el artículo 268 del Código Penal, el cual prohibía

¹³⁰ Briggs arguye que no hubo oficialmente programas contraceptivos pagados por el gobierno estadounidense y que las prácticas contraceptivas, al menos las ejercidas de forma sistemática y legal, se estaban desarrollando mediante trabajadoras sociales y enfermeras puertorriqueñas, con la ayuda también de sus análogas estadounidenses. En este grupo tenemos a profesionales que asumían, de acuerdo con la historiadora Iris López, una postura eugenista “moderada” y “progresiva” que no se amparaba en la premisa de inferioridad biológica (o de determinismo biológico). El programa liderado por Dorothy Bourne y Gladys Gaylord empleaba profesionales puertorriqueñas, entre ellas Carmen Rivera Alvarado. Ver Briggs, *Reproducing Empire* (Thesis), 40-41, Arellano, 49-50; Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 447; López, *Matters*, 10.

¹³¹ Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 297-98.

que se impidiese el embarazo¹³², y establecer clínicas neo-maltusianas, pero tales proyectos fracasaron¹³³. Sin embargo, en el 1937 varias legislaciones de corte neomaltusiano fueron aceptadas y no recibieron mucha resistencia (aspecto que retomaremos más adelante). A su vez, un año más tarde (1938), dichas leyes fueron reproducidas en un número especial del BAMPR para que fuesen del conocimiento de los médicos. Dicha publicación no era un simple acto informativo y el tono editorial era asertivo por cuanto celebraba la aprobación de dichas leyes¹³⁴.

Además de las leyes nº136 (originalmente el proyecto de la cámara o P. de la C.354¹³⁵) y 116 (P. de la C.588¹³⁶), ambas sometidas por el Leopoldo Figueroa, tenemos dos enmiendas a las Ley

¹³² El artículo 268 del Código Penal prohibía cualquier estrategia que pudiese “impedir el embarazo” (y estas eran las palabras exactas en la ley), lo cual era un obstáculo para los neomaltusianos y su enfoque en métodos contraceptivos (incluyendo la esterilización). Sin embargo, un médico podía intervenir en una mujer embarazada si las condiciones de salud justificaran la “interrupción” del embarazo. Ver Torres-Degró, “Discusión legislativa”, 56.

¹³³ Hubo un primer intento en el 1923, con el Representante Rafael Arjona Siaca, del Partido Republicano Puertorriqueño, proponiendo enmendar dicho artículo 268, bajo el P. de la C. 137. Dicho proyecto buscaba eliminar la frase “impedir el embarazo”, pero no fue presentado siquiera para votación. En el 1927 se intentó nuevamente esta estrategia bajo el P. de la C. 191 y el P. de la C. 20, ambos también rechazados. En el 1929 se trató otra vez con el P. de la C. 65 y el P. de la C. 66 para establecer, entre otras cosas, Clínicas Neo-Maltusianas (este último proyecto era auspiciado por el Partido Socialista), pero también fracasaron. En el 1930, Leopoldo Figueroa trató de proponer nuevamente el proyecto de “Clínicas Neo-Maltusianas” (como P. de la C. 146) y también se buscó enmendar el artículo 268 (P. de la C. 231), pero ambos proyectos fracasaron. Ver Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 439-40, 443; Torres-Degró, “Discusión legislativa”, 59-61, 66.

¹³⁴ “Editorial: Legislación médica”, *BAMPR XXX*, nº5 (1938): 203-04.

¹³⁵ El P. de la C. 354 era para “prohibir la inducción, enseñanza y práctica del aborto; fomentar la enseñanza y divulgación de los principios eugenésicos con vista a la obtención de una prole sana y vigorosa y bajar el alto coeficiente de mortalidad”. Este proyecto, propuesto, entre otros, por el obstetra Leopoldo Figueroa, permitiría la enseñanza, consulta y promulgación de conocimientos eugenésicos, incluyendo dar información sobre los medios contraceptivos. El Comisionado de Sanidad era quien expedía las licencias que permitían la práctica y enseñanza de “los principios eugenésicos” en los centros e instituciones públicas o a través de “médicos especialistas” (en particular obstetras), “médicos no especializados” y “enfermeras-comadronas”. Este proyecto fue aprobado y firmado por Winship el 15 de mayo de 1937 y se convirtió en la Ley Nº136. Los autores de esta ley fueron el Dr. Leopoldo Figueroa y los Sres. J. Alegría J. Gauthier, H. Cora y Srta. M.L. Arcelay. Ver “Legislación de Interés para el Médico”, 194; Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 294-95, 299.

¹³⁶ El P. de la C. 588 proponía “crear la Junta Insular de Eugenesia y definir sus poderes y deberes; y para proveer los medios para mejorar la raza y para otros fines”. Esta ley fue sometida también por Figueroa, y firmada por el Gobernador Winship el 13 de mayo de 1937, convirtiéndose en la Ley Nº116. La Junta Insular de Eugenesia requería tener un abogado, tres médicos, de los cuales uno debía ser un psiquiatra. Los miembros de dicha Junta no recibían sueldo alguno. Los miembros eran nombrados por el Gobernador de Puerto Rico y con el consentimiento del Senado y del Comisionado de Sanidad, quien además de ser miembro era el presidente de dicha Junta (y en este año le correspondía a Garrido Morales). Dicha Junta era la que decretaba, y este era su objetivo principal, la esterilización de los “degenerados” o “enfermos mentales”. Además de Figueroa, los demás autores de esta ley fueron los Sres. M.A. García Méndez, F. Ochoteco Jr., T. Roca Bacó, F. Díaz Marchand, R. Díaz Pabón, J. Nevares, M. Santana, J. Alegría, J. Velázquez Flores, J. Segarra, R. Llobet y J. Esteves Gómez. Ver “Legislación de Interés para el Médico”, 196.

Nº268 (P. de la C.64¹³⁷ y P. de la C. 218¹³⁸) que, respectivamente, permitían quitar la frase “impedir el embarazo”, pero penalizaban la “provocación del aborto”, trazando así una distinción entre el aborto “criminal” y el aborto terapéutico/médico. Es pertinente ver cómo estas enmiendas complementaban la Ley Nº136, la cual prohibía la inducción, enseñanza y práctica del aborto, pero promovía, en pro de reducir la mortalidad infantil (y la mortalidad general), la enseñanza y divulgación de principios eugenésicos, incluyendo métodos anticonceptivos (para “impedir el embarazo”).

La Ley Nº136 reafirmaba el derecho de un médico a “interrumpir” el embarazo (entiéndase aquí hacer un “aborto terapéutico”) si había “condiciones de pobreza orgánica o miseria fisiológica” que llevasen a una “prole afecta” de debilidad congénita¹³⁹. Siguiendo ese principio, y la enmienda al código 268, era completamente legítimo que un médico o especialista autorizado proveyera consejos eugenésicos y de puericultura que “interrumpiera” un embarazo si uno de los procreadores era categorizado como “anormal mental”, “degenerado” o un criminal (designado en la ley como un “degenerado social”). Los criterios de inclusión eran sumamente ambiguos y, bajo el significante de “anormal mental”, cualificaba cualquier trastorno mental. Igualmente, bajo el significante de “pobreza” se incluían tanto las carencias fisiológicas como las económicas y morales, incluyendo las “malas condiciones sociales de vida”¹⁴⁰. En ambos casos no quedaban

¹³⁷ El P. de la C. 64 buscaba “enmendar el artículo 268 del Código Penal, donde se eliminaría las palabras impedir el embarazo” y con ello, si bien se podía criminalizar la enseñanza o promulgación del aborto, no ya la de “impedir el embarazo” (como lo proponía la sección 2 del artículo 268). Esta enmienda no fue firmada técnicamente por el Gobernador Winship quien, según Torres-Degló “se escapó de viaje”, sino por el designado Gobernador Interino, Rafael Menéndez Ramos (quien sí estaba a favor de medidas maltusianas). Ver Torres-Degró, “Discusión legislativa”, 71.

¹³⁸ El P. de la C. 218 proponía “castigar la provocación del aborto, enmendando el artículo 268 del Código Penal y otros fines”. Dicha ley resaltaba la distinción entre el aborto “criminal” y el aborto “legítimo” (entiéndase por eso el terapéutico y médico), el cual solo podía ser llevado a cabo por autoridades y razones médicas. Ver Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 292.

¹³⁹ “Legislación de Interés para el Médico”, 195.

¹⁴⁰ A continuación, una reproducción parcial de la ley, según aparece en el aludido número del BAMPR, para hacer constar los significantes y el uso de un lenguaje peligrosamente inclusivo y arbitrario:

claras las gradaciones o intensidades que diferenciaban al pobre habitual y al paciente de salud mental ordinario de los “degenerados” y “miserables” que debían ser esterilizados. Esta ambigüedad también la encontramos en la Ley N°116, cuya definición de “enfermos mentales” asilados que cualificaban para ser esterilizados incluía el “degenerado sexual”, el “retrasado mental”, el epiléptico o simplemente el “enfermo de la mente”¹⁴¹. Una esterilización podía ser solicitada por casi cualquier persona (desde un familiar hasta un amigo), incluyendo el paciente; no obstante, también la determinación podía ser hecha por la Junta misma, si el individuo cualificaba dentro de los criterios mencionados¹⁴². Por lo general, la operación llevada a cabo era la vasectomía en los hombres o la salpingectomía (extirpación de las trompas de Falopio) en las mujeres¹⁴³.

Sección 5-Los consejos eugenésicos y de puericultura, y de información científica, acerca de los medios contraceptivos podrán ser suministrados o practicados en las personas casadas o que no siéndolo mantuvieren públicamente relaciones maritales, en los casos siguientes:

(...) 2. Cuando las condiciones de pobreza orgánica o miseria fisiológica de los procreadores, pueda ser factor determinante del aborto, muerte del feto o nacimiento de una prole afecta de un proceso de debilidad congénita

3. Cuando uno o ambos procreadores fueren un anormal mental, loco curado, epiléptico o tarado de síndrome neuropático

4. Cuando uno o ambos procreadores, sea alcohólico, morfinómano, cocainómano, marihuanómano o adicto al uso de otras drogas narcóticas o tóxicas

(...)

6. Cuando el estado morboso o diatésico de parte de los procreadores predisponga o determine al embrión, huevo o feto, para algún proceso patológico o para constituir factor de degeneración de la especie

(...)

8. Cuando se trate de criminales habituales o degenerados sociales

9. En los casos de personas cuyo estado de penuria económica o malas condiciones sociales de vida, no les permita atender a la crianza y educación de los hijos

Ver “Legislación de Interés para el Médico”, 195-96.

¹⁴¹ Si el individuo estaba recluso en alguna institución médica, correccional o escolar (insular o municipal), se requería que el director o administrador (quien fuese la autoridad más alta) solicitase que dicho individuo fuese evaluado por un médico para confirmar si su capacidad reproductiva podría causar la herencia de “serias o graves enfermedades”, fuesen estas físicas o mentales. Nuevamente, tenemos aquí un lenguaje ambiguo y poco preciso.

A continuación, una reproducción parcial de la ley, en particular la tercera sección: “Sección 3- (...) decrete la esterilización de un asilado que se encuentre enfermo de la mente, o que sea un retardado mental, o un epiléptico o degenerado sexual con el fin de mejorar las condiciones mentales o físicas del mismo, o que la sociedad se beneficie con tal operación. *Entendiéndose, sin embargo*, que ninguna operación descrita en esta sección será legal a menos que cumplan los requisitos de esta ley”. Ver “Legislación de Interés para el Médico”, 196.

¹⁴² La Junta también tenía derecho y capacidad para proveer consejos en puericultura y contracepción. Ver Legislación de Interés para el Médico”, 196-97.

¹⁴³ Ver “Legislación de Interés para el Médico”, 197.

Hay dos leyes adicionales, por lo general no discutidas en la historiografía del tema¹⁴⁴, que son pertinentes: 1) la Ley N°133, también del 1937, que prohibía el matrimonio entre los que padecían de locura, epilepsia, idiotez, sífilis o cualquier otra enfermedad venérea o inclusive “contagiosa”¹⁴⁵; 2) el artículo 70, aprobado desde el Código Civil del 1930, que prohibía que una persona “incapacitada” o con “retraso mental” pudiese casarse¹⁴⁶. Asimismo, vale recordar (como hicimos en el capítulo anterior) que ya existía una limitación entre los pacientes de lepra, presente durante todo este periodo, en donde se recalca que los pacientes “leproso no deben procrear hijos debido a las grandes probabilidades de contagio que existe para la criatura”¹⁴⁷. Nuevamente resulta curioso que estas leyes no sean usualmente discutidas en la historiografía que alude al neomaltusianismo ni a la eugenesia. Y, sin embargo, este tipo de regulación del matrimonio sí la encontramos en la eugenesia latina y la estadounidense, lo cual nos permite ver que el panorama eugenésico y maltusiano estaba legalmente asentado en Puerto Rico, integrando medidas de eugenesia negativa (como la esterilización y la Junta Insular de Eugenesia), de eugenesia positiva (certificados de matrimonio) y maltusianas (métodos anticonceptivos, los cuales también eran

¹⁴⁴ Los proyectos de ley discutidos hasta el momento aparecen discutidos en la revisión y análisis de Torres-Degló sobre políticas poblacionales en Puerto Rico. Sin embargo, Torres-Degló no hace mención del proyecto de ley que fue aprobado el 14 mayo de 1937 (y que aparecen en el aludido número del BAMPR), y defendido también por Figueroa. Es muy probable que esto se deba a que dicha ley pareciera ser más de carácter eugenésico, al prohibir el matrimonio, que neomaltusiano (usualmente más contraceptivo). Tampoco menciona el artículo 70 del Código Civil del 1930. Igualmente, estas leyes no aparecen mencionadas en las demás autoras mencionadas (Briggs, López y de Arellano).

¹⁴⁵ Dicha ley aparece en el BAMPR, en el 1938, porque se buscaba enmendar nuevamente las primeras secciones de la ley y ofrecerle unas modificaciones menores, como era asegurar mediante el médico que la persona que pedía el certificado (por escrito) era la misma que iba a casarse. Lo que interesa aquí es cómo se enmiendan y confirman las primeras secciones, en particular cómo en la primera se aclaraba que la nulidad del matrimonio no podía darse durante el embarazo de la mujer (lo cual implicaba que los hijos debían ser reconocidos como legítimos) ni si “la causa hubiese desaparecido al momento de iniciarse la acción” (esto aplicaba en particular a los casos curados de enfermedades venéreas). En la segunda sección se insistía en que no se podía expedir matrimonio hasta que la persona mostrase evidencia a través de un certificado médico, el cual duraba cinco días (y si este expiraba debían hacerse un nuevo examen médico). Ver “Legislación de Interés para el Médico”, 199-200.

¹⁴⁶ En el Código Civil del 1930 (en el artículo 70) había prohibido que se pudiesen casar las personas que fuesen “incapacitadas” o con “retraso mental” (o alguna “deficiencia en el desarrollo, cuando dicha condición les impida prestar su consentimiento”) y/o los “que no tuviesen pleno uso de la razón”. Ver Código Civil de Puerto Rico, “Parte III, Matrimonio”, recuperado en <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/lexcodigoc/lexmatrimonio.htm>.

¹⁴⁷ Roig Marietta, “El Leprocomio”, 10

avalados por eugenistas).

3. Tendencias malthusianas respecto a estrategias contraceptivas en las décadas de los treinta y cuarenta

Aunque varios grupos, en particular líderes católicos, se opusieron a estas leyes y buscaron detenerlas, llevándolas al Tribunal Federal en el 1938, dicha oposición no logró impedir que se justificase la contracepción y el aborto terapéutico siempre y cuando fuese por razones médicas y con ello se establecieran servicios contraceptivos en las Unidades¹⁴⁸. Resulta difícil atinar las condiciones que facilitaron la aceptación de estas medidas legislativas de índole neomalthusiano en el 1937, sin embargo, podemos apuntar a algunas tendencias que tal vez aclaren mejor el asunto. Sí podemos notar que paulatinamente el tema de la sobrepoblación adquiría más relevancia en los debates políticos, médicos y económicos, como fue la aprobación por parte del Gobernador Beverly y de líderes políticos en Puerto Rico y Estados Unidos de posturas neomalthusianas¹⁴⁹, y la insistente asociación que hicieron médicos y trabajadores sociales (mayormente estadounidenses, pero también puertorriqueños) entre pobreza, sobrepoblación y la necesidad de educar a las mujeres pobres, en particular vía métodos contraceptivos y en contra de la convivencia

¹⁴⁸ Torres-Degló expone que se llevaron a cabo servicios contraceptivos en 161 de las unidades de salud públicas. El autor no ofrece una fuente para este dato de las 161 unidades, y hemos de suponer que tal vez lo obtuvo en *Leyes de Puerto Rico. Leyes de la Cuarta Legislatura Extraordinaria de la decimotercera Asamblea Legislativa de Puerto Rico y Leyes y Resoluciones de la Primera Legislatura Ordinaria de la decimocuarta Asamblea Legislativa de Puerto Rico* (Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, San Juan, Puerto Rico, 1937). Hasta el momento, no he podido acceder a dicho documento para corroborar dicha cifra y, hasta cierto punto, tal detalle resulta poco relevante en el contexto de esta discusión (no obstante, fuese pertinente verificarlo en una futura indagación). Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 300; Arnaldo Torres-Degró, "Discusión legislativa y gubernamental en Puerto Rico ante los asuntos de índole poblacionales: Estrategias e intrigas entre 1898-1937", *CIDE digital* I (2) (2010): 47-76, 74.

¹⁴⁹ Por ejemplo, en el 1932 el Gobernador Beverly se expresó a favor del neomalthusianismo y del problema de la sobrepoblación, como también lo habían hecho varios oficiales estadounidenses, Muñoz Marín y otros intelectuales. Asimismo, en Estados Unidos encontramos acogida a prácticas eugenistas y neomalthusianas. Ya para el 1932 existían 27 estados en Estados Unidos que habían legalizado la esterilización compulsoria. Tanto el Presidente Roosevelt como su esposa favorecían el control de la natalidad y, al parecer y de forma parcial, Rexford Tugwell (Gobernador del país en el 1934) lo había sugerido como una posible solución a los problemas económicos (aunque resulta difícil saber si dicha sugerencia fue porque conocía la preferencia del Presidente). Ver Torres-Degró, "Discusión legislativa", 62-63; López, *Matters*, 3, 13.

“ilegal”¹⁵⁰ (entiéndase por esto, personas no casadas, en particular entre los de “color”)¹⁵¹. Estas asociaciones no se amparaban solamente en estudios médicos sino en estudios y análisis “sociales”, entiéndase de los campos de la sociología, el trabajo social y la demografía (varios de ellos auspiciados por la UPR)¹⁵².

También desde inicios de la década de los treinta vemos como intervenciones filantrópicas financiadas por estadounidenses (como la RF y Gamble) proponían estrategias educativas “especiales” que incentivaban el uso de remedios más permanentes (o al menos químicos) y supuestamente más fáciles de enseñar a mujeres pobres e “ignorantes” (además de ser supuestamente costo-efectivas para resolver la sobrepoblación)¹⁵³. Las resistencias que hubo por parte de grupos religiosos, el Partido Nacionalista y algunos médicos no deben asumirse como

¹⁵⁰ En esta época cuando se refiere a la “ilegitimidad” y la “convivencia ilegal” se refiere a la convivencia sin matrimonio.

¹⁵¹ Al respecto, Briggs ha argüido como hubo una estrategia que buscó “problematizar” e hysterizar los cuerpos de las mujeres pobres, presentándolas como seres carentes de moral y conocimiento. Dicha hysterización tenía también aspectos de racialización, los cuales eran cónsonos con las posturas de eugenistas y neomaltusianos anglosajones (como Margaret Sanger). Vale recordar de Margaret Sanger abogaba por la contracepción como una solución para regular los excesos reproductivos de las madres pobres, en particular las de “color” (o simplemente no blancas) y las “degeneradas”, entre ellas las que tuviesen algún retraso mental. De acuerdo con Briggs, esto puede verse en cómo desde el 1920 hasta el 1940 el discurso sanitario giró alrededor del problema maltusiano de la “sobrepoblación”, la pobreza y la necesidad de controlar la reproducción sexual de las mujeres de las “clases bajas” vía intervenciones de índole educativa sobre métodos anticonceptivos. Por ejemplo, se criticaba el “ambiente ilegítimo” para referirse a los que convivían sin haberse casado legalmente, y como un problema más recurrente entre las parejas “de color” (lo cual, como ya hemos visto en capítulos anteriores, era un señalamiento hecho desde inicios del siglo XX). Ver Briggs, *Reproducing Empire* (Thesis), 148-149, 180-188; López, *Matters*, 5

¹⁵² En la década de los cuarenta, Jaime Benítez, entonces rector de la UPR, invitó al sociólogo Kingsley Davis para estudiar el problema de la planificación familiar, y un poco más tarde cuando se funda el Centro de Investigaciones Sociales, este estuvo dirigido por Clarence Senior y tanto él como muchos de los investigadores (entre ellos J. Mayone Stycos, Kurt Back y Howard Stanton), estaban interesados en el crecimiento poblacional. Arbona recuenta esto en sus *Memorias* como parte del crecido interés que existía sobre el tema a nivel médico y académico. Ver Arbona, *Memorias*, 135-36; Briggs, *Reproducing Empire*, 119-122.

¹⁵³ Briggs encontró que los filántropos, sean ya gigantes como la RF o benefactores individuales como Clarence Gamble, creían en esta lógica de “dos itinerarios” (*two-track*) de contracepción en Puerto Rico. Este itinerario asumía que debía emplearse una estrategia especial y dirigida a las personas pobres y sin educación, porque tales tipos de personas no tenían la capacidad para aprender el uso de técnicas y tecnologías más “complicadas” (como el diafragma). Esto afectó a su vez los tipos de financiamiento y auspició métodos contraceptivos químicos y hormonales (más “fáciles” de usar, pero a su vez más peligrosos). Por eso se puede observar que, según Briggs, a partir de la década de los cuarenta, las teorías de “desarrollo económico” y un discurso sobre los terrores del “tercermundismo”, justificaron resolver la pobreza vía el control poblacional y el desarrollo de métodos anticonceptivos biológicos, como fue la afamada “píldora” (Enovid) en la década de los cincuenta. Ver Briggs, *Reproducing Empire* (Thesis), 21-22, 29-29, 46-47, 121-29, 157-164 y 226-237; Briggs, *Reproducing Empire*, 102-105; López, *Matters*, 15.

representativas de los intereses de la mayoría de las personas, ni fueron discursivamente menos problemáticas, dado que reflejaban también sesgos sexistas y racialistas (de carácter hispanófilo)¹⁵⁴. En la década de los cuarenta vemos cómo se proponía la emigración, la contracepción y la penalización de los convivencia “ilegítima” como soluciones a los problemas económicos del país. Lo curioso es ver cómo lo económico fue enmarcado como un problema sanitario que reducía toda la complejidad de los problemas socioeconómicos, políticos e higiénicos a la cuestión de la contracepción y la regulación de la procreación.

Vale recordar que los efectos de estas medidas contraceptivas, incluyendo el uso de esterilizaciones, no se dio de forma tan significativa en esta época (1930-1948). A su vez, la mayoría de las esterilizaciones no fueron a través de la JIE (un supuesto total de 97¹⁵⁵) y desde el 1937 hasta la década de los setenta la esterilización se llevó a cabo mayormente en hospitales privados y municipales, teniendo mayor auge a partir del gobierno de Muñoz Marín y convirtiéndose oficialmente en proyecto estatal bajo Luis A. Ferré en la década de los sesenta. Las cifras exactas de mujeres esterilizadas, en particular en hospitales privados, es un dato que requiere mayor indagación empírica. No obstante, las cifras que aparecen citadas en periódicos y por médicos apuntan a miles de mujeres esterilizadas, en ocasiones anualmente¹⁵⁶.

¹⁵⁴ El análisis de Briggs nos resulta pertinente porque cuestiona las omisiones de varios historiadores, sociólogos y activistas políticos cuando se discute el control de natalidad como una estrategia del imperialismo estadounidense. De acuerdo con Briggs, estas omisiones olvidan cómo activistas feministas respaldaron la Asociación Puertorriqueña Bienestar de la Familia, entre las cuales estaba Carmen Rivera de Alvarado, quien abogó para que se pasaran las leyes del 1937. Hay que contextualizar a su vez cómo en los discursos de los líderes nacionalista en la década de los treinta, en particular los de Albizu Campos, se discursaba con una nostalgia conservadora e hispanófila, la cual divinizaba la maternidad como reflejo de la nación y veía las políticas anticonceptivas como una mala influencia anglosajona que había llevado a la degeneración de la dignidad hispana y masculina (y esto también lo veremos posteriormente en escritores como René Marqués). Ver Briggs, *Reproducing Empire* (Thesis), 33, 38-9.

¹⁵⁵ No existe mucha información o investigaciones respecto a las 97 esterilizaciones que fueron autorizadas por la Junta Insular de Eugenesia, entre 1937 y 1950. Por ejemplo, Ramírez de Arellano y Seipp lo mencionan, pero no entran en detalle. Ramírez de Arellano y Seipp obtienen dicha cifra a partir de un artículo en el periódico *El Mundo* (en el 17 de noviembre del 1951). Ver Ramírez de Arellano y Seipp, *Colonialism, Catholicism*, p.204, nota 3.

¹⁵⁶ Entre los datos que se conocen respecto a esterilizaciones tenemos que en el 1943 se habían realizado en los hospitales de distrito de Arecibo, Bayamón y Fajardo a un total de 486 mujeres, inmediatamente después del parto.

Si seguimos los argumentos de Briggs, pareciera que no hubo evidencia clara y explícita de una campaña estatal para promover la esterilización antes del 1965. Esto se debía en parte, según la historiadora, a que la Isla carecía de la infraestructura médica necesaria para llevar a cabo una campaña que pudiese limitar forzosamente la reproducción de las mujeres. A su vez, George Payne, director del IHD, se oponía al control de natalidad y, cuando a mediados de la década de los cuarenta Gamble le solicitó a Christopher Tietze buscar oficiales y activistas de control de natalidad, no encontraron mucho respaldo. No obstante, Belaval informa a Gamble que 50% de las mujeres pobres que iban a las clínicas prenatales pedían ser esterilizadas. Briggs brinda evidencia de cómo otros estudios habían mostrado que la mayoría de las mujeres esterilizadas habían consentido y estaban satisfechas, y pocas expresaban haber sido malinformadas¹⁵⁷.

Los argumentos de Briggs son hasta cierto punto debatibles, en particular cuando interpreta como “neutrales” los datos de varios estudios realizados por demógrafos y médicos. Briggs reconoce que el consentimiento no era algo evidente, en particular en contextos en los que se presentaba la esterilización como la mejor solución. Lo que la historiadora no discute, y es pertinente para nuestros fines, es cómo se logró hacer lo que Valle Atilas consideraba ideal: que los propios “degenerados” optaran voluntariamente por su esterilización (aspecto que ya retomaremos en otra sección). A su vez, se desestima demasiado que existiese un discurso que buscara promover los ideales de una clase social que responsabilizaba a las mujeres pobres de los

En 1944 *El Mundo* publica un artículo en torno al Negociado de Higiene Maternal e Infantil revelaba que hubo 7,135 casos de esterilización y que se efectuaban “clínicas de demostración” en la Unidad de Río Piedras, todos los lunes por la tarde. En 1947 un grupo de intelectuales católicos critica las esterilizaciones a mujeres y alude a la cifra dada por Belaval de 3,373 mujeres que dieron su consentimiento. Aun después de derogarse la JIE en la década de los sesenta, el Gobierno siguió promoviendo los programas contraceptivos, siendo la esterilización la opción más utilizada y al parecer coaccionada. Para los datos reproducidos ver Torres-Degló, *Las políticas poblacionales*, 449-51; Sánchez Rivera, “Imágenes y Representaciones”, 105-106.

¹⁵⁷ Laura Briggs, "Discourses of "Forced Sterilization" in Puerto Rico: The Problem with the Speaking Subaltern", *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 10 (1999): 30-66, 47-50; John Farley, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1952)*, (New York: Oxford University Press, 2004), 82.

problemas económicos y sanitarios, y que buscó así crear ciertos modos de sujeción que ejercieron controles sociales que pervivieron¹⁵⁸. Estos controles sociales no eran abiertamente coercitivos¹⁵⁹ y vale considerar, como lo ha señalado Iris López, que si bien no hubo una campaña estatal “oficial” en las décadas de los treinta y cuarenta, sí se sedimentaron las condiciones para que la esterilización fuese aceptada voluntariamente como la mejor o inclusive única opción. El argumento, que López ha recopilado a través de historias orales, es que muchas mujeres sentían que no había muchas opciones de contraceptivos, y por consecuente asumían la esterilización como la más accesible¹⁶⁰. Los contraceptivos promulgados y financiados por Gamble no parecían ser muy efectivos y es posible, según López, que esto haya vuelto la esterilización (a partir de su legalización en el 1937) en la “única” solución efectiva¹⁶¹.

A su vez, poco importa si hubo o no una campaña oficial en la década de los treinta y cuarenta si distintas autoridades médicas, con puestos en agencias gubernamentales y prestigio profesional (como, por ejemplo, Belaval, Janer, Fernós Isern, Arbona), favorecieron y promovieron su práctica. Además, es preciso recordar que la esterilización no fue la única estrategia eugenésica utilizada ni fue la más preferida entre los eugenistas latinos. Como veremos más adelante, el caso

¹⁵⁸ Briggs reconoce esto parcialmente y señala a que la promoción de la esterilización como una solución apelaba también a la clase media liberal de médicos, administradores de hospitales, periodistas y oficiales que estaban interesados en regular la reproducción de las mujeres pobres. Igualmente, reconoce que las autoridades estadounidenses (en particular las asociadas con la Medicina Tropical) asumían que para “modernizar” el país las familias debían “adaptarse” a los ideales de la familia blanca, de clase media y pequeñas (en cantidad de miembros). Sin embargo, al fin y al cabo, Briggs evade analizar cómo el consentimiento de muchas de las mujeres a ser esterilizadas cumplía con los ideales de esa educación eugenésica promovida por Valle Atilas y otros médicos. Ver Briggs, "Discourses of "Forced Sterilization", 50-52; Briggs, *Reproducing Empire* (Thesis), 121-122

¹⁵⁹ Briggs considera que prácticamente ninguno de los programas estatales de control de natalidad de las décadas de los sesenta y setenta pudiera calificarse de “control social”, con la excepción de la intervención del Gobierno en el contexto de las factorías (en donde sí se dio un escenario que podía ser más manipulativo e indirectamente coercitivo). Aunque Briggs lo considera el único caso en que sí cualifica la tesis de control social, también aclara que esto duró solamente unos 5 años (terminando en el 1972). En este caso pudiese verse en Briggs una insistencia en demostrar que los programas de contracepción estatales no fueron sistemáticos y ni duraron décadas, aún si resulta cuestionable (cinco años de control social no es poca cosa). Ver Briggs, "Discourses of "Forced Sterilization" Ibid, p.55.

¹⁶⁰ López, *Matters*, 7-8.

¹⁶¹ López, *Matters*, 16.

de Puerto Rico permite ver la pervivencia de un pensamiento eugenista que fue suficientemente profundo para ser casi naturalizado e invisibilizado.

C. Panorama epidemiológico: tendencias de mortalidad y campañas de sanidad

Para contextualizar mejor los desarrollos institucionales sanitarios y algunos de los debates en torno a los llamados problemas económicos, “médico-sociales” e higiénicos de este periodo, tenemos que analizar las tendencias epidemiológicas. En esta sección vamos a abarcar las campañas principales de sanidad, retomando la continuación de aquellas iniciadas en las décadas pasadas, como la anemia y la malaria, y discutiendo las que se destacan más en este periodo como son la tuberculosis y la sífilis. Durante este periodo encontramos también una serie de estudios médico-científicos que van a ser distintivos, reflejando el giro hacia tratar problemas “médico-sociales” y asociados a la economía, como son los “estudios socioeconómicos”, los de mortalidad infantil y sobrepoblación. Si bien en este periodo hay una mayor regulación, organización y conocimiento en torno a la recopilación y a la aplicación de los métodos estadísticos, aún continúan los reclamos en torno a lo poco confiables son las estadísticas y a los problemas de identificación y registro de enfermedades¹⁶².

La disminución de la mortalidad general fue lenta pero sostenida. En los primeros cinco años tenemos un periodo de alzas y bajas. Hubo una leve baja y recuperación posterior al huracán San

¹⁶² No se puede decir que esto se deba a una falta de regulación dado, que, desde inicios de la década de los treinta, el registrador demográfico se encargaba de inscribir los nacimientos, casamientos y las defunciones. Por un lado, tenemos la Ley N°24 del 1931 para regular los modos de inscripción de nacimientos, defunciones, matrimonios (junto a su anulación y divorcios), emancipaciones, legitimaciones y adopciones dentro del Registro General Demográfico de Puerto Rico. Inclusive, en el 1932, el Negociado de Estadística Demográfica (que era parte del Departamento de 1932) publica un reglamento al respecto, para complementar la Ley N°24 del 1931. En dicho reglamento identificaba lo que el registrador debería hacer. Entre sus labores incluía un registro de los médicos, comadronas, embalsamadoras y agentes funerarios; y su rol en los entierros y en los nacimientos (en estos se identificaba si hubo “asistencia facultativa” o no, lo cual requería el nombre del médico, comadrona o comadrona auxiliar que haya asistido en el parto). A su vez, se debía hacer un informe mensual demográfico, y cada uno debía ir acompañado con todos los certificados inscritos en el mes anterior. Ver Departamento de Sanidad/Negociado de Estadística Demográfica, *Reglamento Demográfico No.1* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1932), 3-4, 8-9.

Felipe (1928) en el 1930 (una tasa de 18.6 por cada 1,000)¹⁶³, seguido por un aumento debido, mayormente, a los efectos de la Gran Depresión y el huracán San Ciprián (1932)¹⁶⁴ y una baja, la cual coinciden en parte con PRERA y PRRA (iniciando en el 1934 con una mortalidad de 19.2 por cada 1,000 personas)¹⁶⁵. Aunque hubo una disminución leve, pero relativamente continua, en algunas enfermedades (por ejemplo, en mortalidad infantil y la malaria), también hubo leves aumentos en la mortalidad general (una tasa de alrededor de 20). No obstante, las autoridades resaltaban que las cifras apuntaban hacia una recuperación de las crisis de los años anteriores (en particular, la Gran Depresión)¹⁶⁶.

Las bajas en mortalidad son un poco más marcadas a partir del 1939, con una tasa de mortalidad de 17.8 (en aquel momento la más baja desde el 1898) hasta llegar a una tasa de 13.2 en el 1946 y 12 en el 1947¹⁶⁷, y una baja significativa en las enfermedades principales como eran las diarreas y enteritis (que continuaba siendo registrada como la causa principal de muerte)¹⁶⁸. La década de los cuarenta puede considerarse un periodo en el cual van disminuyendo gran parte de las enfermedades más mortales, pero dicha disminución no fue inmediata ni alcanzaba los supuestos estándares de salubridad que había en los Estados Unidos¹⁶⁹. Estas comparaciones en torno a la

¹⁶³Ver Roosevelt, *31st Annual*, 8, 63; José Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica de la mortalidad tuberculosa en Puerto Rico”, *BAMPR XXV*, n°4 (1933): 203-209, 207

¹⁶⁴ Ver Beverley, *32nd Annual*, 99; James R. Beverly, *Thirty-third Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1933), 5; Winship, *34th*, 13; Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 207.

¹⁶⁵ Blanton Winship, *Thirty-Fifth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1935), 50.

¹⁶⁶ Blanton Winship, *Thirty-Seventh Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1937), 7, 44, 162.

¹⁶⁷ Jesús T. Piñero, *Forty-Seventh Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1948), 30.

¹⁶⁸ Hubo una disminución de mortalidad por diarreas y enteritis en todas las edades del 1943 al 1947, de una tasa de 286.1 a una de 176.5. Sin embargo, dicho trastorno seguía siendo la causa principal de muerte. Ver Piñero, *47th Annual*, 132

¹⁶⁹ Como señalaba un especialista estadounidense en malaria, John Henderson, en el 1941: “El que las distintas enfermedades más corrientes sean más abundantes aquí que en los cuarentiocho Estados Norte-americanos no es una observación original, ni nada nuevo para la mayoría de los lectores”. Ver John Henderson, “La malaria en las zonas urbanas de Puerto Rico”, *PRJPHJM XVII*, n°3 (1942): 289-302, 301. Este artículo fue originalmente una ponencia leída en la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico el 23 de septiembre del 1941.

morbilidad y mortalidad entre Puerto Rico y Estados Unidos o con otros países “civilizados” pudieran parecer lícitas cuando con ello se buscaba reforzar la necesidad de que se financiaran cambios estructurales en los servicios médicos y campañas sanitarias. Pero, a la misma vez, podían llevar a comparaciones equívocas o que eclipsaban las particularidades y necesidades del País. También podían reflejar sesgos y prejuicios contra los países latinoamericanos y asiáticos¹⁷⁰.

Para contextualizar mejor estos cambios, debemos remitir a las enfermedades de mayor relevancia, como fueron la tuberculosis y la malaria. No obstante, fuera preciso empezar por la enfermedad que simbolizaba tanto la victoria de las campañas higiénicas como la repetición frustrante de una enfermedad que pervivía: la anemia.

1. Anemia y desnutrición: dolencia recurrente y que pervive (pese a los “progresos”)

Ya desde finales del siglo XIX era conocido el vínculo entre pobreza, desnutrición, anemia y productibilidad. Sin embargo, en las décadas de los treinta y cuarenta encontraremos un aparente giro que va a legitimar la necesidad de estudiar científicamente el vínculo entre economía y salud. Este pareciese ser un asunto que empezó a problematizarse en Europa y Estados Unidos a partir

¹⁷⁰ Por ejemplo, para principios de la década de los treinta (1930-1931) Puerto Rico tenía una tasa de mortalidad de 20, lo cual reflejaba una leve mejora con épocas anteriores (al menos cuando lo comparamos con el aumento que hubo a partir del 1923, y sobre todo después del huracán del 1928). Sin embargo, como recordaban algunos médicos (como Figueroa), estas cifras continuaban siendo altas cuando se comparaban con la de países “civilizados” como Estados Unidos (una tasa de mortalidad de 12.2 en el 1928), Alemania (11.6), Canadá (9.4) y Nueva Zelanda (8.5). Como recordaban también algunos médicos la tasa de mortalidad de Puerto Rico era un poco más baja pero aún demasiado cerca a las de países como Chile (25.8). En el caso de la tuberculosis, la directora de estadísticas de la Sociedad Antituberculosa Americana (una tal “Miss Whitney”) declaró para inicios de la década de los treinta que “Puerto Rico era el país entre los llamados civilizados, donde había más Tuberculosis”. Este tipo de comparación será recurrente hasta finales de la década de los cuarenta, siendo Puerto Rico representado como un tipo de “puente” (imagen también recurrente dentro de la imagería panamericana) entre los países “primer mundo” y los países “en desarrollo” o atrasados. Comparaciones que no pocas veces, evocaban alusiones orientalistas. Por ejemplo, aún en el 1947, cuando la mortalidad había disminuido significativa (al compararla con principios de la década de los cuarenta), Manuel Pila lamentaba la alta mortalidad, y su proximidad con la de otros países. No solo eso, sino que Pila, en letras todas en mayúscula exaltaba que Puerto Rico “NO DEBEMOS CONTINUAR POR MAS TIEMPO CERCANOS A CHINA”. Ver José Amadeo, “Editoriales: Responsabilidad de la clase médica ante el problema sin resolver de la tuberculosis en Puerto Rico”, *BAMPR* XXIV, n° 202 (1932): 309-311, 309; Manuel de la Pila, “Lo que dicen nuestras estadísticas acerca de la tuberculosis en Puerto Rico”, *BAMPR* XXXIX, n° 10 (1947): 373-84, 382; Leopoldo Figueroa, “El grave problema de la mortalidad infantil en Puerto Rico”, *BAMPR* XXIV, n°4 (1934): 133-52, 139, 141.

de la Gran Depresión¹⁷¹. Durante el periodo de entreguerras hubo un crecimiento de intervenciones sanitarias a nivel internacional, siendo ejemplo de ello la Organización de Salud de la Liga de Naciones (OSLN) y la RF, con programas, iniciativas y campañas que no solo se enfocaron en Europa y Estados Unidos, sino que se extendieron a Latinoamérica, China y las áreas del sur de Asia¹⁷². Como ya veremos en otra sección, estas intervenciones sanitarias internacionales también tenían intereses económicos muy concretos que buscaban impulsar la economía agrícola en ciertos países (por ejemplo, en Latinoamérica) y controlar el problema de la pobreza y el hambre. No pocas veces encontramos en estas intervenciones internacionales argumentos y retóricas neomaltusianas y eugenésicas.

En Puerto Rico, estas intervenciones habían empezado un poco antes, y hasta cierto punto con Ashford vemos la germinación de estas. Inclusive, la intervención de Ashford resulta fundamental no tanto por sus descubrimientos medicinales sino por organizar un tipo de intervención en áreas rurales que no solo fue novedosa en el País sino muy emblemática de las que hará la RF. No obstante, aún durante la década de los treinta se apuntaba a que la uncinariasis prevalecía en toda la Isla con un estimado de 90% de toda la población rural y 60% de la urbana. La mortalidad de la anemia había dejado de ser alta hacía ya un tiempo y, en comparación con la tuberculosis, la malaria y las diarreas y enteritis, su tasa era minúscula (de 23.7 en el 1930 a 2.4 en el 1947)¹⁷³. El

¹⁷¹ Según la historiadora Kristy Walker, podemos ver en este periodo una nueva generación de especialistas en Salud Pública que destacaban el problema de la desnutrición y la pobreza. Dichos especialistas buscaban demostrar que la desnutrición aumentaba la disposición o susceptibilidad a ciertas enfermedades (mentales y físicas), lo cual resultaba preocupante al considerar que los efectos de la Gran Depresión podían afectar los servicios médicos (con el cierre de hospitales y otros servicios). Ver Kristy Walker, “Historical perspectives on economic crises and health”, *The Historical Journal* LIII, nº2 (2010): 477-94, 478.

¹⁷² Walker, “Historical”, 479.

¹⁷³ La uncinariasis continuó siendo durante la década de los treinta una “dolencia” recurrente (Morales Otero y Pérez estimaban que prevalecía en 83.5% de toda la población campesina y masculina de edad adulta) y que “incapacitaba”, pero rara vez era mortal. Como señalaba Garrido Morales en el 1934, las cifras de mortalidad eran “bajas o poco elevadas”. La mortalidad de la uncinariasis rondaba entre 20 y 30 durante la década de los treinta (con 23.7 en el 1930 y con alza de 59.6 en el 1933, posiblemente efecto del huracán San Ciprián), y fue disminuyendo significativamente desde la segunda mitad de la década de los treinta (con una tasa de 13.8 en el 1936 hasta bajar a una tasa de 2.4 en el

mayor avance fue, hasta cierto punto, en la construcción de letrinas, pese a los obstáculos padecidos por los huracanes¹⁷⁴, las cuales fueron aumentando, pero no llegaban a las cifras necesitadas¹⁷⁵. La disminución en mortalidad puede atribuirse parcialmente a estos adelantos tecnológicos y de índole social. La anemia y la malaria son enfermedades cuya mortalidad descendió de forma considerable porque se integraron intervenciones y cambios a nivel de infraestructura ambiental y laboral. Por esa razón se pudiese argüir que el modelo biomédico, usado de forma exclusiva, resultaba insuficiente si no iba acompañado de cambios al “medio”, en particular aquellos que buscasen controlar la reproducción del parásito y prevenir la reinfección.

Un cambio particular que nos compete es cómo se estudió científicamente la anemia y su relación con la desnutrición. Aún en el caso de la uncinariasis, se enfocaba la necesidad de “fortalecer” aquel “empobrecimiento” que había en la sangre a través de suplementos y ciertas dietas¹⁷⁶. Se insistía, a tono con Ashford, en expulsar el parásito, pero también se diferenciaban los síntomas de la uncinariasis y los de la anemia causada por desbalances nutricionales (o por el mismo parásito)¹⁷⁷. A nivel investigativo continuaban refinándose los estudios sobre los aspectos

1947). Ver Roosevelt, *31st Annual*, 63; Winship, *37th Annual*, 44; Tugwell, *43rd Annual*, 92; Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 76; Edgardo Garrido Morales, “Major health problems of Puerto Rico and the methods used to attack them”, *BAMPR XXVI*, n°1 (1934): 5-8, 7.

¹⁷⁴ Se suponía que, para el 1929, la mitad de la zona rural tenían letrinas gracias a los esfuerzos de la campaña asistida por la RF. No obstante, los dos huracanes (1928 y 1932) afectaron dichas estructuras, y ante ello se había solicitado en el 1933 la edificación de 15,000 letrinas en 21 municipios, además de más inspectores rurales, carpinteros y obreros para ayudar con dichas obras. Garrido Morales, “Major health”, 7.

¹⁷⁵ En el Informe del Gobernador del 1937 se declaraba que 1,536 letrinas nuevas habían sido construidas y 2,132 habían sido reparadas. En el próximo año se construyeron 2,590 letrinas nuevas y se repararon 2,480 viejas. Se estimaba que del 1934 al 1938 se habían construido unas 20,000 letrinas rurales. Un proyecto auspiciado por el Departamento Insular de Sanidad en el 1939 buscó proveer para la construcción de 25,000 letrinas para familias indigentes en áreas rurales (y ya para el 1940 se estimaba que se habían distribuido unas 12,000 a través de 17 factorías). En el 1944 se estimaba que había 30,000 lugares rurales con letrinas, pero se requerían 180,000 espacios con letrinas (con un costo máximo de 10 dólares), para llegar a lo necesitado (curiosamente, no queda claro cómo esto se traduce a unidades o cantidades concretas de letrinas). Ver Winship, *37th Annual*, 42; Winship, *38th Annual*, 34; Leahy, *40th Annual*, 26; Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 369.

¹⁷⁶ Se recomendaba, para tratar la anemia (no la uncinariasis), una dosis de sales de hierro (6 gramos diarios de citrato de hierro amoniacal), con extracto de hígado y hierro. Ver Rafael Rodríguez Molina, “Tratamiento de la anemia que acompaña a la uncinariasis”, *PRJPHTM XI*, n°1 (1935): 56-62, 57-58, 61.

¹⁷⁷ Es preciso notar que Ashford va a insistir en que la uncinariasis se debía mayormente a la presencia del parásito y

microscópicos y clínicos de la anemia y el esprúe, cada vez con una mayor precisión bioquímica en torno a datos comparativos respecto a la hemoglobina y eritrocitos, y la sintomatología gástrico-intestinal¹⁷⁸. Aunque esto suponía también un estudio más detallado y científico de las diarreas y enteritis, las gastritis y gastroenteritis no fueron objeto de muchas conferencias públicas y publicaciones, mucho menos campañas¹⁷⁹. Inclusive, se expresaban dificultades con poder identificar una entidad morbosa en su etiología, mientras que otros cuestionaban su precisión como categoría de clasificación patológica o el hecho de que este fuese solamente un síntoma de otra condición patológica.

Durante este periodo podemos notar un mayor acento en estudiar científicamente el problema nutricional, no ya insistiendo sobre lo ya sabido, sino integrando cada vez más argumentos empíricos y químicos al respecto (proveyendo los cálculos de vitaminas y proteínas necesarias)¹⁸⁰. Si en las primeras décadas del siglo XX se mencionaba que la desnutrición era una de las razones que empeoraba una enfermedad o era el efecto de una enfermedad, durante las décadas de los treinta y cuarenta se insistirá en la necesidad de estudiar bioquímicamente la desnutrición, en particular la deficiencia calórica¹⁸¹, como causa de problemas mentales, físicos y, por consecuente, de “energía” y productividad¹⁸².

“no tiene nada que ver con el desequilibrio nutritivo preexistente que pueda servirle de asiento”; aunque no por ello va a negar la relevancia de regular la dieta (similar a la usada para tratar el esprúe que consiste de carne asada, vegetales frescos y frutas) y usar ciertos suplementos (extracto de hígado, citrato de hierro amoniacal), además de los antihelmínticos. Ver Bailey Ashford y George C. Payne, “Periodo larvario en la uncinariasis”, *PRJPHTM IX*, n°2 (1933): 135-153, 151-52.

¹⁷⁸ Ejemplo de ello es Juan Pons, Enrique Koppish & Bailey K. Ashford, “Anemia en Puerto Rico”, *BAMPR XXII*, n°189 (1931): 223-226.

¹⁷⁹ Ya este reclamo puede verse en O. Costa Mandry, “Editorial: La diarrea y enteritis en Puerto Rico”, *BAMPR XXIII*, n°189 (1931): 207-09. Ya anteriormente, en el 1928, Costa Mandry, al analizar 176 casos de niños menores de cinco años, no había encontrado una sola entidad parasitaria o bacteriológica común entre todos que fuese causante de las diarreas y enteritis. El asunto no va a cambiar tampoco durante este periodo.

¹⁸⁰ Conrado F. Asenjo, “Estudios nutricionales en Puerto Rico”, *BAMPR XXXIX*, n°6 (1947): 222-29, 222; Ramón M. Suarez, “Editorial: Puerto Rico y su problema de nutrición”, *BAMPR XXIII*, n°187 (1931): 133.

¹⁸¹ Ver, por ejemplo, Arbona, *Memorias*, 23.

¹⁸² No era nuevo asociar alimentación con energía y productibilidad, pero ahora se ofrecían los cálculos calóricos que

Durante este periodo, se acentuó el problema en términos de falta de cantidades de calorías y de ciertas vitaminas específicas, como la vitamina A y D, el calcio, el fósforo, el hierro, la riboflavina, así como el consumo de pocas frutas y proteínas de calidad¹⁸³. Se supone que estos estudios estaban dirigidos a regular y modificar científicamente la dieta puertorriqueña, como era propio de toda llamada “ciencia moderna” dirigida a resolver problemas sociales¹⁸⁴. También apuntaba a que las carencias nutricionales, y aquí se entizaba la falta de comer carnes, manteca y leche —esos “alimentos protectores” según Asenjo—, no se debían simplemente a renuencias por parte de gran parte de la población sino a las condiciones económicas¹⁸⁵. El uso de un régimen dietético medicalizado se fomentaba en varias enfermedades, como la tuberculosis y la malaria, pero en donde más se enfatizó fue en los casos de anemia a causa de esprúe tropical. Ashford va a dedicar gran parte de su carrera al esprúe tropical y a identificar dietas que sirviesen como tratamiento a este tipo de anemia. Ashford recomendaba el uso de extracto de hígado (muy útil en la enfermedad de Addison) y una dieta que requería del consumo de carnes, frutas y leche, además

suponían lograr no solo estar saludable sino obtener, según Conrado Asenjo, “alto grado de eficiencia mental y física”. A tono con el énfasis en lo económico, algunos médicos, como Ramón Suárez, reiteraban algo ya conocido: que la nutrición era fundamental contra los “gérmenes morbosos” y por esa razón era necesario estudiarla científicamente para así “fortalecer” las células y evitar el desgaste de energías que llevaba al organismo a un estado de “marasmo abúlico e infecundo”. Ver Asenjo, “Estudios nutricionales”, 222; Suárez, “Editorial”, 133.

¹⁸³ Remitiendo a los estudios de Cook, Axtmayer y Dalmau, se argüía que en el país la alimentación típica carecía de vitamina A, de proteínas de alta calidad y de aminoácidos importantes como el calcio, el fósforo y el hierro. En otro estudio de Robinson y Suárez se decía algo similar, recalcando cuantías bajas también en riboflavina (vitamina B2), llegando a un total de 1,570 calorías. Asimismo, Morales Otero y Pérez señalaban que “las calorías ingeridas son escasísimas y el contenido poco, grasa, mineral y vitamínico es, asimismo, muy bajo”. Aún para el 1947 Conrado Asenjo denunciaba estas insuficiencias, y precisando que la “ración media puertorriqueña es pobre en los siguientes factores nutritivos”: vitamina A, proteínas de calidad, vitamina D, calcio, fósforo, hierro asimilable, calorías y riboflavina. También señalaba que se consumían poco las frutas, lo cual parecía, según el galeno, “un absurdo” en un país con frutas abundantes. Ver Asenjo, “Estudios nutricionales”, 223-25; ve también Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 79-80.

¹⁸⁴ La “moderna ciencia de la nutrición” tenía que también “tratar de modificar” los “usos y las costumbres en materia de alimentación”. Asenjo, “Estudios nutricionales”, 222.

¹⁸⁵ El galeno reconocía que las “condiciones económicas que limitando el poder adquisitivo de estas clases sociales, les impide consumir aquellos alimentos protectores, tales como la leche, la mantequilla, la carne y los huevos”. Asenjo, “Estudios nutricionales”, 222.

de un conteo de calorías (1,800 diarias)¹⁸⁶. Es evidente que este tipo de dieta no era accesible a la mayoría de la población.

En el caso de Puerto Rico resulta difícil saber si estos estudios necesariamente influyeron directamente a programas y compensaciones (por ejemplo, del Negociado de Bienestar Social) dirigidas a las clases más carentes de recursos¹⁸⁷. En esencia, las recomendaciones de los médicos no se desviaban de las ya vistas a finales del siglo XIX (más carnes, leche y frutas). Sorprende que durante este periodo no hubiera estadísticas en torno a las cantidades de desnutridos, pese a que se infiriera que era una afección, como la anemia, que afectaba a casi toda la población. Para finales de la década de los cuarenta se va a insistir en la necesidad “social” de intervenir y mejorar la alimentación si se quería reducir la mortalidad y aumentar la productividad (como lo señaló, por ejemplo, el Secretario de Salud, Juan A. Pons, en el 1947 y 1950¹⁸⁸).

Antes que cerremos esta sección es preciso señalar un pequeño pero relevante grupo de

¹⁸⁶ Dicha dieta requería de una alimentación que, si nos fijamos bien en el contexto socioeconómico, no era del todo accesible a todos (que apenas podían tener, tal vez, de dos a tres comidas pequeñas). La dieta, según recomendada por Ashford consistía en: 1) un desayuno que tuviese, además del típico café, dos jugos y fruta (una selección entre naranjas, uvas, guineos, manzanas, peras o mangos, dependiendo de cómo las digieran mejor); 2) un almuerzo que podía ser sopa de caldo de pollo con un poco de vegetal, media libra de un trozo de carne con un poco de sal o pollo rostizado. La carne debía ser lo más cruda posible (*rare*), para que retuviera los nutrientes y, de no haber otra alternativa, el pescado era aceptable; 3) una merienda (un *afternoon repost*) que consiste en café y una sopa de pollo; 4) una cena similar al almuerzo; 5) al final un *supper* que fuese un vaso de leche caliente o un poco de fruta. Se prohibía cualquier comida con azúcar, lo cual incluía frutas enlatadas endulzadas, pan, cereales, comidas con harina (como bizcochos y galletas), arroz, habichuelas, papas, batatas, piña y cualquier comida frita. Las calorías debían calcularse (desconocemos como esto fuese posible para la mayoría de la población) y no estar por debajo de 1800 diarias. Ver Bailey K. Ashford & Juan A. Pons, “A clinical investigation of thirteen cases of anemia of pernicious type in Porto Rico”, *PRJPHJTM* VII, n°2 (1931): 167-201, 169-70, 198-99.

¹⁸⁷ Por ejemplo, las estaciones de leche fue un proyecto anterior y no asociado a estos estudios. Esto lo mencionaremos también más adelante en la sección de mortalidad infantil.

¹⁸⁸ Por ejemplo, en el 1947 Juan A. Pons, Secretario de Salud bajo Jesús T. Piñero, señalaba que si bien el 80% de la población sufría de desnutrición, resultaba preocupante que las estadísticas no lo constataran. Pons destacaba, aún en el 1950, que la desnutrición era pertinente en términos de causar morbilidad, mortalidad y debilidad (*infirmitly*), además de causar pérdidas en lo social (*social loss*), en términos de bajas en eficiencia, ausentismo y falta de “ambición” en el trabajo. En el 1950, Pons señalaba la necesidad de estudios estadísticos más completos, que tomaran en consideración no solo las muertes sino el “valor social” o sus efectos sociales. En otras palabras, si se quería reducir la mortalidad e incluso morbilidad de ciertas enfermedades, se debía intervenir primero en la alimentación. Ver Juan A. Pons, “Discurso pronunciado por el Dr. Juan A. Pons, Comisionado de Salud, con motivo de las festividades del 4 de julio de 1947”, *BAMPR* XXXIX, n°7 (1947): 247-53, 247; Juan A. Pons, “The present-day medical problems in Puerto Rico”, *BAMPR* XLII, n°12 (1950): 693-98, 694-95.

estudios sobre la anemia meniscocítica, también llamada anemia falciforme y *sickle cell disease*. La relevancia de estos estudios yace en que son los primeros que consideraban un vínculo exclusivo entre la raza negra y un tipo de anemia hereditaria. En la década de los treinta encontramos los primeros estudios en Puerto Rico en torno a la presencia de una anemia particular que afectaba a la raza negra, llamada anemia meniscocítica o *sicke cell anemia*.¹⁸⁹ Como sucedió en Latinoamérica (particularmente Brasil) y Europa, este tipo de anemia no fue discutida hasta inicios y mediados de la década de los treinta. En Puerto Rico encontramos que este tipo de anemia se discute de forma explícita y detallada por primera vez en el 1934, en un artículo de Juan A. Pons y Mary Oms en el cual ofrecen un análisis hematológico. También encontramos en el 1939 un análisis clínico de casos por Antonio Ortiz¹⁹⁰. Por lo general, este tipo de anemia era considerada una “alteración” y un fenómeno particular en donde las propiedades de las células rojas asumían “contornos bizarros” (de ahí el nombre de *sickle* o falciforme)¹⁹¹. El artículo de Ortiz ofrece una descripción clínica detallada que iba muy a tono con lo encontrado en otros estudios en Estados Unidos: los síntomas distintivos de esta anemia son el aumento del hígado y el bazo (como sucede también en la malaria), un leve soplo cardíaco, diversos dolores intensos musculares y la

¹⁸⁹ Este tipo de anemia había sido ya identificada en los Estados Unidos durante la primera década del siglo XX (en el 1910 por James Herrick), y se había descrito las células como en forma de hoz (“*sickle*”). Sin embargo, las implicaciones de dicho trabajo no tuvieron mucho acogida y será durante la década de los veinte que veremos algunos desarrollos más concretos, entre ellos la clasificación hecha por Vern Mason de llamar dicha condición “*sickle-cell anemia*”. Para más detalles en torno a las primeras investigaciones sobre la anemia falciforme ver Keith Wailoo, “Sicke Cell Disease—A History of Progress and Peril”, *The New England Journal of Medicine* XXXVII, n°9 (2017): 805-807, 805; Juliana Manzoní Cavalcanti & Marcos Chor Maio, “Between black and miscegenated population groups: sickle cell anemia and sickle cell trait in Brazil in the 1930s and 1940s”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* XVIII, n°2 (2011): 375-403, 378-82.

¹⁹⁰ Hasta el momento estos fueron los dos textos (el de Pons y Oms junto al de Ortiz) que, de forma explícita y detallada, abarcaron el tema durante este periodo (1930-1948). Supuestamente el primer caso que se conoce en Puerto Rico fue visto por Ashford en el 1929, pero dicho caso no es publicado. Pons y Oms mencionan conocer del caso (y Ortiz lo menciona sin ponerlo en sus referencias bibliográficas) pero tampoco fue publicado. Ver Juan A. Pons y Mary Oms, “Incidencia del rasgo meniscocítico (Eritrocitos semilunares) en Puerto Rico”, *BAMPR* XXVI, n°12 (1934): 368-71, 368; Antonio Ortiz, “Anemia meniscocítica (sicke-cell anemia)”, *BAMPR* XXXII, n°8 (1940): 273-280.

¹⁹¹ Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 273. El artículo fue originalmente una conferencia leída en la Asamblea Anual de la AMPR el 10 de diciembre de 1939. Ver también Pons y Oms, “Incidencia”, 368. Vale notar que en ambos artículos mencionados los autores no utilizan el término anemia falciforme sino anemia meniscocítica (que era el empleo más común en aquel entonces).

manifestación clínica de dichos síntomas tendía a identificarse más entre los niños porque era muy posible que “muchos no sobreviven o se curan espontáneamente, o porque el proceso hemolítico sea más intenso en la niñez”¹⁹².

Un aspecto que se resaltaba era el hecho de que era una enfermedad heredada, o como lo explicaban Pons y Oms, era un “rasgo” que se heredaba (de forma mendeliana) y no siempre manifestaba síntomas (por ejemplo, cuando se trataba del “rasgo meniscocítico”)¹⁹³. Por lo tanto, su diagnóstico requería emplear un análisis microbiológico de la sangre¹⁹⁴. Consecuente con lo que aparecía en la literatura médica de la época, Ortiz aclaraba que esta “alteración” no siempre reflejaba síntomas ni llevaba a un “trastorno” —hoy día se aclara que la presencia del rasgo en su modalidad heterocigótica no refleja síntomas¹⁹⁵— y su mortalidad no era mucho mayor ni sus síntomas (incluyendo la palidez y leve ictericia, más visible en los ojos) muy distintos a otras anemias hemolíticas¹⁹⁶. Según Ortiz, el mayor problema no era su alta mortalidad, no se habían registrado muchos casos (y en Puerto Rico los pocos estudios ni si quiera apuntaban a casos mortales¹⁹⁷), sino los dolores crónicos que causaba y lo impredecible que era su desarrollo¹⁹⁸.

El estudio clínico de Ortiz presentaba hallazgos y detalles clínicos de una familia (padre, madre

¹⁹² Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 274.

¹⁹³ Cuando la condición estaba “latente” se le llamaba “rasgo meniscocítico” y cuando la enfermedad reflejaba su cuadro clínico completo (digamos, expresaba síntomas distintivos a otras anemias) se le llamaba anemia meniscocítica. Ver Pons y Oms, “Incidencia”, 368, Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 273.

¹⁹⁴ El modo de identificación de la enfermedad dependía del uso de análisis de sangre para identificar las células meniscocíticas y, como aclaraba Ortiz, era importante no confundir esta enfermedad, en particular cuando reflejaba síntomas agudos o estaba en un estado de crisis hemolítica, con la apendicitis, la artritis, la ictericia catarral o inclusive la malaria. Ver Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 276.

¹⁹⁵ En la década de los treinta no se conocían aún las dinámicas moleculares y su relación con la hemoglobina (como será ya en la década de los cincuenta). Hoy día se dice que aquellos con el “rasgo” son los que adquieren una particular molécula de hemoglobina, la S (Hb S) y que son heterocigóticos (son Hb AS) y no reflejan síntomas, mientras que los homocigóticos para la hemoglobina S sí (tras mayor cantidad de dicha hemoglobina, mayor la severidad). Cavalcanti & Chor Maio, “Between black”, 376.

¹⁹⁶ Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 273-74.

¹⁹⁷ Difícil saber si era una omisión intencionada o no, o si reflejaba la poca información que se tenía al respecto. Claro, como ya retomaremos en otra sección, la falta de atención en torno a la enfermedad sí pudiese interpretarse como producto de un sesgo y prejuicio racial.

¹⁹⁸ Ver Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 275, 277.

y cinco de los seis hijos) que padecía de esta modalidad de anemia, muchos de ellos atendidos a mediados de la década de los treinta. El estudio permitía ver los efectos clínicos variados entre aquellos que tenían los rasgos y manifestaban distintas gradaciones de severidad en los síntomas¹⁹⁹. Un hallazgo pertinente es que muchos de los dolores intensos no reflejaban lesiones óseas ni cardíacas en las radiografías²⁰⁰. Aunque Ortiz no lo discuta de forma explícita, este reconocimiento de dolores que no reflejaban una causa orgánica inmediata es importante porque legitimaba los padecimientos y malestares de los que padecían de anemia falciforme; en particular, cuando no había una cura o remedio inmediato (más allá de aminorar síntomas con tratamientos similares a otras anemias)²⁰¹.

En Puerto Rico ambos artículos resaltaban la asociación entre raza negra y anemia meniscocítica. Ortiz señalaba que ocurría “casi exclusivamente en la raza de color”, aclarando a su vez que existía también en algunos casos aislados de la raza blanca (en particular “la Mediterránea”²⁰²). Pons y Oms ofrecen un análisis hemolítico que concluía que tanto el rasgo y el tipo de anemia ocurren “exclusivamente en la raza etiópica”²⁰³ y con una incidencia que puede

¹⁹⁹ Por ejemplo, el padre mostraba el “rasgo” pero no tenía síntomas y el hijo mayor no padecía síntomas ni había heredado el rasgo, y por consiguiente era “el más saludable de todos sus hermanos”. La mayoría de los que tenían el rasgo reflejaban síntomas y varios de los pacientes presentaron “crisis” de forma abdominal, uno de los niños taquicardia (pero sin lesión cardíaca visible), aumento significativo del bazo, debilidad, falta de energía, dolores intensos musculares (en varias partes, mayormente piernas y espalda que llevó, en un caso, a un diagnóstico provisional de parálisis infantil), escalofríos y febrículas persistentes (similares a los vistos en la malaria. Sin embargo, también había excepciones curiosas que había encontrado Ortiz. Uno de los hermanos, Pedro Rosario, fue identificado con células meniscocíticas y pruebas hemolíticas que reflejaban anemia (la hemoglobina era un 50% más baja de lo normal), pero no reflejaba síntomas. Debido a los conocimientos y métodos utilizados, aún los médicos no habían podido establecer una correlación más precisa entre el rasgo y la severidad de los síntomas. Se desconocían, por ejemplo, las diferencias entre casos heterocigóticos y homocigóticos y la presencia de hemoglobina S; y como mayores cantidades de dicho tipo de hemoglobina, en particular en pacientes que son homocigóticos, pueden indicar el desarrollo de síntomas más graves. Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 275, 277-278; Cavalcanti & Chor Maio, “Between black and”, 376.

²⁰⁰ Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 275.

²⁰¹ Ver Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 276.

²⁰² Ver Ortiz, “Anemia meniscocítica”, 273.

²⁰³ Pons y Oms, “Incidencia”, 368.

fluctuar entre 2.32% hasta 5.29%²⁰⁴. Ya en otra sección retomaremos estos hallazgos y los pondremos en contexto con otros estudios que buscaban trazar una correlación entre raza, morbilidad e inmunidad. Por el momento, lo pertinente es notar que estos estudios de la anemia meniscocítica eran de los pocos que buscaban demostrar que la anemia no se limitaba biológicamente a parásitos, hongos o bacterias y podía ser entendida como un desbalance biológico hereditario. A su vez, dichos estudios microbiológicos reforzaban la noción de que la raza era un dato biológico medible y asociados a mecanismos biológicos de herencia. A la misma vez, estos estudios permitieron darle visibilidad a ciertas dolencias que podían pasar desapercibidas o ignoradas dentro de una población que ya era, por lo general, ignorada. Hasta cierto punto, el estudio de Ortiz fomentaba la necesidad de que se estudiase y buscase los medios para remediar y darle legitimidad a una serie de dolencias que podían ser ignoradas.

Como ya veremos en otra sección, los hallazgos de estos estudios sobre anemia meniscocítica contradecían lo encontrado en Estados Unidos y reflejaban las tensiones y entendidos que había en torno a la relación entre mestizaje y degeneración. Un dato que pasa casi desapercibido, y que posteriormente va a confirmarse, era el hecho de que el rasgo meniscocítico no era una simple “alteración” maldita y degenerativa, sino que tal proveía inmunidad a ciertas modalidades de malaria.

2. Tuberculosis

Durante este periodo, las fluctuaciones de mortalidad de la tuberculosis inicialmente reflejaron alzas leves que promedian cerca de 300 por cada 100,000 habitantes²⁰⁵. Tenemos un alza de

²⁰⁴ La muestra de dicho estudio fueron 388 personas (190 hombres y 198 mujeres) que se examinaron en el Dispensario del Hospital de la Universidad con el objetivo de conocer la incidencia de la enfermedad en la población del país. Sin embargo, vale aclarar que el estudio solamente confirmaba la presencia de los “rasgos” y suponía la existencia, aún no estudiada o identificada, de anemia meniscocítica. Ver Pons y Oms, “Incidencia”, 370-71.

²⁰⁵ Algunos pueblos llegaron a tener una mortalidad de 400 por cada cien mil habitantes. Para principios de la década de los treinta se calculaba que hubo pueblos que tenían una mortalidad de tuberculosis mayor de 400 por cada cien

mortalidad que tienes algunas disminuciones leves, pero permanece una tasa alta de mortalidad desde el 1933 hasta casi finales de la década de los treinta²⁰⁶. Estas fluctuaciones reflejaban los efectos de la Gran Depresión y los huracanes²⁰⁷ y de modo muy paulatino las mejoras relativas en términos de acceso a servicios sanitarios, hospitales y terapias. No será hasta casi terminando la década de los treinta y a través de la década los cuarenta que notamos una tendencia hacia una disminución relativamente significativa (con una tasa de 258 en el 1939, 231.1 en el 1943 y 196.9 en el 1947)²⁰⁸.

La forma más frecuente de la tuberculosis era su modalidad pulmonar²⁰⁹, y continuaba un patrón muy similar al visto desde inicios del siglo XX, la mortalidad por tuberculosis era mayor en los espacios urbanos, en las mujeres²¹⁰ y en las personas de “color” (significante que se continuará usando en médicos puertorriqueños)²¹¹. Aunque la mortalidad no era alta en los niños, varios estudios confirmaban que su morbilidad sí lo era (de casi un 90%)²¹². Los estudios también

mil habitantes (como Caguas, Ponce, Juncos, Río Piedras, Aguadilla, San Juan, Hormigueros, Salinas, Fajardo). Rodríguez Pastor ofrece números similares para la mortalidad del 1931, con un estimado de 424 muertes por cada 100,000 habitantes de la zona urbana y 205 por cada 100,000 de la zona rural. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 233; Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 203.

²⁰⁶ Tenemos tasas de mortalidad de 275 en el 1931, 337 en el 1933, 304 en 1935 y 287.1 en el 1937. Para datos de mortalidad de tuberculosis (y otras enfermedades) ver Beverley, *32nd Annual*, 96-99; Winship, *35th Annual*, 50-51; Winship, *37th Annual*, 44; Winship, *38th Annual*, 33-34.

²⁰⁷ Después de ambos huracanes, hubo aumentos en su mortalidad (de 19% y 22.5%), conformando del 1931-32 el 7% de todas las muertes en la Isla. Ver Rodríguez Pastor, “Facts”, 1.

²⁰⁸ Ver Leahy, *40th Annual*, 27; Tugwell, *44th Annual*, 91; Piñero, *47th Annual Report*, 132

²⁰⁹ Ver José Rodríguez Pastor, Pablo Morales Otero y G.C. Payne, “Tuberculosis Surveys in Puerto Rico. I. Study of a coast and a mountain municipality”, *PRJPHTM XX*, n°4 (1935): 451-79, 453; José Rodríguez Pastor y G. Ruiz Cestero, “Forms of pulmonary tuberculosis in Puerto Rico”, *PRJPHTM XI*, n°3 (1936): 479-84, 479.

²¹⁰ Durante la década de los treinta se estimaba que 17% más de mujeres que hombres morían de tuberculosis. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 452.

²¹¹ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 234; Jacobo Simonet, “La infección tuberculosa en los niños de la escuela urbana y rural, de Puerto Rico”, *BAMPR XXV*, n°4 (1933): 191-98, 197.

²¹² Costa Mandry en el 1931 señalaba como parte del “consenso general de opinión entre los más connotados en esta materia” que “alrededor de un 90 por ciento de niños menores de 18 años dan una reacción positiva a la prueba de tuberculina”, haciéndola una de las enfermedades más comunes del “mundo civilizado”. En un tono similar, el médico Jacobo Simonet, en el 1933, señalaba que la tuberculosis estaba “más diseminada entre los niños de Puerto Rico que en la mayor parte de los niños de los demás países civilizados”. Esta tendencia puede verse en varios estudios de inicios de la década de los treinta. En el 1930 Rodríguez Pastor hizo la prueba de tuberculina a 2,500 niños entre las edades de 8 y 10 años, y encontró que aquellos que provenían de la zona urbana tenían una mayor incidencia de salir positivos a la prueba de tuberculina (78.5%) que los de la zona rural (57.5%). En el 1931, el Dr. A. Montalvo Guenard

confirmaban que había un mayor porcentaje de positivos a tuberculosis en negros que en mulatos, y un poco menos en blancos que en mulatos (usualmente un poco mayor en niños que en niñas)²¹³. La mayoría de las investigaciones epidemiológicas se enfocaron más en los trabajadores adultos, y en determinar diferencias por género y raza. Para comprender mejor esto elaboremos un poco más este panorama, según lo informaban los médicos, en particular los “especialistas”, destacándose en este rol José Rodríguez Pastor como tisiólogo, Oscar Costa Mandry como patólogo y, entre otros, Pablo Morales Otero, director de la División de Sanidad en PRRA.

Durante la primera mitad de la década de los treinta, la mortalidad por tuberculosis en las mujeres era 17% mayor que en los hombres, 19% más altos en “la raza de color” (*colored*) que en la blanca (*white*), 81% más alta en zonas urbanas que rurales y que cerca de 67% de los niños en áreas rurales daban positivo a tuberculosis a través de las pruebas de sangre de tuberculina²¹⁴. A nivel general, la mortalidad por tuberculosis era mayor en los adultos (que en los niños) y en las áreas urbanas (en ocasiones hasta tres veces mayores²¹⁵), en particular en las áreas pobres (asociados a las “barriadas” y “arrabales”²¹⁶) y faltas de alimentación, aire puro, luz solar y que

hizo algo similar con 1,006 niños del pueblo de Cataño (elegida en este caso porque era considerada una de las áreas más pobres, más pobladas y “enfermizas”), los cuales 63.6% dieron positivo a tuberculosis. En el 1933, Jacobo Simonet hizo la prueba de tuberculina a 1,229 niños menores de quince años del área urbana (Cataño) y a 894 niños del área rural (Adjuntas), siendo 66% positivo en el primer grupo y 44.7% en el segundo. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis—su aspecto médico-social en Puerto Rico”, *BAMPR XXII*, n°189 (1931): 227-41, 229; Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 455; Simonet, “La infección”, 191, 193-95; Garrido Morales, “Major health”, 6.

²¹³ En el estudio de Simonet del 1933 el porcentaje de positivos a tuberculosis (o a la prueba de tuberculina) era mayor en negros (73.7% de un total de 66 casos en las hembras y 75.6% de un total de 78 en los varones) y mulatos (50.9% de un total de 256 casos de hembras y 53.4% de un total de 274 varones), que de los blancos (48.8% de un total de 412 hembras y 51.2% de un total de 372 varones). Ver Simonet, “La infección”, 196.

²¹⁴ Rodríguez Pastor, “Facts”, 1.

²¹⁵ Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 84.

²¹⁶ Tales áreas pobres eran las denominadas “barriadas pobres” o “arrabales”, como Salsipuedes, Gandul, Tras Talleres en oposición al Condado, un “barrio aristocrático” con baja mortalidad. Pese a este reconocimiento, las condiciones de pobreza no cambiaron mucho, pero si fueron “patologizadas”. Por ejemplo, en el 1947 Juan A. Pons (entonces Comisionado de Salud), declaraba que la “desnutrición general y la presencia de las condiciones de arrabal son, yo diría, los estados patológicos que en Puerto Rico predominan”. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 230, también ver Rodríguez Pastor, “Facts”, 2; Garrido Morales, “Major health”, 8; Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 451-52; Comité de Tuberculosis, “Memorandum de la Asociación Médica de Puerto Rico a la

padecían además de hacinamiento²¹⁷. También se apuntaba al problema de la migración campesina o de un “éxodo inverso, de las ciudades a los campos”, la cual había contribuido al aumento población en las zonas urbanas, y por consiguiente a más hacinamiento y muertes por tuberculosis²¹⁸. Una y otra vez se insiste en que las causas eran la “extrema pobreza”, los “problemas de vivienda” (o que viven en “condiciones de arrabal”), el “desempleo”, y se aclaraba, como hizo Rodríguez Pastor, que estas eran “resultantes todos ellos del problema poblacional” porque facilitaban el contagio y dificultaba controlarla²¹⁹. Lo curioso es notar cómo este acento en el ambiente “pobre”/de “arrabal” y en la sobrepoblación permitía explicar las discrepancias con los datos epidemiológicos de Estados Unidos en términos de morbilidad asociada a la raza de “color”.

Por ejemplo, en el 1935 se publica un estudio conjunto del Departamento de Sanidad (Pablo Morales Otero), EMT (José Rodríguez Pastor) y la International Health Board o IHB de la RF (George C. Payne). Dicho estudio comparaba dos muestras de pueblos con características distintivas y opuestas, un pueblo era costero, urbano y con proporción alta de “gente de color” (Cataño)²²⁰ y el otro era un pueblo rural, casi completamente blanco en términos raciales, que solo

honorable Asamblea Legislativa sobre la urgente necesidad de aumentar el número de camas para la hospitalización de enfermos tuberculosos insolventes”, *BAMPR XXXIII*, n°3 (1941): 122-23, 122; Clotilde Jiménez, “El problema de la rehabilitación social del tuberculoso detenido”, *RSS VIII*, n°2 (1947): 14-20, 15-16; Pons, “Discurso”, 250.

²¹⁷ Todas estas características ya aparecían en el Informe de Townsend (del 1922) y van a repetirse en los estudios hechos durante la década de los treinta. A modo de resumen, tales investigaciones apuntaban a que las causas que predisponían a la tuberculosis eran: el hacinamiento, desnutrición (recalcando, con mayor precisión, la falta de vitamina A y C), falta de aire fresco por la noche, pobreza e ignorancia de conocimientos sanitarios. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 455.

²¹⁸ Ver Rodríguez Pastor, “Facts”, 2; Costa Mandry, “Public Health”, 263; Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 65; Costa Mandry, “La tuberculosis”, 233.

²¹⁹ Ver José Rodríguez Pastor, “Editoriales: Nuestro problema de tuberculosis” *BAMPR XXIX*, n°4 (1937): 202-03, 202; Pons, “Discurso”, 252.

²²⁰ En el estudio Cataño es definido como un pueblo costero, pobre (20% no tenía ingreso alguno, y por ende su situación se describía como “desesperada”), hacinado (5 personas por familia y 2.3 personas por habitación) y con una proporción alta de “gente de color” (*colored people*), 36% eran de “color” —definidos como “*negroes or mulattoes*”— y con una tasa de mortalidad e incidencia alta de tuberculosis (53.4% más alta que el promedio de la Isla, alcanzando un promedio de 429 por cada 100,000 del 1928-1932, 73% de las familias habían tenido cuatro o más miembros de la familia que padecieron de tuberculosis)Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 456-58, 461-62; Rodríguez Pastor et al., “Investigaciones. II”, 523.

tenían en común su pobreza o estado precario económico (Adjuntas)²²¹. Entre sus hallazgos estuvo que la morbilidad en niños de “color” era menor que la encontrada en niños de “color” en el sur de los Estados Unidos²²². El estudio argüía que las diferencias en morbilidad no eran tan marcadas entre las dos razas (*white* y *colored*) en Puerto Rico como lo era en Estados Unidos y esto se debía a que ambas razas vivían en condiciones ambientales malas/pobres²²³.

En un estudio posterior, también en el 1935, pero con fondos e investigadores asociados a PRERA y centrado en dos barrios suburbanos (Barrios Obrero y Bayamón)²²⁴, se repiten estas observaciones respecto al hacinamiento y las diferencias raciales²²⁵. Asimismo, ambos espacios tenían pocos recursos económicos, con ingresos bajos y poca alimentación (y con pocos nutrientes, haciéndose un acento en la poca leche consumida por familia)²²⁶. Sin embargo, el problema no era enmarcado como uno debido a la “pobreza” salarial, y para ello los galenos traían selectivamente el ejemplo de que el campesino era, hasta cierto punto, más “pobre” en términos salariales que el obrero y padecía menos de tuberculosis y malaria (pero más de uncinariasis). Por eso es preciso

²²¹ Adjuntas representaba una municipalidad montañosa, muy pobre (56% no tenían ingreso alguno y se describían como “desesperadas” en términos económicos) y con una población blanca (*white*), con mulatos, pero sin negros— “*no negroes among the children tested in Adjuntas*” — cuya mayor preocupación era la uncinariasis (se estimaba que 60% de la población estaba infectada) más que la tuberculosis o la malaria. Ya en otro momento retomaremos el uso de categorías y significantes raciales en el caso de la tuberculosis. Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 456, 466-68, 472

²²² Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 474.

²²³ Según los autores, “*the small difference is due to the fact that environmental conditions among us are quite bad in white and colored*”. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 475.

²²⁴ El estudio fue hecho prácticamente por los mismos investigadores y se llevó a cabo en Barrio Obrero y Bayamón, con una muestra total de 4,039 “almas” (originalmente era 4,877 pero 838 personas no “quisieron prestarse” para la investigación). Encontraron que vivían un promedio de 5.6 personas por vivienda y 2.4 por habitación (un 37.4% era más de tres personas por habitación). Ver José Rodríguez Pastor, Pablo Morales Otero, G.C. Payne, R. Ramírez Santos y Eurípides Silva “Investigaciones generales sobre Tuberculosis en Puerto Rico. II. Estudio de dos barrios suburbanos”, *PRJPHTM XX*, n°4 (1935): 524-32, 524-26.

²²⁵ Los autores señalaban que la incidencia de tuberculosis solamente era “algo más baja entre los individuos de raza blanca, entre los cuales hubo un 77 por ciento de reacciones positivas” mientras que en los mulatos era 83% y en los negros 85.4%. Ya en otra sección retomaremos los criterios arbitrarios y sesgados utilizados para esta clasificación racial de estos estudios. Ver Rodríguez Pastor et al., “Investigaciones. II”, 525, 528.

²²⁶ En términos de “recursos económicos” un 40% recibía mensualmente más de “5 pesos *per capita*”, 26% entre 3 y 5 pesos y 34% menos de un peso (solo un 18% recibía más 10 pesos mensuales); el 68% consumía menos de 8oz de leche por miembro (17% no consumía nada). Rodríguez Pastor et al, “Investigaciones. II”, 525

notar que uno de los hallazgos señalados por Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne fue: al correlacionar otros factores, usualmente destacados en la mayoría de las investigaciones (como el clima, el analfabetismo y la pobreza), que no explicaban la mayor incidencia de tuberculosis. El hacinamiento o la “aglomeración del caserío” era según los especialistas el factor más determinante (mucho mayor en Cataño que en Adjuntas) y esto lo vinculaban con la sobrepoblación²²⁷.

La tuberculosis también reflejaba la “pobreza” de las instituciones, en términos de organización, servicios, accesibilidad y recursos. Durante este periodo podemos notar una crítica insistente y explícita, por parte de los médicos y las autoridades sanitarias, en torno a la falta de inversiones significativas en las estructuras y recursos de salud pública, en particular faltaba más dinero²²⁸, instituciones (preventorios²²⁹, hospitales²³⁰, sanatorios), personal²³¹ y, entre otras cosas, camas²³². La falta de camas en los hospitales fue un problema recurrente desde principios de la

²²⁷ Los galenos argüían que había más personas en Adjuntas que no sabían leer y esto no se traducía en una mayor incidencia de tuberculosis, y lo mismo con las diferencias de clima. Igualmente, Adjuntas era más pobre, no padecía de mayor incidencia de tuberculosis. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 477; Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Investigaciones”, 510.

²²⁸ Algunos médicos, como José Amadeo, apuntaban a lo inexplicable que era que la RF invirtiese en la malaria, pero no en la tuberculosis (asunto que ya retomaremos también en otro momento). La falta de dinero se insiste en casi todos los artículos que discutan sobre la tuberculosis como un problema de salud pública, ver por ejemplo a Costa Mandry, “La tuberculosis”, 237; Garrido Morales, “Major health”, 6. Ver también, para críticas al presupuesto Amadeo “Editoriales: Responsabilidad”: 311; José Amadeo, “Editorial: Es factible controlar la epidemia actual de tuberculosis sin aumentar el presupuesto que nos rige”, *BAMPR* XXIV, n°204 (1932): 450-51, 450-51.

²²⁹ Para inicios de la década de los treinta había al menos dos preventorios. Dichos preventorios fueron también iniciativa de José Rodríguez Pastor, que era uno de los fundadores de la aludida Asociación. Tales espacios servían como un lugar de descanso y educación, muy similares a los sanatorios en términos de sus funciones. Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 208; Jacobo Simonet, “Editorial: Lucha antituberculosa en Puerto Rico”, *BAMPR* XXXIII, n°4 (1941): 160-62, 160.

²³⁰ Algunos médicos, como Rodríguez Pastor, reiteraban más la importancia de la hospitalización (que en crear más dispensarios o Unidades), y con ello en que se inviertan en más camas y facilidades de tratamiento. Ver Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 208; ver también Costa Mandry, “La tuberculosis”, 236.

²³¹ Ver Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 204; Costa Mandry, “Public Health”, 263.

²³² Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 205; Rodríguez Pastor, “Lo que”, 266; Rodríguez Pastor, “Facts”, 3; Garrido Morales, “Major health”, 6; Comité de Tuberculosis, “Memorandum”, 122; Astor, “Notas Editoriales”, 153; Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1060.

década de los treinta²³³, en particular para los casos avanzados o incurables y los “insolventes” que, a falta de recursos se convertían en “propagandistas” /contagiosos²³⁴. Aunque el contexto mejoró a partir de las inversiones de PRERA y PRRA, tales cambios no eran suficientes para llegar a los estándares esperados según la comunidad científica y las asociaciones especializadas en la tuberculosis²³⁵. Aunque hubo más hospitales, dispensarios, Unidades y camas, no llegaban, aún para finales de la década de los cuarenta, a los estándares exigidos para inicios de la década de los treinta (2,000 camas para casos de tuberculosis)²³⁶.

A partir del 1933 se inauguró un “programa de tuberculosis” estatal²³⁷ que, según Garrido

²³³ Para principios de la década la falta de camas y espacios era palpable, y sin camas o hospitalización los casos incurables y avanzados no tenían a donde ir o ser atendidos. Para el 1931 había solo dos sanatorios (uno en Río Piedras y el otro en Ponce) que tenía cabida para 306 de los 40,000 tuberculosos existentes en aquel entonces. Y esto era visto, como un leve adelanto, dado que recientemente el sanatorio de Río Piedras había aumentado a 100 camas en el 1931. Para principios de la década la falta de camas y espacios era palpable, y sin camas o hospitalización los casos incurables y avanzados no tenían a donde ir o ser atendidos. Los casos muy avanzados e incurables no podían ir a los sanatorios porque, como aclaraba García de Quevedo, se arriesgaba infectar a los demás pacientes, además de que no existían los medios para tratarlos adecuadamente (y por eso eran enviados, a morir, al hospital). La falta de camas urgía, según Rodríguez Pastor, porque desde inicios de la década de los treinta la mortalidad no “ha mostrado tendencia definitiva a bajar” y solamente de contaba con 720 camas. Para dar una idea de la brecha económica, se suponía que para lograr una campaña antituberculosa efectiva se recomendaba, según lo estipulado por la *National Tuberculosis Association*, y secundado por Garrido Morales (el entonces Comisionado de Sanidad), no menos de una cama por cada muerte por tuberculosis (que para inicios de la década de los treinta significaba unas 4,000 camas cuando apenas se llegaban a 800 camas). Otros como Simonet sugerían que en realidad se necesitaban al menos 5,000 camas. Ver Roosevelt, *31st Annual*, 65; Costa Mandry, “La tuberculosis”, 236; Luis García de Quevedo, “El tratamiento moderno de la tuberculosis pulmonar”, *BAMPR XXIV*, n°196 (1932): 30-33; Costa Mandry, “La tuberculosis”, 236-37; Rodríguez Pastor, “Lo que”, 266; Garrido Morales, “Major health” 5-6; Garrido Morales, “Progress”, 123; Simonet, “Editorial”, 255.

²³⁴ Estos “enfermos” calificados como “insolventes” no tenían, según rezaba un informe de la AMPR en el 1941: “las facilidades para aislarse en sus hogares, y el no hospitalizarlo significa la propagación del contagio y millares de casos nuevos de tuberculosis en los años futuros”. Ver Comité de Tuberculosis, “Memorandum”, 123.

²³⁵ En el 1936 se estaba invirtiendo cerca de medio millón anual en el “sostenimiento de hospitales y centros antituberculosos”, sin embargo, siguiendo lo sugerido por la Asociación Nacional de Tuberculosis, se necesitaba un gasto anual no menor de tres millones. Rodríguez Pastor, “Editoriales: Nuestro problema”, 202.

²³⁶ Por ejemplo, del 1936 al 1937 se logró aumentar la cantidad de camas a 1,400, no obstante, esto aún era menor a la cantidad de 4,000 camas requeridas. En la década de los cuarenta vemos cierto estancamiento, en donde del 1941 hasta el 1945 había 1,500 camas (aunque otros dicen que había 1,700 camas). Garrido Morales en el 1948 informaba que había 6,753 camas en los hospitales generales, de las cuales 2,254 estaban especialmente dirigidas a casos tuberculosos, y 1,298 para enfermos mentales. Ver Garrido Morales, “Progress”, 123; Rodríguez Pastor, “Editoriales: Nuestro problema”, 202; Simonet, “Editorial: Lucha”, 161; Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 371, 374; Costa Mandry, “Public Health”, 262; Garrido Morales, “The participation”, 1389.

²³⁷ Si seguimos lo expuesto por el entonces Comisionado de Sanidad (Garrido Morales), la campaña conformada a partir del 1933 consistía, en resumidas cuentas, de: 1) una intensificación del trabajo clínico en las Unidades de Salud Pública, las cuales operaban como “*case finding agencies*” para encontrar y referir pacientes para tratamiento; 2)

Morales, suponía expandir los espacios de identificación y tratamiento (por ejemplo, la creación de centros especializados de tratamiento), lo cual logró un aumento significativo de servicios, vía las Unidades, además de facilitar técnicas más actualizadas (como los rayos X y el neumotórax)²³⁸. Sin desprestigiar los adelantos técnicos de este periodo, es preciso recalcar que las dos técnicas más eficaces, la vacuna y el régimen de antibióticos (como la estreptomina²³⁹), no fueron posibles en realidad hasta la década de los cincuenta. Pese a que médicos puertorriqueños conocían de los ensayos experimentales de la vacuna de tuberculosis²⁴⁰ (en París por Calmette Guérin, también llamada B.C.G.) y hubo interés y disponibilidad de médicos (en particular Gutiérrez Igaravidez, desde finales de la década de los veinte) en Puerto Rico el Estado no proveyó los recursos ni el apoyo para ello²⁴¹.

organizar la operación de centros de tuberculosis, en donde los casos eran examinados, diagnosticados y enviados para tratamiento de neumotórax; 3) tener espacios de aislamiento en cuatro hospitales para tratar la mayor cantidad de casos “abiertos/activos” posibles; 4) intensificar el trabajo clínico a través de censos especiales para hacer localizar la mayor cantidad de personas que requieren ambulatorio de colapsoterapia; 5) educar al público respecto a los medios de infección y los métodos de prevención; 6) la erradicación de tuberculosis en el ganado. Ver Winship, *35th Annual*, 51; Garrido Morales, “Progress”, 122.

²³⁸ En el periodo de un año hubo un aumento en la cantidad de dispensarios, Unidades y camas (para llegar a 1,000). En el 1933 se tenían 36 dispensarios y 18 Unidades de Salud Pública, con 25 “médicos competentes” y 86 enfermas visitadoras y en el 1934 se añaden 1,000 camas de hospital, 15 centros antituberculosos para tratamiento ambulatorio del neumotórax y la identificación de casos y examinación más “intensas”. También se establecieron 40 dispensarios de tuberculosis, teniendo también la asistencia de las 20 Unidades de Salud Públicas (con 24 médicos y 104 enfermas visitadoras). Comparando el 1923 y el 1934, Rodríguez Pastor señalaba que habían más hospitales de tuberculosis (siete y cuatro en proceso, en oposición a 2), más dispensarios (40 en oposición a 1), más exámenes de esputos (12,360 en oposición a 2,815) y más camas (700 listas y 1,000 en camino en oposición a 175), además de innovaciones (inexistentes en la Isla en el 1923) como rayos X y tratamientos de neumotórax artificial (tratamientos ofrecidos en los hospitales de tuberculosis en Ponce y Rio Piedras). Ver Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 208; Rodríguez Pastor, “Facts”, 4; Garrido Morales, *Report 1938-39*, 2; Garrido Morales, “Progress”, 122.

²³⁹ No es hasta el 1947 que se anuncia el descubrimiento de un antibiótico eficaz para la tuberculosis, presentado como la “única esperanza” para resolver el problema de la tuberculosis. Se hace mención, pero no se elabora mucho al respecto, y pareciera que dicho antibiótico era la estreptomina, la cual no va a empezarse a distribuir en mayores cantidades hasta el 1949 (al invertirse en su compra a través de fondos legislativos). En el 1950 Rodríguez Pastor mencionará que en el 1946 y 1947 empezó a utilizarse en algunos hospitales (no especifica cuáles), pero no había cantidades suficientes para “uso general”. Ver Piñero, *47th*, 35; José Rodríguez Pastor, “Los nuevos remedios de la tuberculosis”, *BAMPR* XLII, n°7 (1950): 391-401, 392.

²⁴⁰ Ver Pablo Morales Otero, “La vacunación contra la tuberculosis”, *BAMPR* XXVII, n°6 (1935): 137-44, 138-40; Esteban García Cabrera, “Editorial”, *BAMPR* XXIII, n°186 (1931): 71-73, 71; Manuel Quevedo Báez, “Proceso histórico de la Tuberculosis en Puerto Rico”, *BAMPR* XXIII, n°184 (1931): 52-61, 56; Morales Otero, “La vacunación”.

²⁴¹ Ya desde finales de la década de los veinte, Gutiérrez Igaravidez habían intentado poder lograr su cultivación y aplicación en Puerto Rico, pero dichos trabajos terminaron incompletos por falta de fondos o tal vez por

Durante las décadas de los treinta y cuarenta la terapia dominante era la llamada “terapia moderna”, la cual constaba de intervenciones quirúrgicas como la colapsoterapia (entre otras como la frenicectomía y la toracoplastia)²⁴², la cual iba acompañada de un régimen riguroso de descanso recuperativo. Estas intervenciones quirúrgicas eran entendidas como la técnica eficaz para forzar que “descansase” el organismo (en este caso el pulmón “enfermo”). La terapia más validada y usada fue la colapsoterapia, en particular el neumotórax artificial, cuya finalidad era provocar el colapso pulmonar²⁴³. Si bien existían otras terapias (que compartían el mismo principio de forzar un “descanso” en el pulmón²⁴⁴) la colapsoterapia era hasta el momento la intervención más eficaz para llegar a la curación²⁴⁵. Sin embargo, la colapsoterapia requería hacerse regularmente por al menos tres años (a intervalos primero-semanales y después mensuales) o más²⁴⁶. Sin contar las dolencias involucradas en el proceso quirúrgico y su recuperación también había otra complicación: el régimen de recuperación dependía mayormente en descansar adecuadamente, y

malentendidos. En el 1927 Gutiérrez Igaravidez, con la colaboración de un doctor Giuliani, había logrado que se trajesen muestras desde Francia (del Instituto Pasteur y en correspondencia con Calmette). Giuliani muere en el 1928 y, al no haber alguien que continuase la labor de continuar los cultivos, estos “desaparecieron” (según dice Morales Otero). Si bien se intentó avalar una ley para el cultivo y aplicación de dicha vacuna en el 1931, esta no fue aprobada por el entonces Gobernador del País. Como lo resume Morales Otero, “la actitud del gobierno fue no reconocer oficialmente el método mientras la labor experimental antes mencionada justificase su aplicación”. Al respecto dice Quevedo Báez: “No lo oyeron, no lo atendieron y, quizá si no lo entendieron”. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 239-41; Manuel Quevedo Báez, “Discurso del Dr. M. Quevedo Báez con motivo del homenaje rendido por la Asociación Médica a sus expresidentes. 23 de julio de 1932”, *BAMPR* XXIV, n°203 (1932): 379-93, 389; Morales Otero, “La vacunación”, 143-44.

²⁴² García de Quevedo, “El tratamiento”, 30, 32.

²⁴³ Según Rodríguez Pastor, curaba a través de inducir un colapso pulmonar y con ello “procurar descanso para la parte enferma” y evitar que se extendiesen las lesiones tuberculosas (y de ese modo se cerrasen las cavidades provocadas por el bacilo). El neumotórax artificial era un procedimiento quirúrgico hecho a aquellos usualmente con un solo pulmón afectado (y solo excepcionalmente en casos bilaterales), en donde se penetraba en la pleura parietal con una aguja hueca por la cual se introducía aire al pulmón y con ello “comprimir el pulmón enfermo hasta el extremo de dejarlo reducido a una pequeña masa de tejido denso”. Ver José Rodríguez Pastor, *El tratamiento de la tuberculosis en el hogar* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transportes, 1935), 13, 15.

²⁴⁴ Entre otras terapias estaba la neumolosis intrapeutal (la cual lograba colapsar al pulmón afectado), la frenectomía (cortando un pedazo del nervio frénico para que así mitad del diaphragma quedase paralizado y se lograra el colapso del pulmón), la toracoplastia (para reducir al volumen de la caja torácica). Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 14-15.

²⁴⁵ Se argüía para mediados de la década de los treinta que 40% de los casos que pasaban por este tratamiento obtenían un resultado negativo en su conteo de esputos. Para inicios de los cuarenta, se estimaba que en un 50% de los casos los esputos se tornaban negativos. Dentro de los registros posibles de curación, esto era visto como un éxito. Ver Garrido Morales, “Progress”, 124; Garrido Morales, “Developing”, 60.

²⁴⁶ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 13-14.

esto requería que se controlasen y vigilasen unas condiciones ambientales muy específicas durante un periodo prolongado de tiempo (de meses y hasta años). A su vez, estas condiciones eran poco accesibles a la mayoría de la población dado que requería una habitación bien ventilada, un patio (o espacio al aire libre), descanso prolongado y aislado de otras personas (sin excitabilidad alguna), tomarse regularmente la temperatura (con un termómetro) y alimentación balanceada y regular²⁴⁷.

En ese sentido, la eficacia a largo plazo de estas terapias fracasaba porque se amparaban en un ideal de aislamiento y recuperación, durante el cual el paciente no podía trabajar, que no existía en la mayoría. Evidentemente, muy pocos podían lograr esa rigurosa y metódica “limpieza material” y “espiritual” propuesta por Luis García de Quevedo, que supuestamente permitía que la Naturaleza curase al organismo²⁴⁸. Similar a como sucedió con otras terapias que fueron efectivas a corto plazo (como los antihelmínticos en un contexto desnutrido, sin letrinas ni vivienda adecuada), la intervención quirúrgica era una solución práctica (para los que cualificaban²⁴⁹) y que buscaba proveer un alivio que, si existían las condiciones adecuadas en el ambiente del paciente, podían llegar a la curación o una curación parcial. Los centros de tuberculosis (o Centros Antituberculosos²⁵⁰) eran propuestos como la contribución más importante del programa porque

²⁴⁷ Entre las recomendaciones que exigía Rodríguez Pastor para el tratamiento y recuperación del tuberculoso estaba: 1) el estar en “una habitación bien ventilada” con pocos muebles ni cortinas (porque acumulaban polvo); poner al paciente en una tienda de campaña en el patio (otras opciones son un balcón, *porch* o azotea), con una camita militar y pudiese “gozar de mucho aire” (al menos ocho horas diarias) —“el aire es una medicina: aire puro y fresco a todas horas del día y de la noche”—; 2) se insistía en el descanso en cama (tomando siestas en la tarde también, particularmente después de almorzar) como “indispensable para el tratamiento de la tuberculosis” y en particular al principio de la enfermedad “cuando hay mayores posibilidades de curación”; 3) que se le tomase diariamente la temperatura y pesara semanalmente; 4) debía alimentarse de forma “regular” y “bien” evitando que fuese muy poca o la “sobre-alimentación” y sin ser demasiado “dogmático”—“Las cosas buenas en exceso producen muchas tanto daño como las malas”—; recordando que “cada organismo humano tiene peculiaridades en cuanto a la digestión”, y en ese sentido alimentar relativo a los “poderes digestivos del enfermo” (para evitar trastornos gastro-intestinales). Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 9,15-16.

²⁴⁸ Ver García de Quevedo, “El tratamiento”, 30.

²⁴⁹ No todos los pacientes podían someterse a estas cirugías. Por esa razón Rodríguez Pastor insistía que estas intervenciones quirúrgicas no bastaban para resolver todo el problema en particular porque “siempre quedarían un 50% de estos enfermos a quienes no se les aplicar neumotórax ni hacérseles cirugía”, y “de quienes la sociedad no podría protegerse sin un plan efectivo de segregación”. Ver Rodríguez Pastor, “Editoriales: Nuestro problema”, 203.

²⁵⁰ En el 1935 se fundó el primer Centro Anti-tuberculosos para la aplicación de tratamiento del neumotórax a nivel

buscaban remediar parcialmente los problemas del hacinamiento y la falta de edificaciones hospitalarias al proveer la colapsoterapia²⁵¹. Entiéndase que debido a la falta de espacios suficientes (sanatorios y hospitales) que permitiesen los regímenes de descanso, la colapsoterapia era propuesta como el modo más eficaz para facilitar el “descanso” (del pulmón infectado) y la disminución de los esputos²⁵². Tales centros también ofrecían educación a los pacientes respecto a la enfermedad y los cuidados postratamiento para facilitar el descanso y disminución de los esputos²⁵³.

Durante la década de los treinta, la apertura de más centros y hospitales especializados²⁵⁴ facilitó más evaluaciones (vía rayos X y exámenes fluoroscópicos²⁵⁵) y tratamientos que llevaron a una baja, lenta pero continua, en la mortalidad²⁵⁶. Durante la década de los cuarenta hubo un aumento en la cantidad de individuos examinados y tratados (en un momento 10 veces mayor²⁵⁷), y una disminución paulatina pero relativamente continua en la mortalidad. Pese a estos adelantos varios médicos resaltan la persistencia de la falta de dinero y recursos, y la mala

ambulatorio y para atender a pacientes pobres. Un listado de ello, para su aplicación a “pacientes pobres”, aparece al final del panfleto de Rodríguez Pastor. Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 32.

²⁵¹ Garrido Morales, “Progress”, 124. Esta también podía hacerse en el sanatorio, ver Juan Basora Defillo, “La importancia de informes de casos de tuberculosis al departamento de sanidad”, *BAMPR XXIX*, nº4 (1937): 194-97, 196.

²⁵² Garrido Morales, “Progress”, 124.

²⁵³ Garrido Morales, “Progress”, 125.

²⁵⁴ Para finales de la década de los treinta tenemos cuatro hospitales de tuberculosis y diez Centros Antituberculosos. En el 1939 se celebraba que todos los pueblos de la Isla tenían servicio de dispensarios y 10 Centros Antituberculosos. Ver Garrido Morales, *Report 1937-38*, 37; Jacobo Simonet, “Editorial: La lucha antituberculosa en Puerto Rico”, *BAMPR XXXI*, nº7 (1939): 255-57, 255.

²⁵⁵ Un censo sobre los trabajos del 1935 al 1938 demostraba que en los centros se hicieron alrededor 3,460 tratamientos de neumotórax (o colapsoterapia), del cual 33% fueron efectivos. Del 1937-38 se atendieron a 49,370 personas en los nueve Centros Anti-tuberculosos. En el 1938 los nueve centros antituberculosos examinaron a 47,744 personas, de las cuales 5,772 fueron diagnosticadas como infectadas y 3,712 recibieron tratamiento con un neumotórax artificial/colapsoterapia. Ver Winship, *36th Annual*, 45; Winship, *37th Annual*, 42; Winship, *38th Annual*, 33; Garrido Morales, *Report 1937-38*, 32; Garrido Morales, “Progress”, 123-24, 126.

²⁵⁶ Basora Defillo, “La importancia”, 194.

²⁵⁷ Por ejemplo, en el 1946-47 los Centros de Tuberculosis examinaron un total de 144,219 personas (casi 40,000 que el año anterior), e hicieron 155,923 exámenes fluoroscópicos, 21,105 filminas de rayos-X de pechos, 5,058 pacientes tratados que recibieron 52,753 insuflaciones de neumotórax. Ver Piñero, *47th*, 34

administración gubernamental²⁵⁸. Tal vez el dato más devastador era que la reducción en mortalidad alcanzada para el 1946 había llegado a la misma cifra de muertos por tuberculosis que hubo para finales del siglo XIX²⁵⁹. Lo llamativo de esta época es como varios médicos destacaron cómo la incidencia de tuberculosis apuntaba a la necesidad de mejorar los salarios bajos²⁶⁰ porque se había comprobado científicamente²⁶¹ que los salarios bajos llevaban a mala alimentación, hacinamiento y a reinfecciones o recaídas²⁶².

Algunos especialistas, como Rodríguez Pastor, apuntaban a la desigualdad social y salarial como algo evidenciable ante el hecho de que las “clases más acomodadas” y los barrios “aristocráticos” (como el Condado y Miramar) apenas tenían muertes por tuberculosis²⁶³. Pese a este reconocimiento de la desigualdad económica, y esto hay que recalcarlo, el discurso médico asumía que su rol educativo radicaba en apuntar a la responsabilidad individual como la mejor

²⁵⁸ Por ejemplo, vemos cómo en el Informe del Gobernador del 1945 se señalaba que el programa de antituberculosis requería de más equipo y hospitales, teniendo solo 20 clínicas y cinco hospitales con una capacidad total de 1,500 camas. Aún en el 1947, pese a que se logró disminuir la mortalidad de tuberculosis (a una tasa de 196.9 por cada 100,000), dicha tasa continuaba siendo alta en comparación con otros países y se señalaba que era de “general conocimiento las deficiencias de que todavía adolecemos en las facilidades para dominar el mal”. Tales deficiencias eran, según Manuel de la Pila, de “naturaleza administrativa y económica: la escasez de camas, la parquedad de la rehabilitación, la falta de seguro de enfermedad, del seguro de invalidez para el enfermo y sus familiares”; toda ellas “cosas remediabiles por los gobiernos”. Un señalamiento similar fue hecho por la AMPR y destacando que la culpa era del Gobierno y no de los médicos. Ver Rexford G. Tugwell, *Forty-Fifth Annual Report of the Governor of Puerto Rico* (San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1946), 16; Pila, “Lo que dicen”, 382; Astor, “Notas Editoriales”, 154.

²⁵⁹ Manuel de la Pila al analizar las estadísticas de mortalidad de finales del siglo XIX hasta el presente concluye que “al cabo de tanto trajinar no hemos conseguido nada: nos encontramos a los 56 años (poco más de medio siglo), en el mismo punto de partida, con un coeficiente de mortalidad por tuberculosis de 206 en 1946”. Pila, “Lo que dicen”, 373, 377.

²⁶⁰ Rodríguez Pastor, “Lo que”, 271; Rodríguez Pastor, “Facts”, 2; Leopoldo Figueroa, “Mortalidad infantil en Puerto Rico. Manera de prevenirla”. *BAMPR XXII*, n° 187 (1931): 134-78, 150; Costa Mandry, “Public Health”, 263.

²⁶¹ Por ejemplo, para principios de la década de los treinta se señalaba que el promedio de ingreso mensual era menor de \$2.00 dólares en el 69.5% de las familias (de unas muestras de 3,506 familias), y en 43% no había ingreso alguno debido a desempleo. En el 1939 un estudio del Negociado de Bienestar Social con una muestra de 757 familias que tenían pacientes de tuberculosis pulmonar, un 82% de estas tenían un ingreso semanal promedio de 3 dólares. Ver Rodríguez Pastor, “Facts”, 2; Jiménez, “El problema”, 15.

²⁶² Como ya lo señalaba un galeno, este “ambiente económicamente raquítrico” era al que retornaban muchos de los pacientes que eran dados de alta en el Sanatorio Insular (aún para finales de la década de los cuarenta). Jiménez, “El problema”, 15.

²⁶³ Por ejemplo, en Condado y Miramar, en un año (suponemos que es el 1932) solo hubo dos muertes en cada uno. Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 204.

estrategia social para resolver estos problemas. Este tipo de argumentación, muy común aún hoy día, es demasiado oportunista y no permite ver que no era casualidad que hubiese una insistencia en que tomasen medidas neomaltusianas y eugenésicas. Por esa razón, resulta llamativo como algunos médicos aclaraban que las mejoras salariales no iban a mejorar a las poblaciones pobres y éstas iban continuar enfermándose porque dichos cambios resultaban insuficientes²⁶⁴. Esto no era del todo falso (un mayor salario no mejoraba de inmediato las condiciones higiénicas), pero este tipo de argumentación buscaba promover la inversión en métodos contraceptivos y otras estrategias preventivas, antes que mejorar las condiciones socioeconómicas de los grupos pobres.

Como veremos en otras secciones, la imagen que presentaban algunos médicos sobre la tuberculosis está llena de contradicciones, por un lado, horrificada, contagiosa y producto de la podredumbre ambiental de gran parte de los puertorriqueños, y por el otro una enfermedad romántica y muy curable, a la cual podía sobreponerse con la actitud correcta y la suficiente responsabilidad higiénica.

3. Malaria

Las cifras de mortalidad de la malaria también tuvieron fluctuaciones similares a la tuberculosis, con alzas para inicios de la década de los treinta, pero con una disminución más sostenida a partir de mediados de los treinta (de 121.7 en el 1930 a 89.1 en el 1939). La mortalidad era mayor en las zonas urbanas (en donde era más frecuente la enfermedad), en particular en las áreas costeras cercanas a plantaciones de azúcar, y en una proporción mucho mayor que en Estados Unidos²⁶⁵. Durante la década de los cuarenta continuó disminuyendo la mortalidad hasta que la

²⁶⁴ Por ejemplo, aún con la mejora salarial, la “lucha”, como aclaraba Costa Mandry, seguía siendo “desfavorable para un ser no adaptado a un nuevo medio de vida”. Y aún aquellos médicos, como Rodríguez Pastor, que apuntaban a la necesidad de aumentar más los salarios como un problema a resolver, también incluía igualmente la falta de bajar la natalidad como una de las razones para el aumento de mortalidad (incluyendo la de tuberculosis). Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 233; Rodríguez Pastor, “Lo que”, 271.

²⁶⁵ Ver Henderson, “La malaria”, 289-91, 298-99.

tasa, en el caso de la malaria, fue casi nula para principios de la década de los cincuenta (una tasa de 0.1 en el 1953)²⁶⁶.

Se estimaba que, para principios de la década de los treinta, cerca del 30% de la población costera padecía de malaria de forma activa o latente (con alrededor de 200,000 casos de malaria anuales), y los vectores que predominaban eran *plasmodium vivax* y *p. falciparum* (más el primero que el segundo)²⁶⁷. Entre las causas que se destacaban estaba nuevamente la migración campesina (la cual llevaba a propagar el vector también a las montañas)²⁶⁸. Similar a los estudios de tuberculosis, se encontró una alta morbilidad entre los niños de “color”, pero en este caso se evaluaba también la posibilidad de inmunidad adquirida como era en los casos de India y África²⁶⁹. Tenemos, por ejemplo, un estudio para mediados de la década de los treinta (una colaboración entre el Departamento de Sanidad y el IHD) que analiza, a través de un análisis microbiológico y de observaciones clínicas, una población de 76 niños (de 5-15 años) de una comunidad de “raza negra”, pobre y generalmente desprovista de atención médica en Loíza²⁷⁰. Los autores admiten

²⁶⁶ Hubo un periodo breve de alza a inicios de la década de los cuarenta (a una tasa de 121 en el 1941) la cual rápidamente disminuyó (a una tasa de 91.4 en el 1942) hasta llegar a una tasa baja para finales de la década de los cuarenta (de 11.9 en el 1948). Ver Rafael Miranda Franco y Alfredo Casta Vélez, “La erradicación de la malaria en Puerto Rico”, *Revista Panamericana de Salud Pública* II, n°2 (1997): 146-50, 147.

²⁶⁷ Ver Oscar Costa Mandry, “La malaria en Puerto Rico”, *BAMPR* XIII, n°193 (1931):359-62, 360; Garrido Morales, “Major health”, 6; W.C. Earle, “Epidemiología de la malaria”, *PRJPHJTM* XV, n°1 (1939): 28-43, 35; Col. Joseph Bolten, “The prevention of malaria among the military forces in Puerto Rico”, *BAMPR* XXXV, n°3 (1943): 91.

²⁶⁸ Los especialistas advertían de una propagación mayor de malaria entre los campesinos en las montañas, sin embargo, esto no fue una prioridad en los planes y programas sanitarios (reducidos a las costas y áreas de producción azucarera). Como lamentaba Henderson, las razones tenían que ver costo-efectividad (invertir más en los lugares con más casos y mayor productividad). Ver Costa Mandry, “La malaria”, 361; Henderson, “La malaria”, 292-93.

²⁶⁹ Walter C. Earle, de la IHD, alude a varios estudios sobre áreas endémicas, tomando como ejemplo a India, las “Indias Orientales” y África, que demostraban que prácticamente todos los habitantes habían estado infectados. Se apuntaba a que casi todos los niños de dos años estaban infectados, mientras que menos del 50% de los adultos lo estaban, lo cual demostraba la relativa inmunidad que podía lograrse debido al contacto prolongado con la enfermedad. Ver Earle, “Epidemiología”, 28; ver también para datos de morbilidad en niños en Garrido Morales, “Major health”, 6.

²⁷⁰ Se trataba de una comunidad que había estado, según lo describen los autores, desprovista de atención médica y una cantidad significativa padecía de hipertrofia del bazo (30-40%). El vector (*p. falciparum*) era similar a otras áreas y, dentro de la muestra analizada, se encontró que la mayoría de los niños salían positivos a malaria al hacerseles pruebas de sangre. Se buscó trazar correlaciones clínicas (en este caso, la observación y medición de aumentos de temperatura del cuerpo, junto a otros síntomas asociados a fiebre) con microbiológicas (la aparición y conteo de

que era difícil suponer si realmente se estaba conformando o no una inmunidad a través de “infecciones continuas” y en el caso de Puerto Rico pareciera que optar por una explicación en base al determinismo racial resultaba menos oportuno que apuntar a que era el “medio” lo que facilitaba dicha infección (o infecciones continuas)²⁷¹. En un tono similar al de las campañas de anemia, se apuntaba repetidamente a cómo la malaria afectaba la productividad laboral (particularmente de jóvenes y adultos) y por esa razón se debía intervenir en los espacios laborales (en las haciendas azucareras).

Aquí vemos también el problema recurrente en torno a los costos e inversión necesarios, y la necesidad de coordinar mejores servicios sanitarios. Como sucedió con las campañas de tuberculosis, se destacaba la falta de fondos para llevar a cabo los procesos de tratamiento y control de la enfermedad, lo cual requería “de grandes cantidades de dinero”²⁷² (y aún con la asistencia de la RF no se lograba sufragar los gastos). Durante la década de los treinta se recalcará que la falta de fondos no posibilitaba un control permanente de la enfermedad²⁷³. De este modo podemos notar

parásitos en la sangre). Ver W.C. Earle, Manuel Pérez, Juan del Río y Carmen Arzola, “Observaciones sobre el curso clínico de la malaria adquirida naturalmente en Puerto Rico”, *PRJPHJTM* XV, n°1 (1939): 407-21, 407-410, 413, 415.
²⁷¹ Earle y compañía discutían una de las teorías, por un tal Christopher, respecto a la “infección continua”, que estipulada que infecciones dadas en los primeros dos años en niños que viven en zonas endémicas paulatinamente producía una inmunidad específica a la malaria. Sin embargo, en el caso de Puerto Rico resultaba difícil confirmar dicha tesis y los autores, hasta cierto punto presentan la teoría, pero con pueden confirmarla ni refutarla. En ese sentido, los autores admitían que era difícil distinguir hasta qué punto se trataba de reinfecciones o de recaídas de una infección anterior y no mejorada (o “primitiva”), en gran parte porque la enfermedad tendía a repetirse varias veces en el año. A su vez dicha inmunidad adquirida por “infección continua” no parecía traducirse en que una mayoría del sector de jóvenes y adultos estuviesen suficientemente curados como para no ser afectada su productividad. Ver Earle et al, “Observaciones”, 415, 418.

²⁷² La parte citada aparece en mayor detalle en Costa Mandry, “La malaria”, 359-62.

²⁷³ El problema del costo será mencionado en variadas ocasiones, y se destacará, como hizo Pedro Malaret Tió, el beneficio de una inversión médica-sanitaria para así aumentar, por “unidad”, la productividad laboral o el “esfuerzo individual”. Igualmente, Pablo Morales Otero y Manuel A. Pérez decían que parte de lo difícil y complicado de descender las cifras de mortalidad por paludismo radicaba en que “haría falta mucho tiempo y dinero”. Aunque en el 1933 se apuntaba a cierta pequeña disminución en mortalidad, los fondos estatales no eran suficientes y a través de la década de continuará apuntando a este problema. Por ejemplo, en un estudio hecho por Walter C. Earle de la IHD, en el 1935, se apunta a la necesidad de que la RF brindase más fondos dada la insuficiencia que tenía el Gobierno para ello, y para ello provee además una revisión sobre los métodos y controles empleados para la malaria en la Isla. En el 1937 en el Informe del Gobernador se declaraba que los trabajos para controlar de forma permanente la malaria no se habían logrado hacer en una gran escala debido a falta de fondos, reduciéndose al dragado del proyecto de Salinas y

un problema similar al que hubo en las campañas de uncinariasis: se tenía la cura y se conocía métodos de detección y prevención, pero se requería de una mayor inversión para transformar el “medio” para así evitar la reinfección. También encontramos nuevamente quejas y denuncias similares a las vistas durante las primeras dos décadas del siglo XX cuando se apuntaban algunos de los problemas de la campaña de Ashford: el medicamento funciona, pero tiene efectos secundarios problemáticos (cuando no peligrosos²⁷⁴) y si bien suponía garantizar cierta “esterilización”²⁷⁵ e “higienización” en los cuerpos medicados, no previene la reinfección²⁷⁶.

Ya desde la década de los treinta, y muy a tono con los señalamientos hechos para finales de la década de los veinte, se iba a insistir en las obras de ingeniería (desarrollo de sistemas de control y de obras de riego) y en la necesidad de educar a los pacientes y habitantes de la región como estrategias y remedios útiles²⁷⁷. Los métodos de drenaje, aclaraba Walter C. Earle, terminaban siendo más “costo-efectivos” porque no solo eliminaban la reproducción del mosquito anofeles, sino que hace el cultivo de azúcar más eficiente y menos costoso²⁷⁸. El énfasis en métodos de

el de Santurce. En el 1938 se repetirá lo mismo, que la falta de fondos no permitía medidas de control permanentes y de gran escala. Ver Antonio Fernós Isern, “Acerca de la malaria en Puerto Rico”, *BAMPR* XIII, nº195 (1931): 483-85, 483; Pedro Malaret Tió, “La defensa antipalúdica”, *BAMPR* XXV, nº 1 (1933): 23-33, 35; Pedro S. Malaret, “Essays on malaria control. I—Historical Outline of Malaria”, *BAMPR* XXVI, nº5(1934): 177-94, 177; Jorge Bird, “Plan de Campaña contra la Malaria”, *BAMPR* XXIV, nº200 (1932): 189-94, 193; Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 81; Earle, “Methods”, 434; Beverley, *32nd Annual*, 12; Winship, *37th Annual*, 42; Garrido Morales, “Major health”, 7.

²⁷⁴ Estos efectos secundarios eran ya conocidos en la época, y entre ellos estaban complicaciones cardiacas. Para una lista simplificada y actualizada de los efectos secundarios (que incluyen también la quinina en el agua tónica) en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-869/quinine-oral/details>.

²⁷⁵ Se sabía que la quinina, según nos dice Malaret Tió, con su sabor poco atractivo y amargo, era una manera eficiente de reducir la malaria si se hacía con regularidad y “bajo supervisión responsable”. Se reconocían algunos efectos secundarios desfavorables, pero se insistía que su uso lograba “esterilizar” las personas infectadas para evitar reinfección. Ver Malaret Tió, “La defensa”, 23-4.a

²⁷⁶ Como aclaraba Jorge Bird: “la quinina actúa curando y no previniendo la infección” Ver Bird, “Plan de Campaña”, 191.

²⁷⁷ Ver Fernós Isern, “Acerca de la malaria”, 483-84; W.C. Earle, “Methods used to control malaria in Puerto Rico”, *PRJPHTM* XI, nº3 (1936): 434-56, 435-37; John M. Henderson, “On the possibility of eradicating the malaria mosquito in Puerto Rico”, *BAMPR* XXXIX, nº3 (1947): 89-96, 89

²⁷⁸ Ver Earle, “Methods”, 436, 455.

drenaje va a ser parte del nuevo plan²⁷⁹, organizado en el 1931 por el recién fundado Negociado de Malaria, en colaboración con la RF²⁸⁰, cuyos objetivos buscaban expandir, a través de las Unidades²⁸¹, las campañas y planes iniciados en la década de los veinte. Durante este periodo va a insistirse la necesidad de controlar los mosquitos por medios de ingeniería y el uso larvicidas/insecticidas y no solo tratamiento curativo (la quinina)²⁸².

Paulatinamente, vemos una disminución en la mortalidad para finales de la década de los treinta. En el 1942 vemos que inicia un nuevo programa intensivo con la cooperación del Ejército de los Estados Unidos, cuyos objetivos principales eran proteger a los soldados estadounidenses, sus vivienda (con protección contra mosquitos y el uso casi semanal de larvicidas), las bases militares y los ciudadanos involucrados²⁸³. Ya para el 1943 se notaba una reducción marcada de

²⁷⁹ Tal plan incluía y con ello conformar un plan definitivo, el cual incluía: 1) continuar con las campañas ya iniciadas en Luquillo, Fajardo, Patillas, Salinas y San Germán, iniciando en los alrededores de las áreas urbanas para entonces extenderse a las áreas urbanas; 2) inaugurar trabajos nuevos en Santa Isabel, Arroyo, Ponce, Guánica y alrededor de las instituciones insulares de Río Piedras (el Sanatorio, el Manicomio y el Presidio); 3) hacer nuevos estudios para localizar nuevas zonas de tratamiento; 4) llevar a cabo drenajes del suelo y subsuelo (para controlar los criaderos de mosquitos); 5) reglamentar los sistemas de riegos para evitar más criaderos; 6) la aplicación de larvicidas y tratamiento vía la quinina 5) controlar los brotes epidémicos a través de las Unidades de Salud Pública (la cual ahora tomaba como una de sus prioridades la malaria). Este listado es una síntesis de las funciones y planes propuestos en los textos de: Fernós Isern, “Acerca de la malaria”, 484; Costa Mandry, “La malaria”, 361; Beverley, *32nd Annual*, 62.

²⁸⁰ El Jefe del Negociado de Malaria era un representante de la RF, y sus contribuciones financieras/filantropicas eran principalmente “los gastos de investigación y demostración en algunas localidades” (que en el 1931, era Loíza Aldea). Ver Fernós Isern, “Acerca de la malaria”, 483.

²⁸¹ Aquí, como sucedió también con las campañas de tuberculosis, puede ir viéndose como se buscaba que las Unidades cooperaran y asistieran ante las deficiencias de los servicios municipales, y de esa forma, como ya sugerida Fernós Isern, proponer una “sistema permanente de colaboración”, entre el Estado y las necesidades del municipio —“El Departamento desea ayudar a a clase médica y a los municipios”—. Ver Fernós Isern, “Acerca de la malaria”, 485.

²⁸² Respecto a los métodos de tratamiento e ingeniería, lo cual incluía utilizar el insecticida Verde de Paris. Ver Earle, “Methods”, 435-36. Bird, “Plan de Campaña”, 189; Bolten, “The prevention”, 92; Henderson, “On the possibility”, 89-92.

²⁸³ En el 1942, Tugwell informaba que la malaria estaba disminuyendo, pero la cantidad seguía siendo considerada como demasiado alta. La preocupación por este número alto se debía a la mayor presencia de autoridades militares, señalando que la proporción de mortalidad en la Isla era diez veces mayor que los estados más infectados en Estados Unidos. En ese mismo año (específicamente en marzo de 1942) se conforma un programa militar sanitaria con la cooperación del Ejército de los Estados Unidos (incluyendo también el “Navy” y el “Coast Guard” estadounidense), que era parte de la MCWA (*Malaria Control in War Areas*), y cuya función principal era proteger a las fuerzas armadas y ciudadanos involucrados en la construcción y operación de las bases militares. La MCWA toma iniciativas al considerar inadecuado el trabajo del Departamento de Sanidad para detener las infecciones entre los soldados, asumiendo el rol de controlar la propagación del mosquito (en este caso el *anopheles albimanus*), lo cual aliviaba la carga de responsabilidad y finanzas del Departamento de Sanidad y prometía la aplicación de dichas medidas a ciudadanos circundantes. Era obvio que la inversión no iba a ir limitada al uso de quinina sino a implementar cambios

casos malaria entre los soldados y el personal del ejército en las bases y campos militares (en algunos lugares, una reducción de casi un 92%)²⁸⁴. La eficacia de estas medidas demostraba, según el ingeniero sanitario y especialista en malaria John M. Henderson, el potencial de aplicarlas en la población civil y con ello controlar y eliminar la malaria en poco tiempo²⁸⁵ (aún si resultaban costosas a corto plazo²⁸⁶). La aplicación de estas medidas se dio de forma errática y parcial, aunque no por ello sin efectos positivos en la áreas urbanas²⁸⁷.

En el 1945 se declaró que había habido progreso considerable en el trabajo antimalarial y se apuntaba a que las bajas en mortalidad del 1930 al 1943 demostraban que se estaba logrando controlar la enfermedad²⁸⁸. Dicho control no se debió solo a los procesos de detección y tratamiento casa por casa de la malaria, sino al trabajo de ingeniería para dragados permanentes y el uso del D.D.T (el cual debía ser utilizado con cuidado dada su toxicidad alta en animales, particularmente peces)²⁸⁹. En el próximo año se informó que no hubo epidemia de malaria (solo

en las viviendas y espacios militares (“*mosquito proofing*” los espacios y aplicar periódicamente larvicidas). También se hacían dragados pequeños en áreas pantanosas y los mayores eran solo en aquellos lugares en donde se había encontrado que el uso de larvicidas resultaba insuficiente (hecho en al menos cuatro bases militares en la Isla). Mucho de lo llevado a cabo por la MCWA tomaba como punto de partida lo ya realizado por Earle en Salinas en el 1930. Ver Tugwell, *43rd Annual*, 28; Col. Joseph Bolten, “The prevention of malaria among the military forces in Puerto Rico”, *BAMPR XXXV*, n°3 (1943): 90-96, 90, 93, 95; John M. Henderson, “Antimalaria measures for the protection of military personnel in Puerto Rico and their applicability to civilian malaria control”, *PRJPHJTM XX*, n°4 (1945): 419-445, 420-23, 426

²⁸⁴ Henderson, “Antimalaria measures”, 430-31.

²⁸⁵ Henderson, “Antimalaria measures”, 435.

²⁸⁶ Aplicar estas medidas entretenía varios obstáculos y problemas, entre ellos, aclaraba Henderson, el costo alto para su ejecución correcta (fluctuando entre 100,000 hasta 3 millones por ciudad, lo cual incluía gastos en arreglos de sistemas de alcantarillado y drenaje). No obstante, según Henderson, los beneficios a largo plazo iban ser también a nivel económico. Ver Henderson, “Antimalaria measures”, 436-37.

²⁸⁷ Un problema que hubo en términos de la aplicación de mejores medidas de control fue que todas las intervenciones e inversiones sistemáticas se limitaron selectivamente a las áreas urbanas debido a que se estimaba que no era aún “factible” a nivel económico la prevención de la malaria en áreas rurales (y esto seguía, hasta cierto punto, un razonamiento similar al de las campañas de tuberculosis, lo cual reflejaba también intereses económicos). Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 370. Un argumento similar, pero para la tuberculosis, lo encontramos en Rodríguez Pastor, “Distribución geográfica”, 203.

²⁸⁸ Se habían llevado a cabo operaciones de dragado permanente en Arroyo, Guayama, Salinas, Santa Isabel, Ponce y Rio Piedras, entre otros proyectos vinculados a la irrigación y control de la reproducción del mosquito. En el 1945. Se celebraba en el Informe del Gobernador: “this disease is steadily being brought under control”. Ver Tugwell, *45th Annual*, 16.

²⁸⁹ Ver Tugwell, *46th Annual*, 15, ver también Henderson, “On the possibility”, 89, 93-4.

dos pequeños brotes en Caguas y Gurabo), y que su mortalidad continuaba bajando²⁹⁰. En el 1947, Henderson celebraba que en los últimos seis años hubo un descenso de 75% en la mortalidad de la malaria²⁹¹.

4. Sífilis

Pese a que la mortalidad y morbilidad de la sífilis era relativamente baja (al compararla con la malaria, la tuberculosis y los trastornos gastroenterológicos), encontramos en este periodo médicos, en particular algunos especialistas, como Esteban García Cabrera (higienista, especialista en sífilis y urólogo²⁹²), que insistían en la relevancia y peligrosidad de la sífilis como una “gran plaga” que tendía a ser ignorada, pese a que fuese evitable²⁹³. Llama la atención que encontramos aquí, particularmente en García Cabrera (en el 1933), argumentos eugenistas para prevenir la sífilis congénita a través de un certificado médico prenupcial que facilitaba una procreación “inteligente”²⁹⁴. Encontramos también, durante principios de la década de los treinta, artículos que

²⁹⁰ Piñero, 47th, 34-35.

²⁹¹ Henderson, “On the possibility”, 89.

²⁹² Vale mencionar que, ya para finales del siglo XIX, se alude a un Esteban García Cabrera como un “médico de la higiene de la prostitución”. Asumimos que debe ser la misma persona. En la década de los treinta era uno de los instructores en la Escuela de Medicina Tropical, y es identificado como un médico especializado en dermatología y sífilis o sifilología (*Syphilology*). En el 1954 aparece como profesor y especialista en urología en la primera clase en la Escuela de Medicina. School of Tropical Medicine of the University of Porto Rico, *Announcement 1935-1936* (San Juan: Porto Rico, 1935), 4, 6; ver también Teresita Martínez-Vegne, *Shaping the Discourse on Space: Charity and it's wards in nineteenth-century San Juan, Puerto Rico* (Austin: University of Texas, 1999), 171; Ibrahim Pérez, “Padres de nuestra clase médica moderna”, *Galenus* XVII, n°3 (2010): 40-42, 42.

²⁹³ Pese a que las tasas de mortalidad e infecciones eran mucho más bajas (una tasa de 21.6 en el 1931, 24.7 en el 1941 y 9.3 en el 1947), García Cabrera declaraba que la sífilis no solo era una de las “grandes plagas” sino que tendía a pasar desapercibida, como una especie de “crimen” lamentable ignorado por el resto de la sociedad (menos los médicos), y sin recibir la financiación o atención debida en términos institucionales y de campañas sanitarias, pese a que fuese una enfermedad “evitable”— “se puede evitar siempre”—. Inclusive en el 1931 García Cabrera declaraba que las enfermedades venéreas destruían más personas que la tuberculosis—“destruyen en Puerto Rico tanto o más que la tuberculosis la vida de nuestro pueblo”—. Ver Esteban García Cabrera, “Editorial”, 71-72; García Cabrera, “Editorial: Sífilis y sexo”, *BAMPR* XXIV, n°205 (1932): 519-21, 519; Esteban García Cabrera, “Editoriales: La prevención de la sífilis congénita”, *BAMPR* XXV, n°7 (1933): 476-478, 476, 478. Para las estadísticas de mortalidad de sífilis ver Beverley, 32nd Annual, 99; Tugwell, 42nd Annual, 29; Piñero, 47^{nt} Annual, 34.

²⁹⁴ Dicha insistencia en prevenir la sífilis congénita, con tonalidades implícitamente eugenésicas, buscaba “asegurar un hijo sano de una madre sifilítica”. En el 1933 García Cabrera señalaba la necesidad de un certificado médico prenupcial y la necesidad de procrear de forma inteligente (entiéndase eugenésicamente) para así elevar y perfeccionar progresivamente las facultades físicas y mentales del hombre. Esta imagen eugenésica que propone García Cabrera la obtiene de una cita de un tal Augusto Farel. Por el momento no he encontrado a ninguna persona con ese nombre

aluden a la importancia de controlar y “luchar” contra las enfermedades venéreas (por ejemplo, en España²⁹⁵) y a la utilidad de un certificado prenupcial según los preceptos de la biotipología y la eugenesia en Argentina²⁹⁶. En el caso del certificado de salud prenupcial, se añadía que tal podía ser, como alegaba Costa Mandry, una oportunidad para analizar mejor las muestras de sangre, de forma más representativa, y así determinar el porcentaje de casos con sífilis²⁹⁷. A través de las próximas décadas se va a insistir en la peligrosidad y prevalencia extendida de la sífilis, pese a que mucho de los estudios no reflejasen dicha extensión ni peligrosidad. Inclusive, como ya veremos más adelante, el acento en la peligrosidad de la sífilis refleja parece reflejar preocupaciones de índole moralista y racialista asociadas a la mortalidad infantil y la proliferación “disgénica” de desórdenes congénitos.

Para inicios de la década de los treinta, algunos médicos (como García Cabrera, y en menor medida el patólogo Enrique Koppisch) estimaban un contagio de un 12.6%²⁹⁸ mientras que otros médicos e investigadores (como Costa Mandry) estimaban cifras más bajas, de un 5% para la población total y 10% en la urbana²⁹⁹. En Puerto Rico, como en Estados Unidos, se destacaba que, por lo general, el porcentaje de positivos era mayor en las “razas de color” —aunque en ocasiones

exacto. Sin embargo, pudiese tratarse de un error editorial o gramatical, y se está aludiendo al psiquiatra suizo Auguste Forel, que sí era partidario de la eugenesia, el maltusianismo y la eutanasia (particularmente para los pacientes psiquiátricos incurables). Ver García Cabrera, “Editorial”, 72; García Cabrera, “Editoriales: La prevención”, 478. Sobre Forel ver Bernard Kuechenhoff, “The psychiatrist Auguste Forel and his attitude to eugenics”, *History of Psychiatry* 19, n°2 (2008): 215-223, 219-221.

²⁹⁵ Ver “Proyecto de ley para la lucha contra las enfermedades venéreas”, *BAMPR XXV*, n°7 (1933): 472-75, 472-73.

²⁹⁶ Encontramos una noticia respecto a la Sociedad Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, en donde se menciona el certificado médico prenupcial y la ficha biotipológica médico-escolar en pro de la “defensa social sanitaria de la maternidad y la niñez”. Ver “Noticias Médico Sociales: *Sociedad de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*”, *BAMPR XXIV*, n°205 (1932): 522-23. No aparece firma alguna, por ende, hemos de suponer que sea la junta editorial, cuyo jefe en aquel momento era Esteban García Cabrera.

²⁹⁷ Oscar Costa Mandry, “La sífilis en Puerto Rico”, *PRJPHTM XVIII*, n°4 (1943): 469-87, 486.

²⁹⁸ El análisis de Koppisch se hace a partir de una muestra de 6,074 muestras del 1930. Ver García Cabrera, “Editorial”, 72; Enrique Koppisch, “La sífilis en Puerto Rico. Estudio basado en la revisión de 1000 autopsias consecutivas (informe preliminar)”, *BAMPR XXXI*, n°5 (1939): 160-69, 160.

²⁹⁹ Oscar Costa Mandry, “La sífilis en Puerto Rico”, *BAMPR XXV*, n°7 (1933): 411-420, 413; un señalamiento similar se encuentra en Oscar Costa Mandry, “La sífilis en Puerto Rico”, *PRJPHTM XVI*, n°2 (1940): 237-68, 237-40.

se destacaba que eran más los de “raza negra” que los “mulatos”³⁰⁰—, en las “clases más pobres”, en los hombres, en los grupos mayores de 20 años y en las zonas urbanas (en particular San Juan, Arecibo, Cataño, Caguas, Humacao)³⁰¹. Estos datos se repetirán en otros estudios, sin muchas fluctuaciones. Por ejemplo, en el 1933 Costa Mandry analizó muestras de sangre de poblaciones específicas y más vulnerables, en distintas instituciones correccionales y hospitalarias, y encontró un porcentaje más alto (entre 18% y 20%), en particular en los de “color”³⁰². Para finales de la década de los treinta encontramos datos similares, con un porcentaje más alto (de un 20%) al limitarse a una muestra, en su mayoría, urbana y pobre³⁰³. Una de las investigaciones más grande en alcance (tomando muestras de zonas rurales y urbanas), hecho también por Costa Mandry³⁰⁴, encontró cifras que apenas llegaban al 7% (casi un 10% si se extrapolaba solo a los datos de obreros y trabajadoras de “color”)³⁰⁵, algo más altas si eran muestras que provenían de las cárceles y del hospital³⁰⁶. En el estudio de Costa Mandry, el galeno señalaba que uno de los factores más

³⁰⁰ Costa Mandry, “La sífilis”, 419.

³⁰¹ Costa Mandry, “La sífilis”, 413, 415, 419; Koppisch, “La sífilis”, 160-61, 68-69.

³⁰² En el 1933 Costa Mandry analiza una muestra de 11,426 pruebas de sangre tomadas de individuos que solicitaban “certificados de salud” en las Unidades de Salud Pública, el Manicomio, Los Hogares de Niños y Niñas, el Presidio, obreras de talleres de costura y un grupo de mujeres del cuerpo de “comadronas auxiliares”. Los grupos con mayor incidencia eran el Manicomio (18.40%) y el Presidio (20.10%), y mayor en los hombres “de color” (23.8% en contraposición a 18.43% en “varones blancos”), seguidos por las mujeres “de color” (19.72% en oposición a 13.74% en “hembras blancas”), datos que confirmaban lo expuesto en otros estudios Costa Mandry, “La sífilis”, 411-12, 414, 416-17.

³⁰³ En un estudio de Enrique Koppisch donde analiza 1,000 autopsias, obtenidas de la EMT desde el 1926 a 1938, y de personas fallecidas en alguno de los hospitales en San Juan y otros pueblos cercanos. Se calculaba de forma aproximada que 15% eran cuerpos de campesinos, 50% de la capital y de 35% de “pueblecitos y barrios suburbanos”, y 85-90% pertenecían a la “clase más humilde”, de los cuales 33.3% eran de “color” (11.1% identificados como “negros” y 22.22 como “mulatos”). De estos 1,000 casos un 8.1% tenían lesiones evidentemente sifilíticas y 20.9% reaccionaron positivamente a los análisis de sangre. Ver Koppisch, “La sífilis”, 161-62, 165 y 168.

³⁰⁴ El estudio de Costa Mandry analizaba datos del 1936-1939, para un total de 14,710 casos de la zona urbana y 19,540 de la zona rural (muchos de ellos recopilados de los dispensarios y campamentos asociados a PRRA). Era una selección de empleados de la Cooperativa Lafayette, Hogares Insulares de Niños y Niñas, Escuela Reformatoria para niños, Penitenciaría Insular, Hospital Psiquiátrico de Puerto Rico, casos de los hospitales de tuberculosis, casos selectos del Hospital de la Universidad y casos seleccionados sacados de laboratorios y de ingresados en un hospital (que llegaba a un total de 32,586 personas). En dicho estudio se usó la técnica de Kahn y los criterios de diagnóstico de Kline, y una modificación de la técnica de Wasserman (supuestamente en práctica desde el 1932). Ver Costa Mandry, “La sífilis. II”, 241-43, 249.

³⁰⁵ Ver Costa Mandry, “La sífilis. II”, 248, 256-57.

³⁰⁶ El porcentaje más alto fue en las cárceles y penitenciaría, con un 24% de positividad y en un grupo de 979 enfermos

pertinentes en la zona urbana era la vivienda, en particular en los puertos de mar, y con ello añadía que era ahí en donde “abunda más la obscenidad y, por consiguiente, la sífilis”³⁰⁷.

Durante el periodo de la Segunda Guerra Mundial hubo mayor énfasis en estudiar, identificar y tratar la sífilis, en particular sus complicaciones y efectos secundarios³⁰⁸. El porcentaje de infectados entre militares era mayor, fluctuando entre 12% y 15% (más alto en soldados negros que blancos)³⁰⁹, aún si el porcentaje de infectados en Puerto Rico apenas llegaba a un 6%³¹⁰. Igual que con la tuberculosis, no existía un tratamiento realmente efectivo hasta la segunda mitad de la década de los cuarenta³¹¹ cuando se utilizan antibióticos y vemos una disminución más marcada en morbilidad y mortalidad³¹². Y este aspecto hay que acentuarlo, porque lo que llevó a la disminución en morbilidad y mortalidad no fue el uso del certificado prematrimonial sino el mayor acceso a servicios médicos gracias a las Unidades y, al fin y al cabo, el uso de antibióticos. Como sucedió con la tuberculosis, y a su modo la malaria, las practicas que resultaron, hasta cierto punto, más eficaces dependieron de cambios en el medioambiente, en particular en lo que concierne al acceso a servicios de detección y tratamiento médico, junto a la administración directa (y gratuita)

en un hospital en el cual todos los pacientes eran varones mayores de 30 años y militares hubo un 18.8% de positividad. Ver Costa Mandry, “La sífilis. II”, 251, 256

³⁰⁷ Costa Mandry, “La sífilis. II”, 254.

³⁰⁸ Entre las complicaciones más encontraban estaban la ceguera y las lesiones cardiacas. Ver Oscar Costa Mandry, “La defensa nacional y las enfermedades venéreas”, *BAMPR* XXXIII, n°2 (1941): 68-70, 68-69; Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1060.

³⁰⁹Una investigación por Janer en el 1942 apuntaba que de una muestra de 14,883 individuos del servicio militar (seleccionados y voluntarios) se obtuvo que un 12.1% dieron positivo, siendo mayor en los de “color” (14.3%) que en los blancos (11.5%). En el 1944 Costa Mandry publica los resultados de pruebas serológicas de 19,395 seleccionados y voluntarios para el servicio militar compulsivo, de los cuales 12.3% dieron positivo (según la prueba de Kahn, un poco más altos, con 13.8%, al usarse la reacción Kline); siendo mayor en las áreas urbanas (15.6%) que en las rurales (10.8), y mayor en los individuos de “color” (14.8%) que entre los blancos (11.5%). Ver Costa Mandry, “La sífilis. III”, 474-75; Oscar Costa Mandry y José L. Janer, “La sífilis en Puerto Rico”, *PRJPHTM* XIX, n°3 (1944): 492-501, 492-93, 496.

³¹⁰ Por ejemplo, Costa Mandry en el 1943 sostendrá como estimado de la Isla entre 5% a 6%. Ver Costa Mandry, “La sífilis. III”, 486.

³¹¹ En el 1945 se cambiaron los protocolos para permitir el uso de penicilina, y se abrieron 3 centros de diagnósticos para un total de cuatro (en Manatí, San Juan, Ponce y Aguadilla). Tugwell, *45th Annual*, 16.

³¹² La administración de penicilina gratuita a madres con sífilis (se atendieron a 1,352) llevó a una mayor reducción de mortalidad en el 1946-47 (de un 9.3 por cada 100,000 habitantes). Piñero, *47th Annual*, 35.

de tratamiento alopáticos.

Vale hacer algunas aclaraciones antes de proseguir a nuestras próximas secciones. De un modo u otro, todas estas enfermedades infecciosas habían sido entendidas, desde finales del siglo XIX, como “evitables” en tanto en cuanto estaban asociadas a las condiciones de carencia, explotación, hacinamiento y pobreza que conformaban el “medio” de la mayoría de los habitantes del país. Estas nociones, asociaciones y correlaciones no eran novedosas, y conformaban parte del emerger de la Higiene como una ciencia y discurso médico desde finales del siglo XVIII (de forma más extendida, desde mediados del siglo XIX). En ese sentido, resulta ingenuo considerar que no fue hasta la década de los treinta, sea a partir de la Gran Depresión (o un poco antes después de la Primera Guerra Mundial) o hasta la Segunda Guerra Mundial, que los médicos, los intelectuales y las autoridades gubernamentales, tanto en Europa, en el Caribe como en Latinoamérica, descubrieron que eso que llamaban “pobreza” estaba ligado a mayor frecuencia de enfermedades, morbilidad y mortalidad. Sin embargo, a nivel discursivo encontramos un poco esa historia ingenua, la cual no es otra cosa que el modo mediante el cual el saber médico fue utilizado y legitimado para justificar medidas de gubernamentalidad financieras y biopolíticas de regulación de las poblaciones. Como veremos en las próximas secciones, las condiciones socioeconómicas de los trabajadores eran estudiadas “médica” y “científicamente” en aquellos espacios y lugares en donde las enfermedades afectaban la productividad de las corporaciones más importantes (principalmente azúcar, café y tabaco).

Por esa razón es necesario que atendamos en las próximas secciones a tres objetos que fueron identificados e interpretados, de forma cada vez más explícita durante estas dos décadas (los treinta y los cuarenta), como problemas “médico-sociales” íntimamente ligados entre sí: la pobreza, la mortalidad infantil y la sobrepoblación.

5. La pobreza: los “estudios socioeconómicos” o la pobreza como problema médico-social

A partir de la década de los treinta encontramos, de forma explícita, un discurso que apunta al esfuerzo concertado por el Estado de hacer “estudios sanitarios” y “económico-sociales” con la finalidad de estudiar la “pobreza” como un problema médico o, para emplear el término utilizado en dichos trabajos, “médico-social”. Pudiese parecer una banalidad apuntar a esta categorización específica, pero no lo es, y encontramos en la década de los treinta un conjunto de estudios sanitarios en donde médicos, inspectores sanitarios, enfermeras e investigadores sociales cooperaron para recolectar datos en torno a las condiciones “económicosociales”. Este tipo de estudio suponía ser de los cambios hechos dentro de la estructura del Departamento de Sanidad, en particular la División Sanitaria —en ocasiones llamada también la “División de Salubridad”³¹³, la cual se creó como parte de la PRRA.

Para mediados de la década de los treinta, la División Sanitaria, junto a la EMT y con colaboración parcial de la RF, llevó a cabo una serie de estudios sobre las condiciones sanitarias y socioeconómicas en Puerto Rico (en particular bajo la dirección del galeno Pablo Morales Otero)³¹⁴. Estos estudios se enfocaron en las poblaciones dentro de los espacios de cultivo principales, dándole un acento particular al monocultivo de azúcar, que era “el más importante” (más para Estados Unidos que Puerto Rico) de todos los productos y el que utilizaba “los terrenos mejores de la isla”³¹⁵. Dichos estudios tenían la intención de proveer un análisis científico y empírico que fuese representativos de los problemas en las áreas rurales involucradas con el cultivo de azúcar, y de esa forma servir de comparación para futuros estudios.

³¹³ Por ejemplo, en Pablo Morales Otero, Manuel A. Pérez, R. Ramírez Santos, Rafaela Espino y Mario Marrero, “Estudios sanitarios y económicosociales en Puerto Rico. II. Condiciones sanitarias y económicosociales en las relaciones dedicadas al cultivo del tabaco, café y frutas”, *PRJPHTM* XIV, n°3 (1939): 291-388, 291.

³¹⁴ Pablo Morales Otero, Manuel A. Pérez, R. Ramírez Santos, Rafaela Espino, Adriana Ramu, J.L. Fuster, Dolores González y Mario Marrero, “Estudios sanitarios y económicosociales en Puerto Rico. I. Condiciones sanitarias y económicosociales en una plantación de caña de azúcar”, *PRJPHTM* XII, n°4 (1937): 491-98, 491.

³¹⁵ Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 65-66.

El primer estudio de este tipo se hizo en la Central Lafayette y usó las Unidades³¹⁶ para identificar, recopilar y ofrecer tratamiento a las familias del área (que comprendía Arroyo, Patillas y Maunabo, para un total de 4,400 individuos)³¹⁷, la cual fue descrita como plantación “absentista” o “ausente de dueño”³¹⁸ (lo cual era muy común en la época y refleja unas de las críticas evocadas por el Plan Chardón y Muñoz Marín³¹⁹). El estudio señalaba que: 1) había en promedio cinco personas por familia, pocas habitaciones (3.5 miembros por habitación); 2) había una mayor cantidad de “sujetos de raza negra que los que había en 1930”³²⁰; 3) la mayoría de las viviendas eran casas de madera con techado de hierro galvanizado, de calidad pobre y en terrenos pantanosos, y con una ventilación que era en su mayoría de calidad poco ideal³²¹; 4) la mayoría dormía con ventanas cerradas, carecían de baños y acceso a acueductos y, aunque hubiera letrinas, estaban suficientemente sucias para ser inservibles³²²; 5) había una abundancia de “ratas, moscas,

³¹⁶ Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 291.

³¹⁷ Dicho estudio buscaba la posibilidad de que dichos datos puedan servir como “norma general aplicable a las zonas rurales” de Puerto Rico, en particular las de azucareras y con ello tener “una base real de datos objetivos, que pueda servir como término de comparación en las investigaciones que hayan de emprenderse más adelante”. Otro aspecto que destacaban para la selección de esta muestra era que dichas áreas habían tenido un crecimiento poblacional, y en ese sentido vemos aquí, de forma reiterada, una asociación entre pobreza, sobrepoblación y, de forma parcial (pero no menos sugestiva), raza. Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 491.

³¹⁸ Morales Otero et al, “Health and socio-economic studies”, 478.

³¹⁹ De esta forma el estudio confirmaba un problema que había sido repetido discursivamente por aquellos a favor del Plan Chardón (en particular Muñoz Marín) como uno de los “males” que afectaba el progreso económico del país. Como ha señalado al respecto la historiadora Carmen L. González Muñoz, Muñoz Marín evocaba destacaba esta triada “azúcar-absentismo-latifundio” como parte de un discurso a favor del Plan Chardón. Este discurso fue también el que sedimentó la imagen de Muñoz no solo como promotor del Plan Chardón sino como el supuesto “héroe que luchaba contra los dragones azucareros”. Ver Carmen L. González Muñoz, “El tiempo de los príncipes del azúcar: La discursividad azucarera en Puerto Rico, 1920-1939” (UPR: Ph Diss, 2000), 257, 260.

³²⁰ Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 492-93.

³²¹ Otro dato relevante es que 43.5% de tales casas eran propiedad de la Central, con un promedio de 1.4 habitaciones en las cuales dormía un promedio de 3.5 personas y un 42.6 % tenía un ventilación buena (*good*), 30.6% de mediana calidad y un 26.7% era pobre (*poor*). Ver Pablo Morales Otero, Manuel A. Pérez, R. Ramírez Santos, Rafaela Espino, Adriana Ramu, J.L. Fuster, Dolores González y Mario Marrero, “Health and socio-economic studies in Puerto Rico. I. Health and socio-economic conditions on a sugar cane plantation”, *PRJPHTM* XII, n°4 (1937): 405-90, 417-18; Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 492-93.

³²² Un 83.5% de las personas dormían con las ventanas cerradas, y la higiene interior de la casa era “aceptable”; sin embargo, la mayoría (el 87%) carecía de baños y de servicios de acueducto, un 33% tenían aguas que provenían del “agua del acueducto, dentro de las casas”. Eso dicho debe aclararse que, según el estudio, ninguno de los tres pueblos tenía alcantarillado y un 43% no poseían excusados de ninguna clase. Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 493; Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 311; Morales Otero et al, “Health and socio-economic studies”, 423, 479.

mosquitos y otros insectos”³²³; 6) la dieta promedio consistía de arroz, habichuela y bacalao seco, con poco consumo de leche, carnes y frutas³²⁴; 7) los salarios eran bajos, en particular entre los jornaleros “no especializados” en oposición a los “especializados” o “competentes”³²⁵; 8) la enfermedad predominante era la malaria, seguida por la tuberculosis y los trastornos gastrointestinales³²⁶; 9) el promedio de tiempo enfermo fue más de cuatro semanas anuales y la mayoría de los pacientes no había recibido atención médica³²⁷; 10) los llamados “problemas sociales” eran el analfabetismo (en 35.8% de los mayores de 10 años), la ilegitimidad (43.5%), el alcoholismo³²⁸ (en 87 familias), la deserción (en 32 familias) y separaciones matrimoniales. Llama la atención que, al elaborar sobre estos “problemas sociales”, los autores señalaban que tanto el analfabetismo como la ilegitimidad eran un problema mayor entre la “gente de color”³²⁹. La mención breve pudiese parecer poco relevante, pero como ya iremos viendo más adelante, hubo una tendencia de proveer este tipo de dato descriptivo, sin mucha explicación ni comentario, que apuntaba a correlaciones raciales y presumía que existía una relación natural entre negritud y pobreza.

En una segunda investigación más expansiva, y en teoría más representativa de la “verdadera

³²³ Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 493.

³²⁴ Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 494; Morales Otero, “Health and socio-economic studies”, 425.

³²⁵ El jornal promedio era de 84 centavos diarios, y los jornaleros (no especializados o competentes/*unskilled*), que conformaban un 80%, tenían un salario anual de 119.35 dólares, mientras que el obrero especializado o competente (*skilled*) ganaba anualmente 349.52 dólares, con conformaba un 20%. Vale notar que el modo que estos datos se presentaban parecía repuntar que el dilema era uno de preparación y falta de especialización, y no un problema de distribución de capital o desigualdad social. Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 498; Morales Otero, “Health and socio-economic studies”, 480.

³²⁶ La enfermedad que más abundaba, debido a que era una central azucarera (y los riegos de agua y posos atraían mosquitos), era la malaria (89.9% de los 456 enfermos en estos momentos tenía malaria). Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, I”, 495; Morales Otero, “Health and socio-economic studies”, 430.

³²⁷ Se analiza cuantitativamente la cantidad de enfermos y de la duración de la enfermedad: del total de individuos enfermos, 130 de ellos (28.5%) estuvieron enfermos de una a cuatro semanas mientras que el 68.4% expuso estar más de cuatro semanas enfermos; a esto se añade que un 63.5% de los enfermos no recibió ningún tipo de asistencia médica. Ver Morales Otero, “Health and socio-economic studies”, 434.

³²⁸ Morales Otero, “Health and socio-economic studies”, 459.

³²⁹ En torno a la ilegitimidad se señalaba que era mucho mayor en los de “color” (69.4%) que en los blancos (30.6%). Ver Morales Otero, “Health and socio-economic studies”, 456-57.

clase agraria”, se analizan otras áreas, ya no centrándose en las áreas llanas y costeras (donde abundaban las azucareras), y considerando las demás fincas de cultivo (café, tabaco y frutas) en las restantes 47 municipalidades (un total de 5,743 familias)³³⁰. Nuevamente, la población es definida a partir de su productibilidad y economía, en este caso agrícola (casi la mitad en la región tabacalera)³³¹. Como dicho estudio no se centraba en las áreas urbanas y costeras, las zonas fruteras³³², “situadas en el litoral” eran asumidas como similares a las zonas cañeras, en donde “predomina la raza negra” o “mestiza” (usándose ambos conceptos de forma intercambiable en este estudio)³³³. Aquí se confirman muchas de las carencias del estudio anterior, pero en proporciones mayores³³⁴, con salarios e ingresos más bajos (mucho más bajo que el mínimo

³³⁰ La población rural en aquel entonces era de 774,283 individuos (y conformaban el 56% de la población total del país), y en este estudio dicha zona rural fue reducida a 34,265 individuos distribuidos en las áreas y fincas de cultivo de café, tabaco y frutas. Vale recordar que en ese momento había 77 municipios, divididos en “subbarrios”, y la selección de la muestra tomaba las distintas regiones comprendidas de acuerdo con los cultivos mencionados; de los cuales 19 municipios eran de la zona tabacalera, 21 municipios eran de la zona cafetalera y 7 de la frutera (frutas y cocos). Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 294, 296-97, 317-18.

³³¹ Del total de la muestra de 34,265 individuos tenemos que casi la mitad (unos 15,690 individuos) provino de la región tabacalera (y esta cantidad constituía 66% de la población de dicha área), mientras que un poco menos que la mitad (unos 14,200, lo cual representaba un 44.6% de dicha región) provino de la región cafetera y apenas un 12% de la muestra (unos 4,375 individuos, que representaba 61.8% de dicha región) provenía de la región de frutas y cocos. Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 379-80, 387.

³³² Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 377-78.

³³³ Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 341-42, 350 353 y 357 (en estas últimas tres se ve el uso intercambiable entre “negro o mestizo” como categorías de clasificación racial, ambos designando “gente de color”). Llama la atención como dicho estudio, pese a su análisis selectivo de ciertos temas a partir de divisiones raciales, no atina con la cantidad exacta de “blancos” y “gente de color” /mestizos/negros por región.

³³⁴ Entre los hallazgos más pertinentes los autores señalaban: 1) el promedio es de 5.2 miembros por familia con al menos dos camas, una mesa, dos bancos, un baúl y una hamaca, no tenían calzado, eran “familias normales” (en oposición a las “familias incompletas” o *broken*), católicas, sin instrucción (al menos en el caso de los adultos), de raza blanca (menos en la zona frutera)³³⁴ y que dependían de los arroyos y manantiales (cerca de la mitad no tenían letrinas); 2) la dieta consistía mayormente de arroz y habichuelas, verduras y bacalao (y menos de la mitad consumían leche); 3) el área había tenido menor crecimiento poblacional debido a la migración hacia las áreas urbanas; 4) el área más afectada en términos socioeconómicos y de “condición de vida” era la cafetera (la menos la de frutas); 5) la mayoría de los obreros (84.2%) no eran especializados y de raza blanca (85%), con un salario de 60 centavos diarios; 6) más de la mitad ganaba menos de 100 dólares anuales, una cifra que reflejaba un salario muy por debajo de 500 dólares anuales o inclusive del promedio de ingreso anual en Estados Unidos (y del mínimo salarial); 7) el ingreso total de una familia equivale en promedio 175.49 dólares y a 24.38 dólares por persona al año y la mayoría de los ingresos (80.2%) eran para alimentación y muy poco para atención médica (un 4.3%, lo cual incluía también lo usado para remedios por curanderos); 8) había una “escasez de médicos y facilidades hospitalarias” (17 médicos del Departamento de Sanidad, 67 enfermeras y 69 inspectores en total) en los 47 municipios, en particular en la zona cafetera; 9) prevalencia, en términos de mortalidad, la tuberculosis (249.5 por 100,000), seguido por diarrea y enteritis en los niños menores de 2 años (sin embargo, tomadas globalmente, las diarreas y enteritis de todas las edades tienen

federal³³⁵), menos hospitales, servicios y médicos, especialmente en las áreas cafeteras, y más fecundidad, ilegitimidad, analfabetismo y amancebamiento (en particular entre los de “color”³³⁶). Algo llamativo de este análisis es como se señalaba que el ingreso era mucho más bajo para los puertorriqueños (blancos o de “color”) que para los empleados *non-white* en Estados Unidos, y este señalamiento se hará en otros estudios. Por ejemplo, en el 1945 se informaba que los ingresos no continuaban muy bajos y eran, como reclamaban los higienistas Arbona y Morales Otero, más bajos que los ingresos y salarios de los grupos “más deprimidos” en Estados Unidos, los negros (o *Negroes*)³³⁷. Estas analogías y comparaciones raciales no son neutrales ni inocentes, en particular cuando se buscaba trazar comparaciones entre los trabajadores “negros” / *Negroes* en Estados Unidos y los trabajadores puertorriqueños, los cuales tendían a ser representados como

una razón de 400 por 100,000 habitantes) y un aumento preocupante de casos de malaria; y el 16.5% de los enfermos eran “cabeza de familia”, dato que destacaba el peligro de perder la posible única fuente de ingreso debido a enfermedad, y la mayoría de los afectados tendían a ser menores; 10) la mortalidad infantil era alta pero también lo era la fecundidad; 11) se apuntaba a que ciertos “problemas sociales” eran mayores en el área rural (analfabetismo, la ilegitimidad y el amancebamiento) y otros más frecuente “entre los de color” (como el amancebamiento). Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 298, 310, 314-15, 317-18, 326-28, 332, 334-336, 338, 341-43, 353, 357-58, 360, 364, 367,375.

³³⁵ Más de la mitad de los obreros puertorriqueños ganaban menos de 100 dólares anuales. Vale tomar en consideración que en el 1939 el promedio de salarios para hombres blancos en Estados Unidos era 1,112 dólares y 460 para los clasificados como “non-white”. El ingreso promedio para finales de la década de los treinta era de 1,368 dólares. A partir del 1938, en Estados Unidos bajo el *Fair Labor Standards Act* el mínimo por hora debía ser una peseta (0.25). Ver William Willard Writz, *The economic situation of Negroes in the United States* (Washington: U.S. Department of Labor, 1962), 9; Diane Petro, “Brother, can you spare a dime? The 1940 Census: Employment and Income”, *Prologue Magazine* XLIV, n°1 (2012), recuperado en <https://www.archives.gov/publications/prologue/2012/spring/1940.html>. U.S. Department of Labor, “History of Federal Minimum Wage Rate Under the Fair Labor Standards Act, 1938-2009”, recuperado en <https://www.dol.gov/agencies/whd/minimum-wage/history/chart>.

³³⁶ A modo de resumen tenemos: 1) el analfabetismo, presente en un 39.4% de los hombres (sin mucha diferencia entre las razas, aunque algo mayor en la blanca); contrastando con la zona urbana (que según el censo del 1935 era 23.5%, pero vale aclarar que en la zona urbana el analfabetismo era mayor entre los “de color” que entre los “blancos”); 2) la ilegitimidad (solo cuentan aquellos menores de 15 años), siendo “más frecuente entre la gente de color” (29.3%) que en la “raza blanca” (17.1%), además se señalaba que “el amancebamiento es considerablemente más frecuente entre la gente de color”; 3) un 19.8% de las familias estaban afectados por la falta de trabajo, la separación marital (presente en 23.5% de las familias), el alcoholismo y la deserción conyugal; y 4) el alcoholismo afectaba a 8.6% de las familias. Vale notar que en ocasiones las diferencias eran muy pequeñas, por ejemplo, el amancebamiento era de 25.8% en la “población ciudadana” (con lo cual se referían a la urbana) en oposición a 26.2% en la “población campesina”. Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 342, 345, 349-50, 352-53, 375.

³³⁷ Al comparar estas cifras con los Estados Unidos Arbona y Morales Otero señalaban que: “even the most depressed groups in the South of the United States—the Negro share-croppers and the Negroes living in rural districts off the farm—had high incomes. Only 57.5 and 70 per cent, respectively, of these families lived on incomes under \$500 a year, as compared to the 90 per cent in Puerto Rico”. Vale notar que no dicen *higher incomes* sino simplemente *had high incomes*. Ver Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1058.

esencialmente “campesinos blancos”.

Dejando este asunto por el momento (que ya abarcaremos después), continuemos con otro de los estudios económico-sociales, publicado en el 1939, por Morales Otero y Manuel A. Pérez, que argüía que la “situación económica” del País se debía a la falta de desarrollo industrial competitivo y a la sobrepoblación, las cuales llevaban al “desequilibrio económico y social” y, por consecuencia, a la pobreza, el hambre y la muerte³³⁸. En este estudio, más que en los anteriores, se destacaba no solo la importancia del Plan Chardón³³⁹ como un plan político y económico, sino también como sanitario³⁴⁰. Según los galenos, no bastaba crear las condiciones económicas (por ejemplos, las “granjas de subsistencia”³⁴¹) había que proteger el “material humano”, educarlos y prepararlos higiénicamente para que fuesen “emprendedores” —en oposición a una “población débil, enferma, parasitaria” que se convierte en una “carga” y no una “fuente de riqueza”—³⁴². La finalidad era establecer una estructura sanitaria y una serie de programas de “rehabilitación permanente” que, de manera similar a Estados Unidos y otros países, ofreciese a “las clases desheredadas” un servicio que perdurara³⁴³. Los autores repiten señalamientos anteriores sobre la falta de letrinas en las casas, la persistencia de la uncinariasis y otros parásitos estomacales (pese

³³⁸ Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 67.

³³⁹ Morales Otero es uno de los autores de este artículo, y no es de sorprender que como director de la División de Salubridad de PPRA, tengamos en el artículo una breve discusión en torno al “plan económico” del 1935 y de “rehabilitación rural” (entiéndase, El Plan Chardón o PRRRA). Los autores destacaban que los objetivos de dicho plan económico era lograr “repartir de manera más equitativa los beneficios de la industria azucarera entre los propietarios de las centrales, los colonos y los obreros”, e “impedir el cultivo de la caña en las que se llaman ‘tierras marginales’ (terrenos inferiores, poco productivos)”. Los autores hacen una breve revisión de PRERA y de la formación de las Unidades, en particular su extensión rural (los cuales ya hemos discutido, y no vamos a repetir aquí), tratando de demostrar la confluencia armónica de lo político, lo económico y lo sanitario bajo PRRA. Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 67.

³⁴⁰ Los autores aluden al programa de las “granjas de subsistencia” y a varios proyectos de electrificación, reforestación y obras públicas, como coetáneos a un plan sanitarios. Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 67-68.

³⁴¹ Los autores señalaban que la mayoría de las casas eran de “madera con techo de hierro galvanizado”, más de la mitad de los grupos familiares no tenían letrinas, y mencionaban como posible solución la construcción de casas para los trabajadores en las aludidas “pequeñas fincas o granjas de sostenimiento”. Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 77-78.

³⁴² Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 68.

³⁴³ Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 68, 70.

a toda la inversión hecha³⁴⁴) y la alta mortalidad de tuberculosis, malaria y trastornos gastrointestinales³⁴⁵. En este caso resaltan más como tales enfermedades están asociadas a problemas de alimentación (e incluso de contaminación de agua y leche³⁴⁶). Los señalamientos en torno a la persistencia de la uncinariasis y otras enfermedades (en particular la tuberculosis y las gastroenterológicas) reforzaban la noción de que la salud no podía lograrse sino estaban los recursos económicos, y a la vez dichos recursos se tornaban inútiles si el “material humano” estaba enfermo o enfermizo. También reforzaba la relevancia de cambios estructurales permanentes y de un sistema de gobierno operado por las sugerencia y dirección de especialistas (no pocos de ellos puertorriqueños). Estos argumentos no son nuevos, pero los estudios de la División de Salubridad, junto a la colaboración de la EMT y la RF, permitían darle una particular visibilidad al fenómeno de la “pobreza” al traducir estas carencias y experiencias en datos estadísticos, y en datos que podían también traducirse a cálculos financieros.

En el 1940 tenemos una colaboración entre la División de Salubridad y la EMT para investigar por primera vez un panorama epidemiológico de las enfermedades de los obreros, centrándose en las enfermedades, defectos o incapacidades de una muestra obreros adultos, masculinos y de la zona rural³⁴⁷. Este estudio buscaba formar parte de la limitada bibliografía médica en torno al tema,

³⁴⁴ Un 82.1% de todos los pacientes rurales, según los datos recopilados en los dispensarios rurales, padecían de estos parásitos, la mayoría de uncinaria. Los autores admiten que “desconsuela saber que a pesar del tiempo y del dinero gastado, las enfermedades parasitarias no han disminuido gran cosa y el índice parasitario sigue siendo tan elevando como hace cuarenta años”. Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 83.

³⁴⁵ Curiosamente, los trastornos gastrointestinales conformaban el 22.6% del todas de defunciones del 1932-36 (las diarreas y enteritis constituirían el 90% de las muertes bajo esta categoría de “trastornos gastrointestinales”), pero tales no eran considerados la causa principal de muerte (la tuberculosis constituía el 15.1% de las muertes del 1932-36). La razón para ello, como veremos más adelante, concernía a sospechas en torno a la categoría. Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 81, 84.

³⁴⁶ Las causas identificadas para dichas cifras continuaban siendo los problemas de alimentación (como habían sostenido Fernós Isern y Rodríguez Pastor desde finales de la década d ellos veinte), y muy posiblemente la contaminación de las aguas (y para ello aluden a un estudio por Phelps y Dávila del 1928) y de la leche. Ver Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 81.

³⁴⁷ Según los autores: “Es la primera vez en la historia médica de este país que se analiza estadísticamente un numero suficientemente grande de exámenes físicos pertenecientes a un grupo representativo de la población masculina en las

centrada usualmente en Estados Unidos (y vale aclarar, de corte eugenésico). No obstante, los autores aclaran que las muestras del país tal vez no eran comparables porque las de Estados Unidos muy probablemente pertenecían a un “nivel económico y cultural más elevado que los jornaleros agrícolas de Puerto Rico”³⁴⁸. Aquí, nuevamente, puede verse la insistencia en presentar a los obreros puertorriqueños como más “deprimidos” que sus contrapartes estadounidenses (blancas o negras, poco importaba hasta cierto punto).

Entre las observaciones y mediciones llevadas a cabo por los autores (y los colaboradores³⁴⁹), se encontró que: 1) la mayoría (un 97.9%) de los trabajadores tenían algún defecto, y se deducía que en promedio cada trabajador tenía 4.9 defectos³⁵⁰; y 2) las enfermedades o defectos que más se identificaron fueron las parasitarias (77.5%), gastrointestinales (35.5%), problemas musculares

edades más productivas de la vida”. La única posible excepción a esto fueron los informes respecto a capacidades físicas durante la Primera Guerra Mundial, en donde una cantidad alta de los reclutados fueron rechazados “a causa de su incapacidad física o mental”. Ver Pablo Morales Otero y Manuel A. Pérez, “Estudios sanitarios y económicosociales en Puerto Rico. IV. Defectos de la edad adulta entre los trabajadores agrícolas”, *PRJPHTM XV*, n°4 (1940):314-39, 314-15, 317.

Morales Otero y Pérez, “Estudios sanitarios y económicosociales, IV”, 315, 317.

³⁴⁸ Morales Otero y Pérez, “Estudios sanitarios y económicosociales, IV”, 315. Es pertinente aclarar que los autores no aluden al sesgo eugenésico de los estudios estadounidenses, pero entre los pocos estudios mencionados están los de Charles Davenport (una de las figuras más prominentes de la eugenesia estadounidense en Nueva York) y Albert G. Love sobre los defectos encontrados en los hombres reclutados para la Primera Guerra Mundial. Davenport hizo dos estudios antropométricos durante la Primera Guerra Mundial, uno que era una compilación de los exámenes físicos y otro que comparaba muestras de los reclutas durante (1917-1918) y después (1919) de la guerra. Dichos estudios, como ha señalado David Serlin (entre otros) buscaron establecer datos respecto a diferencias étnicas y raciales para así demostrar cuáles eran los cuerpos más aptos. El estudio buscaba destacar cómo existían ciertos cuerpos más aptos para el liderazgo (a través también del uso selectivo de las pruebas de inteligencia, en este caso las primeras versiones al inglés de la Escala Binet-Simon). Al respecto, el historiador Paul Lombardo recalca como tales estudios fueron parte de la insistencia en demostrar los daños de la mezcla de razas (incluyendo supuestos problemas hereditarios de dentición como ejemplo de anomalías anatómicas inherentes a ciertas razas). Ver David Serlin, “Crippling masculinity. Queerness and Disability in U.S. Military Culture”, *QLQ IX*, n°1-2 (2003): 148-79, 163-64; Elizabeth Stephen & Peter Cryle, “Eugenics and the normal body: the role of visual images and intelligence testing in framing the treatment of people with disabilities in the early twentieth century”, *Continuum XXXI*, n°3 (2017): 365-76, 372-73; Paul A. Lombardo, “Anthropometry, Race and Eugenic Research: “Measurements of Growing Negro Children” at the Tuskegee Institute, 1932-1944”. *The uses of human in experiments: Perspectives from the 17th to the 20th century*, ed. Erika Dyck & Larry Stewart (Boston: Brill Rodopi, 2016), 215-39, 22.

³⁴⁹ En términos de la recopilación de datos, unos 41 médicos examinaron un total de 15,493 sujetos (39.3% medidos en los campamentos y el resto en los dispensarios), y usaron un sistema de fichas. Al parecer el sistema de notas era muy similar al que existía en la Guardia Nacional de los Estados Unidos, e incluso usaron el “Manual para calificación física” de dicha entidad para llevar a cabo sus anotaciones y mediciones. Morales Otero y Pérez, “Estudios sanitarios y económicosociales, IV”, 316-17.

³⁵⁰ Morales Otero y Pérez, “Estudios sanitarios y económicosociales, IV”, 329.

y de articulaciones (30.6%), visión (29.7%) y cardiovasculares (21.8%)³⁵¹. Un aspecto que vale la pena destacar es que, en los análisis de estos galenos, y sus respectivas conclusiones, no encontramos argumentaciones explícitamente eugenésicas, sino una simple presentación de los datos. Los autores evitan trazar inferencias en torno a la relación entre raza, fisiología y enfermedad, lo cual era más común en la bibliografía médica estadounidense que aluden a los inicios del estudio.

En la década de los cuarenta no encontramos más estudios de este tipo, o al menos no con este nivel de detalle (con la excepción de uno más hecho en la Central Lafayette en el 1942, con resultados similares al anterior, ya comentado) que acentuasen lo económico-social o que fuesen hecho como parte de PRRA. Sí encontramos análisis sobre la relación entre lo económico y lo sanitario. Se repetirá que los ingresos y salarios eran muy bajos (menos de 15 dólares semanales), en especial cuando se comparaban con Estados Unidos, y que existía una distribución desigual de capital, pero igualmente se apuntará a la sobrepoblación como el problema que urgía resolverse³⁵². Por ejemplo, en el 1942 el Comisionado de Sanidad, Garrido Morales, en una publicación estadounidense que detallaba los adelantos tecnológicos y de servicios médicos, en particular las

³⁵¹ Los problemas propiamente intestinales y estomacales, como el estreñimiento (2.1%), “trastornos gástricos” (5.4%) y “distensión abdominal (9.2%) apenas llegaban a fluctuar entre un 1 al 10%. Al respecto los autores encontraban sospechosamente bajas las incidencias de estreñimiento y hemorroides (0.6%). Entre las enfermedades infecciosas y parasitarias (un 77.5%) la más alta fue los “parasitismos” (89.1%), seguido por uncinariasis (81.3%) y la triquiuriasis (43%). Entre las enfermedades cardiovasculares tenemos que el valor más alto fue el endurecimiento arterial (10.2% de los casos). Bajo la categoría de problemas de articulaciones y musculares el más frecuente fue el “pie plano” (25.3%). En el caso de defectos de visión un 18.3% tenía visión defectuosa y 16.8% de las enfermedades eran del globo ocular y de los párpados. Ver Morales Otero y Pérez, “Estudios sanitarios y económicosociales, IV”, 321-25, 329, 331-32.

³⁵² Por ejemplo, en la década de los cuarenta encontramos un estudio hecho por el Departamento Insular del Trabajo en donde se encontró que de un total de 300,000 familias, del cual: 1) 46% eran menores de quince años; 2) el típico asalariado debía mantener el doble de personas que su análogo en Estados Unidos; 3) 68% viven en áreas rurales, la casa promedio de 2-3 cuartos para 5-6 personas, 79% tienen techos de hierro galvanizado, 83% paredes de madera, 22.5% tenían un jardín de vegetales, 53% tienen gallinas; 4) la mayoría gana menos de 15 dólares semanales (84.3%), lo cual daba apenas para las necesidades básicas (*bare expenses*). Vale aclarar que este cálculo de “necesidades básicas” era menor que lo expuesto en Estados Unidos, teniendo un promedio de 7.47 dólares semanales, de los cuales 50% se iban en comida (arroz, habichuelas y café). Ver Isa W. Jacobs, “Some economic factors that affect wage earners families in Puerto Rico”, *RSS IV*, n°6 (1943): 4-7, 4-6.

Unidades, describía al País como sobrepoblado, enfermo y limitado en términos de recursos (geográficos, económicos y laborales)³⁵³. Se mencionaba nuevamente cómo los salarios eran bajos (90% ganaba menos de 500 dólares anuales) y el 50% no poseían aún facilidades sanitarias en sus viviendas, contribuyendo al contagio de uncinariasis³⁵⁴. En el 1944, Guillermo Arbona y Morales Otero (uno el Jefe del Departamento de Higiene en la EMT y el otro director de la EMT) proveen un recorrido histórico del programa sanitario, revisando los problemas y límites de desarrollarlo en un país tropical pobre y destacaba la alta natalidad y la sobrepoblación como problemas graves, en particular gracias a la reducción de la mortalidad³⁵⁵. Se alude a la “imposibilidad económica” de que las personas puedan higienizar adecuadamente su ambiente, lo cual explicaba la persistencia de ciertas enfermedades (como las gastrointestinales, la uncinariasis y la tuberculosis)³⁵⁶. La imagen presentada por los galenos es la de un país pobre que no podía sostenerse y necesitaba industrializarse y bajar la natalidad. Igualmente, es preciso no perder de perspectiva esa imagen problemática y problematizada por algunos médicos: Puerto Rico es un país pobre pero fecundo, y que además había logrado reducir la mortalidad. Era, en muchos sentidos, una pesadilla darwinista social y neomaltusiana³⁵⁷.

Esto quedará más claro cuando discutamos algunos de los estudios de sobrepoblación y contracepción que entremezclaban neomaltusianismo, higiene y economía, trazando a su vez

³⁵³ Según Garrido Morales: “In Puerto Rico a low standard of living, with illness and widespread suffering, results from the geographical limitations, with extremely high population density, limited natural resources, lack of major industries, a large amount of unemployment and low wages. Such conditions are aggravated by the presence of a number of endemic diseases, notably malaria and hookworm (...)”. Ver Garrido Morales, “Developing”, 60.

³⁵⁴ Garrido Morales, “Developing”, 61.

³⁵⁵ Según los autores: “Public Health work, by lowering the death rate will continue to make our economic problems worse unless it is accompanied by some reversal in either the trend of births or in the economic potential of the island”. Ver Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1058.

³⁵⁶ Según los autores: “still the problem is that the economic impossibility of the residents of tropical countries in general to sanitize their environment adequately”. Ver Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1061.

³⁵⁷ No es casualidad que Arbona sea uno de los escritores de ese artículo, quien, como ya mencionamos, formó parte de las primeras iniciativas de control de natalidad en las Unidades (las cuales, según su estimación, no eran aún un esfuerzo estatal sino más bien privado).

conclusiones aparentemente científicas y profundamente cuestionables (cuando no especulativas). Pero, para entender esto mejor, es preciso que veamos los estudios sobre mortalidad infantil y como patologizaban, entre otras cosas, la mencionada pobreza fecunda y buscaba conformar un cierto saber biológico de los problemas económicos. Entiéndase con ello que los problemas económicos eran producto de un mal manejo/gobierno de la reproducción biológica.

6. Mortalidad infantil

La preocupación por las condiciones vitales por la reproducción de la progeie se acentuó en los discursos políticos y médicos durante la década de los treinta en Puerto Rico. Por lo general, hubo un discurso sanitario que asociaba la Modernidad con tasas bajas de mortalidad, en particular la infantil, y control de la natalidad. Este discurso apeló a aquellos países que deseaban ser identificados como “modernos”³⁵⁸. Para finales de la década de los treinta e inicios de los cuarenta, se consideraba que la mortalidad infantil continuaba siendo 50% mayor que en Estados Unidos³⁵⁹, dato que, según Belaval, reflejaba en Puerto Rico “los azares de la vida antihigiénica”³⁶⁰. Para inicios de la década de los cuarenta se intensifica la atención a la maternidad y el cuidado de los niños, aumentando las intervenciones en las Unidades en lo que concernía higiene infantil y maternal, incluyendo el entrenamiento de comadronas, la atención dada a madres en las Unidades y las compensaciones médico-sociales (vía trabajadores sociales)³⁶¹..

³⁵⁸ Un ejemplo de particular de ello Chile, con su alta tasa de mortalidad infantil, la cual se asociaba a enfermedades vinculadas con las condiciones de pobreza. En Chile podemos encontrar también este discurso durante la década de los treinta, asociado con ese imperativo de “modernizar” para “optimizar”, usualmente con connotaciones neomaltusianas y eugenésicas. Ver Claudio Llano Reyes y María Fernanda Lanfranco, “La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico-política”, *Anuario de Estudios Americanos* LXXIV, n°2 (2017): 675-703, 678.

³⁵⁹ Por ejemplo, en los años 1933, 1936, 1937 y 1940 la razón de muertes por cada 1,000 nacimientos en Puerto Rico de niños menores de 1 año fue respectivamente de 139.4, 127.3, 138.4 y 113.4 (menos de la mitad de estas muertes se daban antes del primer mes, y la mayoría en el transcurso de los meses 1 al 11) mientras que, en Estado Unidos, en esos mismos años tenemos cifras de 58.1, 57.1, 54.4 y 47.0. Ver Myron E. Wegman, R. Fernández Marchante y Morton Kramer, “Infant Mortality and Infant Feeding in Puerto Rico”, *PRJHTM* XVII, n°3 (1942): 228-45, 228. Originalmente fue una conferencia presentada a la *Puerto Rico Health Association* el 23 de septiembre del 1941.

³⁶⁰ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 74.

³⁶¹ Tugwell, *42nd Annual*, 31-32.

En Puerto Rico encontramos argumentos y alusiones neomaltusianas y eugenistas en médicos preocupados por el tema de la mortalidad infantil y la sobrepoblación. En términos de investigación y participación, sobresalen durante este periodo los médicos y obstetras Leopoldo Figueroa y José Belaval, quienes a su vez promulgaban ideas eugenésicas y neomaltusianas. En lo que corresponden los servicios sanitarios, las llamadas “Estaciones de Leche” son mencionadas como unas de las razones para la disminución de mortalidad infantil durante la década de los treinta, en parte porque también servían para educar a las “madres ignorantes” en principios básicos de higiene³⁶². Pese a esto, hubo dificultades con mantener operando dichas estaciones³⁶³. Resulta difícil saber cuán eficaces fueron estos programas en los dispensarios, ante las leves mermas de mortalidad en desórdenes gastroenterológicos, aunque parece plausible pensar que estos contribuyeron a reducir la desnutrición durante la década de los cuarenta³⁶⁴ (aunque, se tuviese que añadir también, la paulatina electrificación de las áreas rurales y urbanas, y una refrigeración más accesible para mediados del siglo XX)³⁶⁵. Varios estudios apuntaban a que varios factores habían ayudado a la reducción de la mortalidad infantil, además de los programas

³⁶² Este dato se justificaba apuntando a cómo la mortalidad de los niños atendidos en dichas estaciones y Unidades era 57% más bajo que la mortalidad infantil a nivel general en la Isla. En el Informe del Gobernador del 1937 se menciona nuevamente la importancia de las Estaciones de Leche. Se decía que no bastaba que se distribuyese dicho alimento y parte de la utilidad de esas estaciones era para entrenar y educar a madres “indigentes” en torno a cómo alimentar a sus hijos y hacer uso de los principios básicos de higiene. Ver Roosevelt, *31st Annual*, 66; Winship, *37th Annual*, 42-43

³⁶³ Sin embargo, del 1936-37 cesaron los fondos de PRERA para sostener las 159 estaciones (64 de ellas en áreas rurales), y si bien se buscó adquirir fondos a través de una ley para obtener ingresos de carreras de caballos, solo hubo suficiente dinero para sostener a 77 estaciones (distribuida a 3,278 bebés y 951 madres). El número redujo (a 66) en el próximo año, y aumentó para el 1941 a 84. Vale notar que los problemas de nutrición y estomacales (diarreas y enteritis) continuaban siendo el problema principal de salud durante este periodo. Ver Winship, *37th Annual*, 43; Winship, *38th Annual*, 34; Tugwell, *42nd Annual*, 29.

³⁶⁴ No pocos señalaban, como ya lo habían hecho Fernós Isern y Rodríguez Pastor a finales de la década de los veinte, que los problemas de diarreas y enteritis podían disminuir mejorando la alimentación y con los programas de los dispensarios de leche para las clases pobres, y así compensar la “escasa e impropia alimentación”. Aún para el 1947 Pons va a señalar que muchos padres iban a los dispensarios para buscar alimentos más que medicamentos. Ver Costa Mandry, “Editorial: La diarrea”, 208-09; Pons, “Discurso”, 251.

³⁶⁵ Arbona menciona esta posibilidad: “Aún me pregunto hasta qué punto fue la electrificación rural y urbana, que facilitó la refrigeración de los alimentos de los bebés, uno de los factores más importantes en la reducción de la mortalidad infantil”. Ver Arbona, *Memorias*, 15.

de leche, como había sido la asistencia de las comadronas auxiliares³⁶⁶, atención a neonatos en las Unidades³⁶⁷, ciertos tratamientos antibióticos y la lactancia natural. Aunque, por lo general, el uso de lactancia artificial fue fomentado por los médicos, considerándose un método más sencillo para compensar por los problemas nutricionales en las madres, también vemos que hubo estudios que buscaron incentivar la lactancia natural como el método más simple y seguro (para evitar desórdenes gastroentéricos)³⁶⁸.

Para la década de los cuarenta existían terapias biomédicas para las diarreas infantiles, pero la eficacia de estos medicamentos podía estar afectada por las condiciones de pobreza de los niños³⁶⁹. Esto reflejaba nuevamente la necesidad de mejorar la alimentación y hacer más accesibles los servicios médicos y promover que los médicos y enfermeras estudiaran y orientaran a sus pacientes

³⁶⁶ José S. Belaval, “Declinación de la mortalidad puerperal en Puerto Rico de 1933-1943”, *PRJHTM* XX, n°4 (1945): 524-28

³⁶⁷ Ver Wegman, Fernández Marchante y Kramer, “Infant Mortality”, 230-31.

³⁶⁸ Por ejemplo, un estudio publicado en el 1941 que comparaba los efectos de lactancia natural (que tomó en cuenta una muestra muy limitada) en oposición a los niños lactados artificialmente (o en combinación con natural y artificial) encontró que: 1) en la muestra en donde más niños fueron lactados de forma natural y durante más tiempo, que era en la zona rural (en Ciales fue la más alta mientras, con un 90% para niños por debajo de 2 años, que en Río Piedras, que fue la cifra más pequeña con 80.6%), la cifra de mortalidad infantil era menor y esto reforzaba los datos que apuntaban a que la mayor proporción de muertes por desórdenes gastrointestinales se daba en los niños alimentados artificialmente; 2) aunque los métodos de lactancia artificial eran cada vez más seguros, la mejor opción era fomentar lactancia natural —“*A plea is made for more encouragement of breast feeding*”— y para ello se requiere que la madre esté mejor alimentada (y al parecer, las madres en la zona rural se alimentaban algo mejor que en la zona urbana); 3) aunque dicho estudio apuntaba a discrepancias en la muestra (la muestra más pequeña era la de Ciales en oposición a Río Piedras) se destacaba la necesidad de no solo fomentar la lactancia natural sino estudiar y buscar los modos para estudiar y fomentar, entre los médicos y enfermeras, los requisitos necesarios para una buena dieta, condición física y hábitos de alimentación materno-infantil. Ver Wegman, Fernández Marchante y Kramer, “Infant Mortality”, 231, 236-45.

³⁶⁹ Entre los estudios que hubo para el tratamiento de las diarreas infantiles, tenemos en el 1944 un análisis sobre de una “quimioterapia”, que en realidad era una terapia de antibióticos (en este caso el uso de sulfaguanidina), para tratar la disentería bacilar. Dicho estudio demostraba la eficacia de dicho tratamiento en una muestra de niños menores de tres años (con síntomas de fiebre y deposiciones sanguinolentas), confirmando los hallazgos de un estudio del 1942 (de Suárez y Hernández Morales) en Puerto Rico, pero en menor medida lo encontrado en Estados Unidos. Las diferencias en eficacia entre Puerto Rico y Estados Unidos podían deberse, en parte, al estado de pobreza en los niños puertorriqueños y la mayor cantidad niños tratados con síntomas mayor de 4 días. Por lo general, los niños que recibieron el tratamiento, independientemente de la duración de sus síntomas antes de ser hospitalizados, mostraron mejorías en unos pocos días mientras que los que no recibieron tratamientos (en oposición a los que no lo recibieron, los “casos testigos” que duraron dos o más semanas); dato que también aplicaba a aquellos niños que recibieran algún otro tratamiento. Ver Myron E. Wegman, Alberto Díaz Atilés, Juan Basora Defilló, Elise G. Schlosser, “La sulfaguanidina en la disentería en niños”, *PRJPHTM* XX, n°4 (1945): 482-91, 482-83, 488-90.

sobre los mejores hábitos nutricionales. En otras palabras, si bien la “quimioterapia” (en aquel entonces este término se refería a la terapia con antibióticos) podía ser útil, lo fundamental era mejorar la alimentación e higiene de los niños y familias en el país³⁷⁰. Vale notar cómo aquí, similar a lo encontrado en las campañas de anemia y malaria, los tratamientos biomédicos eran útiles pero insuficientes sino iban acompañados de transformaciones sociales/ambientales, como era el acceso a una mejor alimentación.

Los datos más detallados de mortalidad infantil los encontramos en los trabajos de Belaval y Figueroa. Durante la década de los treinta, Leopoldo Figueroa publicará varios informes en el BAMPR sobre la mortalidad infantil, enfocándose particularmente en el Hospital de Maternidad de San Juan (del cual él era director), y en donde podemos encontrar no solo datos estadísticos y un resumen de los procedimientos llevados a cabo sino también una lista de reclamos en torno a los déficits que tenía la infraestructura de los servicios médicos, y los problemas políticos que supuestamente obstaculizaban el descenso de la mortalidad infantil. Figueroa no fue solo médico sino abogado y miembro de la Cámara de Representantes, logrando validar las ya mencionadas leyes eugenésicas y neomaltusianas de la segunda mitad de la década de los treinta. Estas preocupaciones por regular la natalidad, como una preocupación económica y médica, pueden verse en uno de sus textos más destacados a finales de la década de los veinte.

El estudio de Figueroa fue premiado e impreso en el BAMPR a inicios de la década de los treinta³⁷¹. Este texto y análisis fue premiado (mejor trabajo monográfico) por parte de la AMPR.

³⁷⁰ Wegman, Díaz, Basora Defilló y Scholer, “La sulfaguanidina”, 491.

³⁷¹ El aludido estudio, que trataba sobre la mortalidad infantil, fue presentado en una conferencia del 1928, y posteriormente es publicado y editado en el BAMPR 1931. La razón de su publicación fue porque había ganado el premio de mejor monografía y esto fue lo que llevó a su publicación en el 1931 (porque tardó tres años la publicación es lo que no queda del todo claro, cuando se considera que otros textos, como informes mensuales o conferencias hechas en el mismo año, eran publicadas con mayor prontitud). Leopoldo Figueroa, “Mortalidad infantil en Puerto Rico. Manera de prevenirla”. *BAMPR* XXII, n° 187 (1931): 134-78; Norman Maldonado, “El Dr. Leopoldo Figueroa Carreras (1886-1970): Médico, abogado y político”, *Galenus* LIV, n°8 (2015): 72-73, 72.

En esencia, sus argumentos no se alejan de lo expuesto anteriormente por otros autores, como Fernós Isern y Francisco del Valle Atilés. Sí mostraba esa tendencia que conceptualizaba “lo social” como equivalente con el “medio”, y este era reducido al listado ya conocido de carencias, no solo materiales sino morales, propuestas desde finales del siglo XIX: inmoralidad sexual, pobreza e ignorancia³⁷². Más específicamente, entre los “males” sociológicos estaba el pauperismo, la ignorancia, la mala condición del trabajo (particularmente en los talleres³⁷³), el hacinamiento, la adulteración de la leche, niños ilegítimos abandonados por sus padres, impurezas del agua y falta de “legislación protectora de las gestoras” (no especifica)³⁷⁴. Figueroa reconocía la relevancia de los aspectos sociológicos³⁷⁵ (incluyendo la falta de medios económicos), pero el acento en la pobreza del medio iba de la mano con demostrar cómo tales carencias llevaban a la inmoralidad y esto a condiciones nosológicas³⁷⁶. Los problemas nosológicos podían remediarse vía la puericultura porque esta regulaba el ambiente y suponía corregir la inmoralidad e ignorancia de los pobres (ese “enemigo de la infancia”)³⁷⁷.

Nuevamente, estos argumentos no son novedosos para la época, pero sí hay algo que destacar a este texto: este es uno de los pocos, después de la muerte de Valle Atilés, que no solo alude explícitamente a la eugenesia, sino que busca evidenciar su práctica y eficacia. Es preciso fijarnos que este estudio se publica en el 1931, pero es de finales de la década de los veinte (1928) y apunta

³⁷² Y como no eran de faltar las alegorías bíblicas, Figueroa proponía que la “triada herodiana”, compuesta de los “males sociales” eran: “pauperismo”, “ignorancia” y “mala condición de trabajo”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 148.

³⁷³ Se repetía algo que ya era hartamente conocido: que los talleres “no era saludables”, lo cual junto al salario bajo y el desempleo empeoraba el panorama. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 150-51.

³⁷⁴ Figueroa, “Mortalidad infantil”, 147.

³⁷⁵ Figueroa, “Mortalidad infantil”, 134, 141.

³⁷⁶ Por ejemplo, bajo la designación de “pauperismo”, Figueroa apuntaba a los “vicios” ya conocidos, entre ellos la “promiscuidad antihigiénica” (y para ello toma como ejemplo “la barriada Puerta Tierra”). Según el galeno la “falta de medios económicos condenará a la pobre madre o al infeliz padre a no dar a su infante la alimentación adecuada”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 134

³⁷⁷ En ese sentido no es de sorprender que la ignorancia era presentada nuevamente como un “enemigo de la infancia” y por eso era importante “instruir” a las madres para que se “dotasen” de una “buena constitución orgánica” y “apropiada” para una “tara vital”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 149.

a prácticas eugenésicas legales en un hospital municipal (en San Juan, que no era tampoco cualquier sitio dentro de la mentalidad de los intelectuales y letrados de la época). Para el 1928 Figueroa no había logrado aún legalizar, a través de su rol como Representante de la Cámara, la práctica de ofrecer consejos contraceptivos (lo cual se logró en el 1937). Sin embargo, esta monografía, que en realidad era un informe del Hospital de Maternidad (de San Juan), alude al empleo de prácticas eugenésicas, a las cuales continuará aludiendo e informando a través de la década de los treinta, de forma más o menos explícita. Las prácticas eugenésicas aquí no deben confundirse con los servicios de esterilización quirúrgica (que son una modalidad, pero no la única, dentro de los quehaceres eugenésico). Las practicas eugenésicas eran presentadas como medidas higiénicas preventivas; aspecto que demuestra lo que ya señalamos en el capítulo anterior, la relación íntima entre el discurso preventivo e higienista y el eugenésico (al punto de ser alusivos, hasta cierto punto, uno del otro).

Como parte de los servicios de las Clínicas de Maternidad en el Hospital de Maternidad, Figueroa (el director de dicha institución) informaba que se ofrecían servicios prenatales que eran considerados como medidas “eugenésicas preventivas” para evitar toxemias, eclampsias y otras complicaciones³⁷⁸. Figueroa no detalla cuáles son los cuidados prácticos (no obstante, enfatiza que la intervención, hecha a 3,000 casos, no fue solo educativa/teórica³⁷⁹), pero pareciera que se trataba de servicios obstétricos y ginecológicos para evitar las mencionadas complicaciones³⁸⁰. Las medidas de protección/preservación de la madre, incluyendo en el espacio laboral, eran aquí

³⁷⁸ Figueroa, “Mortalidad infantil”, 156.

³⁷⁹ En los dispensarios también se hacían, entre otras cosas “consejos de puericultura” y en un año, por ejemplo, se atendieron “3,000 casos en los que hemos dirigido no teórica sino prácticamente los cuidados preventivos preconcepción o eugenésicos”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 157.

³⁸⁰ Figueroa interpretaba que la eugenesia (y nótese que no dice la puericultura) dictaba “los cuidados que deben ser tomado por la madre durante el embarazo” para así evitar los abortos o partos prematuros e inclusive consideraba que por esa razón se debía hacer una legislación protegiese a las mujeres gestantes, en particular las que trabajaban en talleres y factorías. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 154.

conceptualizadas como medidas preventivas-eugenésicas³⁸¹. Inclusive, Figueroa consideraba a los consejos y tratamientos dados en la etapa de “pre-concepción” como eugenésicos, e hasta asume a ambos conceptos y categorías como sinonímicos en su texto—la “Pre-concepción (eugenesis)”³⁸². En otras palabras, las intervenciones eugenésicas eran intervenciones de pre-concepción (y viceversa), y tales eran “medios preventivos” que trazaban las condiciones de los progenitores para evitar “taras” de baja vitalidad y complicaciones debido a ignorar las reglas de la higiene (o “higiológicas”) o “transgredirlas” con problemas “biosociales³⁸³” (como la sífilis y el alcoholismo) que llevaban a una “herencia desgraciada”, “atavismos” o “degeneración”³⁸⁴.

Vale notar como Figueroa utiliza, sin tener que ofrecer mayor justificación, el concepto de eugenesia como equitativo con proveer servicios de pre-concepción y de cuidados prenatales, los cuales incluían corregir ciertos hábitos y evitar ciertos “cruzamientos” biosociales que llevasen a taras degeneradas (y vale recordar que desde inicios de la década de los treinta estaba el certificado prenupcial médico). Dichas estrategias de profilaxis no podían ser explícitamente consejos

³⁸¹ Esta perspectiva la podemos ver en otros países, y desde otros registros muy distintos como eran los anarquistas españoles. Claro, en los anarquistas españoles (como también lo fue en Puerto Rico) era evidente que se debían aumentar los sueldos en las factorías obreras, pero también se destacaba la necesidad de medidas ambientales para sanar la “biología obrera” y evitar “gentes enfermizas” engendradas por las condiciones de pobreza, en particular en los espacios laborales. Molero Mesa e Jiménez Lucena, “Otra manera de ver las cosas”, 150-153.

³⁸² Figueroa, “Mortalidad infantil”, 155.

³⁸³ En el mismo texto Figueroa considera la sífilis y el alcoholismo como problemas “biopsicosociales”. Figueroa utiliza el concepto “biopsicosocial” para designar problemas en donde lo inmoral (o los vicios), que en este contexto era utilizado como equivalente a “lo social” y “lo psicológico”, llevaba a la enfermedad biológica (como eran los casos del alcoholismo y la sífilis). Llama la atención como el concepto de “biopsicosocial” es usado de forma intercambiable con “biosocial”. Aquí pudiese notarse un sesgo eugenésico, en donde lo biosocial se convirtió en otros de los nombres para referirse a teorías y prácticas eugenésicas (en particular después de la Segunda Guerra Mundial). Inclusive, vale recordar que las teorías de sociobiología en la década de los setenta, como la de Edward O. Wilson (en la década de los sesenta del siglo XX), si bien buscaban distanciarse de la eugenesia negativa, compartían ciertas premisas similares. Esto no quiere decir que todas las posturas que entremezclaran sociología y biología eran eugenésicas, sino que no es raro ver este tipo de argumentación en eugenistas. Ver Daniel J. Kevles, *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity* (Alfred A. Knopf: New York, 1985), 210-211, 272-75, Maurizio Meloni, Simon Williams y Paul Martin, “The biosocial: sociological themes and issues”, *The Sociological Review Monographs* LXIV, n°1 (2016), 7-25, 8

³⁸⁴ Según Figueroa la eugenesia estudiaba “las condiciones de los progenitores y les traza las reglas higiológicas de modo que el fruto de la concepción no sea una tara vital baja. Prescribe además las condiciones de higiene de la madre de manera que el feto no sufra la repercusión de las transgresiones que de ésta haga la madre (...)”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 155.

anticonceptivos (porque era aún ilegal), pero podemos inferir que sí podían ser consejos que evitasen ciertos “cruzamientos”, además de servicios obstétricos y ginecológicos generales. El texto de Figueroa permite ver, aunque sea de forma indirecta, cómo el concepto de eugenesia estaba lo suficientemente normalizado entre la clase médica para ser concebido como sinónimo con servicios de pre-concepción y compatibles con la puericultura (como lo fue también en otros países con ideologías eugenésicas).

Durante la década de los treinta, Figueroa va a destacar el problema de la “densidad” poblacional y la alta incidencia de abortos criminales, y para ello el galeno recomendará, entre otras cosas (vinculadas a mejorar los servicios e infraestructura hospitalaria³⁸⁵), medidas anticonceptivas, educativas y dirigidas a remediar los “males sociales”. En el 1931 el galeno retoma y repite muchos de los argumentos de su artículo anterior³⁸⁶ y resalta el problema del aumento poblacional incesante y su posible relación con la presencia de enfermedades infecciosas (en particular las diarreas y enteritis)³⁸⁷. Cómo fue propio de la época, esta estrategia de emplear las estadísticas, cada vez con mayor ahínco y precisión, buscaba develar los patrones que supuestamente se ignoraban y no eran aparentes. Entre ellos vemos como se acentúan selectivamente ciertas instancias, vueltas ahora en variables medibles, y si por un lado se acentuaba que los pobres padecían más enfermedades que los no pobres, también se apuntaba a la raza como otro factor pertinente. Por ejemplo, en este texto Figueroa señala que la mortalidad infantil era mayor en los menores de un año “de color” y también eran más los hijos ilegítimos en los de

³⁸⁵ Sus demás recomendaciones se referían a reducir las infecciones puerperales, solucionar el pauperismo vía la educación y, entre otras cosas, seguir las reglas de higiene, además de mejorar los servicios médicos con la presencia de especialistas (en especial tocólogos) y hospitales especializados (que requerían cuidados particulares distintos a un hospital general). Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 155-56, 159.

³⁸⁶ Estos argumentos fueron presentados y actualizados en el Tercer Congreso de la Asociación Médica Panamericana en México (publicado en el 1932 en las Memorias de dicho Congreso, y publicado en Puerto Rico en el BAMPR en el 1934). Ver Figueroa, “El grave problema”, 133.

³⁸⁷ Figueroa, “El grave problema”, 139, 146; un argumento similar lo encontramos también en Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 297.

“color”³⁸⁸.

Cuando observamos los Informes anuales del Hospital de Maternidad encontramos algunas problematizaciones ambiguas, entre los cuales se destacaba un uso errático de la categoría “raza” como un factor para llevar a cabo datos estadísticos y la problematización en torno a los abortos criminales. Encontramos que la organización de datos en torno a la categoría “raza” son inconsistentes (aparecen unos años y en otros no, y no para todas las actividades), no obstante, apuntan a un dato sugestivo: casi un 50% (y en ocasiones más de la mitad) de los partos atendidos eran de “color” (aunque se hacía la aclaración que solo una cantidad pequeña eran “negros”). De forma errática apuntaban también a que la mortalidad (en términos de los natimuertos) y la ilegitimidad era mayor en los de “color”³⁸⁹. Figueroa denunciaba el aumento de abortos ilegales y argüía que su causa se asociaba a los encuentros ilegítimos y promiscuos³⁹⁰. Figueroa trataba de demostrar como el aumento de abortos que iba de la mano con el aumento de natalidad (al menos

³⁸⁸ La tasa de mortalidad infantil de los niños de “color” era de 149 por mil nacimientos (la de los blancos era 128 por mil nacimientos). Los hijos ilegítimos eran mayores en los de “color” que los legítimos (228 por 1,000 en oposición a 107 por 1,000). Ver Figueroa, “El grave problema”, 142.

³⁸⁹ Llama la atención que el informe del 1934-35 (pero no antes) incluye datos respecto a raza, aclarando que, del total de 2,380 partos, hubo 1,245 blancos y 1,135 de “color”, de los cuales 262 eran “negros”. Respecto a la mortalidad de los natimuertos señalaba que, de 174, 67 fueron “blancos”, 86 “trigueños” y 21 “negro”. Curiosamente, murieron más legítimos que ilegítimos (aunque no por mucho), pero en dicha división no destacan raza (después de todo, era de suponer que eran mayores las muertes entre los ilegítimos y los negros, un dúo que tendía a utilizarse para explicar el “mal social” de la ilegitimidad entre los “de color”. En el próximo año (1935-36) también se ofrecen divisiones raciales para apuntar a los nacimientos ilegítimos (de un total de 1,048 había 1,037 blancos, 1,058 trigueños y 114 negros) y las asistencias a partos hechos a domicilio (29 negros, 84 trigueños y 132 blancos). Durante ese periodo, no ofrece distinciones sobre los natimuertos. Para el informe del 1936 al 1937 no se ofrecen datos a partir de raza, pero sí del 1937-38. Se señalaba que de un total de 2,331 nacimientos 1,084 fueron blancos, 1006 trigueños y 241 fueron negros (280). Aquí llama la atención que no se usa el termino genérico (y equivoco) de “color”. Tal vez sea casualidad, pero llama mucho la atención, y es muy sugestivo que, si hubiese utilizado la categoría de “color” para juntar los datos de los identificados como trigueños y negros, dicha suma era mayor a la de los blancos. Ver Leopoldo Figueroa, “Informe anual del Hospital de Maternidad de San Juan”, *BAMPR* XXX, n°7 (1938): 255-84, 269, 272, 280.

³⁹⁰ En el 1934 Figueroa apuntaba no solo a un aumento de partos, sino también al aumento de abortos “de origen externo” y “amenazas de aborto”, términos que aludían a abortos que, según el galeno, podían ser evitables porque eran en su mayoría “provocados” y apuntaban a un “imperdonable crimen”. La identificación de dichos abortos “evitables”, y con ello entiéndase voluntariosos, requería de un ojo clínico que fuese capaz de descifrar y hacer visible los rastros/signos de este crimen. El galeno apuntaba como posible causa a los encuentros “ilegítimos” y/o promiscuos, los cuales llevaban a la vergonzosa acción de abortar para así encubrir dicha relación— “la tendencia errónea de ocultar deslices de amoríos que han culminado en ayuntamiento sexual”. Ver Leopoldo de Figueroa, “Informe actual del hospital de maternidad de San Juan”, *BAMPR* XXVI, n°9 (1934): 321-26, 322-23; y se repiten estos argumentos en Figueroa, “Informe anual” (1938), 255, 258;

hasta el 1937-38 cuando hubo una leve baja en los abortos)³⁹¹.

En un tono similar a Valles Atilés y Lanauze, Figueroa encontraba que el aborto era una alternativa criminal y “no natural” (en contra de la “psicología del pueblo”³⁹²), al menos cuando no era médica (una vez hecha en un hospital o por un médico, se trataba de un aborto terapéutico o una terminación de un aborto inacabado en la casa). Figueroa insistía en la necesidad de que se autorizase la divulgación del neomaltusianismo debido a que tal no mataba sino evitaba, en particular cuando podía ser un “engendro morbosos” o una “carga”, y en este sentido, un futuro loco o criminal³⁹³. Nuevamente, las alusiones de “engendros” monstruosos o enfermizos, que se correlacionan con el pauperismo y la pobreza, y estos con la criminalidad, no hace otra cosa que reproducir, pero desde el registro del neomaltusianismo, las imágenes ya evocadas por Valle Atilés décadas antes (y muy cónsonas con eugenistas en otros países) cuando proponía la eugenésica como solución.

El vínculo entre eugenesia y neomaltusianismo no es tampoco accidental ni fortuito, y coincide con los usos que hizo el galeno de la categoría de eugenesia en sus informes como orientaciones para encaminar una “prole saludable”³⁹⁴ (además de que al parecer sí tenía admiración por

³⁹¹ Aquí curiosamente no se apuntaban a datos organizados según raza, pero sí según estatus marital (etiquetadas como “mujeres casadas” o “solteras”). El galeno interpretaba aquí una “correlación” (aunque no ofrecía análisis estadístico alguno para ello) entre abortos y densidad población o “superpoblación” que, junto a la “depresión mundial”, explicaban los aumentos de abortos provocados/criminales. Ver Figueroa, “Informe”, 321-22; Figueroa, “Informe anual” (1938), 255, 258, 268, 271, 277-78;

³⁹² Figueroa declaraba que el aborto era una “solución que repugna nuestra psicología del pueblo de vida sedentaria”. La alusión a lo sedentario no es accidental dado que la propuesta médica del control de natalidad era propuesta como más natural, pacífica, educativa, voluntaria y menos invasiva. Además, la propuesta médica formaba parte del “plan de rehabilitación económica”. Ver Figueroa, “Informe”, 323

³⁹³ Vale la pena reproducir lo que propone el galeno, en sus palabras, cuando proponía como remedio: “la divulgación de la práctica neomaltusiana, ya que éstas no tienden a matar, sino a evitar el fruto amoroso de la concepción, cuando la vida de éste puede ser un engendro morbosos y una insoportable carga familiar con la negra perspectiva de ser en el porvenir carne de lupanar, con su secuela de obligado huésped de un Hospital o de una celda de presidio”. Ver Figueroa, “Informe”, 323; Figueroa, “Informe anual” (1938), 258.

³⁹⁴ En dichos informes se resumían también los servicios rendidos en los dispensarios —instalados en “los bajos del Hospital” — entre los cuales estaba no solo exámenes de gestantes sino el ofrecer: “consejos de eugenesia y puericultura en el ideológico concepto de orientar a las madres en el camino de tener una prole saludable físicamente, en vez de un fruto de concepción, que por sus condiciones de debilidad congénita y de miseria fisiológica al

eugenistas latinoamericanos³⁹⁵). Las cifras al respecto son vagas, dado que no queda claro qué exactamente fue hecho o porque tales servicios eugenésicos fueron en ocasiones designadas simplemente como “consejos”; no obstante, las cantidades no eran insignificantes (miles de consultas anuales solo en ese dispensario)³⁹⁶. Lo interesante es cómo estos consejos eran definidos como “ideológicos” en el sentido de ser “educativos”, entiéndase que buscaban “orientar” y encaminar a las madres por un camino recto, pero no eran anticonceptivos. En otras palabras, no podían ofrecer información sobre técnicas anticonceptivas, pero sí podían orientar para que no se concibiese de forma disgénica.

El juego de tecnicismos es muy astuto, porque en estos casos no queda claro si eran mujeres que buscaban consultas pre-conceptivas (antes de decidir quedar preñadas) o si eran mujeres gestantes que eran educadas/orientadas. Hemos de sospechar que dichos consejos fueron y operaron, a nivel discursivo y práctico, cómo consejos anti-conceptivos, en tanto en cuanto eran eugenésicos, aún si no empleaban la terminología anticonceptiva o explícitamente neomaltusiana (al menos no antes del 1938). A tono con los reclamos que hemos vistos en otras campañas y programas (como el de tuberculosis), los informes de Figueroa sobre el Hospital de Maternidad repetían casi constantemente las mismas reclamaciones, denuncias y recomendaciones, no pocas

nacimiento, constituyan una carga social para el Estado y un fruto de dolor y de tristeza en el hogar”. Esta cita aparece en el informe, que era dirigido al Comisionado de Beneficencia del Gobierno, del año 1933-34. En otro informe, que recorre desde el 1931 hasta el 1938, vemos que se repite esta información de los consejos de eugenesia. Ver Figueroa, “Informe actual”, 321; Figueroa, “Informe anual” (1938), 262, 72.

³⁹⁵ Llama la atención que Figueroa hace una dedicatoria a la labor del obstetra mexicano Antonio Sordo Noriega, un eugenista (y que defendió la necesidad de un certificado prenupcial). En dicha dedicatoria no se menciona la afiliación eugenista del médico, y se centra más en los logros del médico como obstetra y director de hospitales de maternidad (como también lo fue Figueroa), como reflejo de ese “santo amor a la ciencia de la maternidad”. Ver Leopoldo Figueroa, “Maestros de la América Latina”, *BAMPR XXXIX*, n°2 (1947): 81-84 82; Marta Saade Granados, “¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931-1940)”, *Cuicuilco XI*, n°31 (2004): 1-36, 32.

³⁹⁶ Por ejemplo, en el 1936-37, al referirse a la labor de los dispensarios, el galeno declaraba que hubo 4,133 casos que pasaron por “indicaciones eugenésicas” (lo cual no incluía las consultas de puericultura). Por ejemplo, del 1933-34 se informa que hubo 3,104 “consultas”, y si bien no utiliza la categoría eugenesia, es muy probable que cuando se refieren a “consultas”, sin indicar que sean de puericultura y como algo aparte de las debas pruebas fisiológicas hechas a las gestantes, dichas eran consultas eugenésicas. Ver Figueroa, “Informe anual”, 275;

veces en un tono de frustración³⁹⁷. Sí llama la atención que en el 1938 se añadió la necesidad de proveerle al Hospital el equipo necesario para llevar a cabo esterilizaciones (recordando que ya en el 1937 se legitimó, a través la Junta Insular de Eugenesia, el llevar a cabo esterilizaciones)³⁹⁸. Desconocemos cuándo se proveyó dicho material, al menos al susodicho hospital municipal, pero sí sabemos, como veremos en la próxima sección, que ya en tal periodo se estaban llevando campañas anticonceptivas y se favorecía, en pro de reducir la sobrepoblación, la esterilización “voluntaria”. Para entender esto, hay que remitir también a otros debates, entre médicos, en torno a la moralidad del neomaltusianismo y la esterilización.

7. La sobrepoblación

Durante este periodo el concepto de “sobrepoblación” va a ser más visible en los discursos higienistas que el de “eugenesia”. Una razón para ello es que el neomaltusianismo complementaba bien la ideología eugenista, tanto la positiva/preventiva como la negativa, y el caso de Puerto Rico muestra cómo confluyeron prácticas y estrategias de eugenesia negativa (la esterilización voluntaria y compulsoria) y positiva (certificado prenupcial e intervenciones educativas) y las del neomaltusianismo (en particular, medidas y tecnologías anticonceptivas). Durante la década de los treinta, en particular antes de las mencionadas leyes de carácter eugenésico y neomaltusiano del 1937, encontramos una mayor recepción y visibilidad de las teorías y prácticas neomaltusianas dentro y a través de la clase médica del país.

Un ejemplo de ellos es la traducción, en el 1935, por Ramón Lavandero para el BAMPR, y para el “provecho de nuestras clases intelectuales”, de un artículo del abogado Anthony M. Turano

³⁹⁷ Entre los reclamos estaba la necesidad de un departamento o sala de aislamiento para los “casos infestados” (reclamo que era similar también en el Manicomio) y, entre otras cosas, cambiar los pisos de madera en el Hospital y poner el hospital a prueba de mosquitos. Ya desde el Informe del 1931-32 se repiten muchas de estas exigencias hasta los informes del 1937. Ver Figueroa, “Informe”, 326; Figueroa, “Informe anual”, 256, 259, 261, 273.

³⁹⁸ Figueroa, “Informe anual”, 283.

(el cual también se publica aparte como un panfleto) defendiendo de forma “objetiva” y “desapasionada”³⁹⁹ las medidas de control de natalidad. El texto de Turano reproducía mucho del discurso maltusiano que ya conocemos (repitiendo muchas premisas ya vistas en Lanauze): 1) criticaba los “moralismos” contra las “ideas anticonceptistas”; 2) el neomaltusianismo se proponía como una postura racional, humanitaria y no regida por sentimentalismos; y, entre otras cosas, 3) apuntaba a los adelantos logrados en aquellos lugares (en este caso, Nueva York), en donde los médicos estaban autorizados a “impartir instrucción y dispensar contraceptivos a sus enfermos”⁴⁰⁰. El licenciado también mencionaba cómo las estrategias anticonceptivas debían ser adoptadas por las “clases desheredadas” como lo había hecho ya las clases “más inteligentes y mejor acomodadas”⁴⁰¹.

El año de publicación (1935) del texto de Turano no parece ser casualidad, porque ya en ese año, como ya mencionamos anteriormente, pueden encontrarse los primeros intentos de organizar la difusión y legitimización de una serie de prácticas que iban de la mano con lo hecho, inicialmente vía PRERA y después en clínicas privadas. En la década de los cuarenta vemos publicaciones que aluden a cómo se estaban poniendo en práctica la teoría neomaltusiana, en particular la enseñanza del uso de contraceptivos. En el 1942, Belaval, junto a Gilbert W. Beebe (del National Committee on Maternal Health, en Nueva York), declaraban que la “isla de Puerto Rico es uno de los sitios donde la teoría de Maltus sobre crecimiento de la población ha sido

³⁹⁹ No era cualquier defensa, y se aclaraba que el texto era una defensa que informaba “objetivamente” y de forma “desapasionada” la “selección racional”. Como ya hemos visto en otro capítulo, ésta retórica que denota como más válida una información porque es “objetiva”, “racional” y “desapasionado” o sin “sentimentalismos” es propio del discurso científico apropiado por los médicos. Ver Anthony M. Turano, *La restricción voluntaria de la natalidad ante las leyes*, trad. Ramón Lavandero (San Juan: Cantero Fernández & Co., 1935), 1.

⁴⁰⁰ Aunque, aclaraba el licenciado, solamente se permitía bajo el precepto de curar o prevenir una enfermedad. El ideal era que esto pudiese extenderse más allá de la prevención de enfermedades. Turano, *La restricción voluntaria*, 1, 4.

⁴⁰¹ Vale aclarar que Turano proclamaba que la “práctica inteligente del maltusianismo” si bien era un problema médico, eso no implicaba que dichos conocimientos fueran exclusivos o monopolizados por los médicos. Ver Turano, *La restricción voluntaria*, 3, 10.

parcialmente puesta a prueba”⁴⁰². Belaval y Beebe comparaban desfavorablemente el crecimiento de Puerto Rico con el de Japón y Java, en contraposición al crecimiento en Estados Unidos⁴⁰³. Los autores apuntaban a un problema de “superpoblación” y, aunque reconocían que este no explicaba la “inestabilidad económica” del país, sí podía evitar el empeoramiento de la “situación económica”.⁴⁰⁴ Insisten en la necesidad de llevar a cabo una “labor educativa” y una “población estabilizada” junto a cambios a nivel de organización social y laboral⁴⁰⁵. Estas sugerencias en torno a la organización social y laboral, incluyendo la diversificación del espacio laboral, coincidían con lo expuesto en el informe económico-demográfico hecho en el 1942 por Frederic P. Bartlett y Brandon Howell⁴⁰⁶. Es muy probable que dicho informe fuera conocido por muchos médicos asociados a la BAMPR y la EMT (dado que parte del informe fue publicado en la revista de la EMT⁴⁰⁷) y por eso notamos que Belavar y Beebe tenían la cautela de advertir que la “limitación de la prole” era más un “paliativo” que no una solución a los problemas económicos del País⁴⁰⁸.

⁴⁰² Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 53.

⁴⁰³ Al comparar la cantidad poblacional actual (1,870,000 en el 1941) con la de finales del siglo XIX (950,000 “almas” en 1899), comentaban que tal era el doble de Estados Unidos: “dos veces y media más que los Estados Unidos Continentales”. Dicho crecimiento era comparado a Japón y Java “uno de los territorios agrícolas más poblados del mundo”. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 53.

⁴⁰⁴ Inclusive, los autores aclaran que aún controlando la natalidad esto no “aumentaría gran cosa el gran margen del trabajo productivo” y para ello se requerían cambios desde “el punto de vista de la organización social” y que creasen “nuevas oportunidades de trabajo”. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 55-56.

⁴⁰⁵ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 56.

⁴⁰⁶ El informe “Población y Riqueza” fue preparado por Frederic P. Bartlett y Brandon Howell en el 1942, dividido en dos partes (cada autor con su respectiva parte), para la Oficina Regional en San Juan de la Junta de Planificación de la Riqueza Nacional. Bartlett fue el director de la Oficina de San Juan de la *National Resources Planning Board* y Howell el sub-jefe de Industrias y Servicios de la Junta de Planificación, Urbanización y Zonificación de Puerto Rico. Frederick P. Bartlett y Brandon Howell, *Puerto Rico y Su Problema de Población* (Junta de Planificación, Urbanización y Zonificación: Santurce, 1946), i-iii.

⁴⁰⁷ La primera parte del informe del 1942 fue publicada en la revista del EMT: Frederic P. Bartlett, “Population and Resources in Puerto Rico”, *PRJPHTM* XIX, n°1 (1943): 9-34. La versión que estamos utilizando fue publicada y traducida al español en el 1946. La primera mitad del texto, titulada “Población y Riqueza de Puerto Rico” es por Bartlett y es una traducción al español idéntica al aparecido en *PRJPHTM*. La segunda parte, más de carácter demográfico es por Brandon Howell y se titula “Características y Tendencias de la Población por Regiones y Municipales”, y no aparece publicada en *PRJPHTM*. Al discutir el texto en español aludiremos al autor correspondiente, pero ambas partes van a aparecer en las referencias (y notas al calce) como Frederick P. Bartlett y Brandon Howell, *Puerto Rico y Su Problema de Población* (Junta de Planificación, Urbanización y Zonificación: Santurce, 1946).

⁴⁰⁸ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 56.

Sin embargo, esta lucidez aparente y cautela científica era muy superficial, y lo que dominaba al fin y al cabo era una postura que promulgaba prácticas individualistas como el único remedio práctico.

Inclusive en el informe de Bartlett, aun si reconocía problemas asociados a la distribución inadecuada de riqueza y el mal manejo de los recursos naturales, sus argumentos también van a acentuar la sobrepoblación como problema fundamental⁴⁰⁹. Este tipo de retórica emplea una estrategia que se parece a la de muchos neomaltusianos y eugenistas moderados. En dicho informe se admitía que el crecimiento ni la densidad población no era de suyo un problema⁴¹⁰—“una población que aumenta rápidamente no constituye por sí misma, desde luego, un ‘problema’—pero sí cuando ambas se unían ante una falta de suficientes recursos —“la naturaleza no le ha brindado suficientes riquezas naturales”—⁴¹¹. Si a esto se le añadían los problemas económicos, como eran los precios altos, la exportación, la falta de creación de nuevas fuentes de trabajo y la necesidad de una “distribución más equitativa de los ingresos”, las limitaciones eran aún mayores⁴¹². Bartlett propone una serie de alternativas “racionales” asociadas con maximizar los recursos y productos existentes, crear “autosuficiencia”, y regular la cantidad y calidad de la producción existente (incluyendo diversificar los métodos de cultivo). Sin embargo, el énfasis cae sobre las medidas de control población (como la emigración y el control de natalidad) necesarias para facilitar la industrialización⁴¹³. La opción de distribución de riquezas no es en realidad elaborada⁴¹⁴ y Bartlett señala sutilmente que la mejor opción (entiéndase aquí la más inmediata)

⁴⁰⁹ Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 8, 18.

⁴¹⁰ Como ejemplo, el informe señalaba que la población estadounidense había aumentado en varias ocasiones, aún más veces que la de Puerto Rico, pero su diferencia en riqueza y recursos (por ejemplo, la falta de carbón, petróleo) y en producción era significativa. Ver Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 9.

⁴¹¹ Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 3.

⁴¹² Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 7.

⁴¹³ Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 9.

⁴¹⁴ Bartlett apunta a que ya el Gobierno se estaba encargando de este asunto. Es un modo muy curioso de evadir

es la emigración y el control de la natalidad; aún por encima de mejorar los niveles de vida y educación (a menos que sea para preparar trabajadores aptos para la emigración)⁴¹⁵. Alude al “experimento interesante” de las clínicas estatales de control de natalidad del 1939 y lamentaba que no hubiese suficientes fondos para fomentarlo dado que había logrado aumentar el consumo de contraceptivos⁴¹⁶. En una retórica propiamente eugenista y malthusiana, Bartlett argüía que se debía “fomentar inteligentemente la natalidad”⁴¹⁷.

Lo pertinente aquí es notar cómo, ante el reconocimiento de múltiples causas que remitían a problemas de estructura económico y gubernamental, la propuesta económico-demográfica del informe del 1942 era muy similar a la médica-malthusiana que apuntaba a estrategias contraceptivas de índole preventivo. Similar al discurso médico, lo preventivo terminaba definiéndose como un asunto de responsabilidad individual que recaía sobre el paciente. Por ende, y pese a que se reconociera que “el control poblacional” no explicaba los problemas económicos en su totalidad se va a repetir que: “las condiciones actuales de Puerto Rico se deben fundamentalmente” al “crecimiento constante de la población”⁴¹⁸. Inclusive este problema “fundamental” era conceptualizado como si apuntase a un problema más profundo, de índole moral e inclusive psicológico (de deseos inconscientes e conscientes), en torno a la falta de “responsabilidad social” y de “bienestar de la Comunidad” que iba a obstaculizar la posibilidad de industrialización y

elaborar el tema, aun cuando las demás sugerencias también estaban siendo atendidas por el Gobierno. Ver Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 12.

⁴¹⁵ Según Bartlett lo: “más aceptable, evidentemente, es regular la población y las riquezas mediante la elevación de los niveles de vida y la educación (...) Pero, a veces no puede romperse el círculo vicioso (...) Bajo estas circunstancias, parece necesario romper la espiral que forman la población y la riqueza mediante una política sabia de emigraciones y la limitación de la natalidad”. Ver Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 13.

⁴¹⁶ El informe de Bartlett pone como fecha de inicio el 1939, de “un experimento interesante” a través de un programa desarrollado en “el Negociado de Higiene Maternal e Infantil del Departamento de Sanidad de Puerto Rico, que funciona a través de 86 clínicas, 40 dispensarios rurales, seis clínicas antituberculosas, cinco instituciones y hospitales y una clínica para curar enfermedades venéreas”. Bartlett lamentaba que “los fondos disponibles para personal y materiales son muy limitados, el número de madres que está usando contraceptivos aumentó en diez meses, de acuerdo con el Negociado de 19,740 a 30,387”. Ver Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 14-15.

⁴¹⁷ Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 15.

⁴¹⁸ Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 3.

progreso económico⁴¹⁹. En un tono similar, pero algo más determinista y fatalista, Belaval y Beebe, señalaban que el “medio ambiente económico-social” del País no impulsaba a la movilidad ni a la competencia por mejorar las condiciones de vida y tener una familia sana⁴²⁰.

Nuevamente se invocaba la importancia de una educación especial e higiénica para llevar a cabo estos cambios “morales”. Tomemos como ejemplo de este tipo de “educación”, el informe que hace Belaval y Beebe en el 1942 en torno a un estudio científico que hicieron sobre los efectos de la educación anticonceptiva en una muestra de familias pobres. Es preciso recordar que Belaval fue una figura clave, tanto a nivel administrativo como teórico-practico, en la difusión de saberes y técnicas anticonceptivas⁴²¹, por ende, su estudio tenía el interés ideológico y práctico, además de científico: demostrar la necesidad y eficacia de los métodos anticonceptivos en una muestra de mujeres pobres, en su mayoría del área rural⁴²², que estaban interesadas en recibir instrucciones y consejos anticonceptivos⁴²³. El estudio destacaba el estatus laboral de los hombres y sus sueldos y la educación de la mujer, señalando que: la mayoría de los hombres eran obreros sin oficio alguno, con unos pocos especializados (y un 17% sin empleo) y un sueldo bajo (de 2.5 a 3 dólares semanales y de 130-150 dólares anuales); mientras que las mujeres tenían en su mayoría 5 grados

⁴¹⁹ Según Bartlett: “(...) la responsabilidad social requiere que el individuo tenga una participación considerable en el bienestar de la Comunidad. Si no existe la sensación del beneficio mutuo, no puede existir tampoco el sentido de la responsabilidad y, por lo tanto, el deseo consciente e inconsciente de traer al mundo solo aquellos hijos que pueden ser adecuadamente atendidos en éste”. Ver Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 8.

⁴²⁰ Belaval y Beebe señalan que: “El medio ambiente económicosocial de Puerto Rico no se caracteriza por esa gran movilidad y competencia por mejorar sus condiciones de vida, tan convenientes para la constitución de la familia”. Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 56.

⁴²¹ Belaval fue director y consejero de la aludida APSMI y al menos desde el 1940 se le encomendó a un número de médicos a llevar a cabo estos servicios de instrucción anticonceptiva. En donde esto no fuera posible, porque no había médicos (o médicos con la formación debida) se asignaron enfermeras de salud pública y trabajadoras sociales adiestradas en asistencia médica. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 79.

⁴²² La mayoría (75%) de estas familias, eran de la zona rural y solo 25% era del área urbana, que en este caso eran los pueblos y barrios de Hato Rey en San Juan. La distribución se asumía como representativa porque reflejaba, la distribución del censo (de que entre 70-80% de la población era calificada como rural). Estas mujeres fueron atendidas en los 15 dispensarios más cercanos a sus áreas. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 58.

⁴²³ Susodicho estudio, que inicia en el 1939, se amparaba en datos recolectados en una clínica privada formada en el 1937. Seleccionaron como muestra a 1,962 familias pobres —“indigentes o “humildes”—, en su mayoría rurales (consideradas un grupo representativo debido a su “alto grado de fertilidad”) y que tuviesen un “verdadero interés en recibir instrucciones y consejos” respecto a evitar la concepción. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 56, 60.

escolares completados (un 20 % que nunca fueron a la escuela)⁴²⁴. Este énfasis, más que ser un reflejo cuantitativo de las realidades y condiciones materiales de los hombres y mujeres pobres⁴²⁵, buscaba reforzar la imagen de que el control de la natalidad era una responsabilidad educativa de la mujer, en particular cuando convivían con hombres desempleados o con salarios bajos. Esto no es muy distinto a la exigencia que hemos visto ya en décadas de pasada, sea en Zeno Gandía o Fernós Isern, que recalcan la ignorancia femenina y selectivamente obviaban discutir el rol educativo y doméstico del hombre. En ese sentido, y hay que recalcarlo, las preguntas científicas, metodológicas y cuantitativa de estos médicos, en su inmensa mayoría hombres, refleja sesgos de género y sexualidad.

El estudio de Belavar y Beebe nos permite ver cómo operaba esta “educación” dirigida a mujeres. Por ejemplo, en las clínicas de San Juan y Humacao (en Ryder Memorial Hospital) se hacía primero un examen pélvico y luego se impartían lecciones, que consistían en instrucciones, prescripciones y demostraciones (por ejemplo, instruyendo donde insertar, cómo usar las jaleas antisépticas o en el caso de los “polvos” les demostraban su formación en las esponjas)⁴²⁶. Se pedía que retornasen al dispensario de dos a cuatro semanas, continuándose las consultas por un promedio de 13.2 meses⁴²⁷. Se usaba un sistema de tarjetas en donde se anotaba el historial del caso y se evaluaba la “facilidad con la que la mujer aprendía el método anticoncepcional” (al

⁴²⁴ Respecto al empleo de sus esposos se distribuía en 32% obreros especializados, 55% obreros sin oficio alguno y 13% eran profesionales o “gente de corbata” (profesionales, administradores, empleados de Gobierno, oficinistas). Los sueldos eran mejores para los que provenían del área urbana que de los del área rural. Como veremos más adelante, esto pudiese explicar porque, hasta cierto punto, los autores presumían en ocasiones que eran de una clase más “acomodada” que los del área rural. Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 58-60.

⁴²⁵ Por ejemplo, el estudio no cuantifica ni le da relevancia a cuál era el grado de educación de los hombres y los trabajos (y siendo el 1937, resulta un poco raro que no hubiese ninguna mujer trabajando en una muestra relativamente grande).

⁴²⁶ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 81.

⁴²⁷ También se hacía, según los autores, un promedio de 2.2 visitas a domicilio para darles seguimiento a aquellas mujeres que no continuasen con sus citas de seguimiento. Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 81-82.

parecer, a través de una entrevista o un cuestionario breve)⁴²⁸, además de otros factores⁴²⁹. Los autores evaluaban la eficacia de los métodos anticonceptivos a partir de dos criterios, uno “de orden fisiológico” e “invariable” que medía la “aptitud fecundante” y cuán compatible era el método con la fisiología de la mujer. El otro criterio, definido como “variable” y de “factor humano”, era la “actitud”⁴³⁰. Este factor/criterio fue apenas definido por los autores, pero inferimos que se asociaba a la disposición conductual para obedecer y aceptar o no el método enseñado (y esto tendió a asociarse al nivel de educación y cooperación de la paciente). Los autores presumen que la eficacia “fisiológica” es el índice más seguro, y lo ideal fuese aplicar una protección contra el embarazo que no dependa de la voluntad o actitud de las mujeres pobres⁴³¹. A su vez, los autores consideraban que la fecundidad alta se debía a una “falta de estímulo cultural y económico”⁴³² y consideraban que la “conducta de las mujeres es el factor determinante de la protección contra el embarazo”⁴³³.

Esta insistencia por promover e integrar un método invariable, que no dependa de las disposiciones/actitudes/conductas de las mujeres campesinas (faltas de “estimulación cultural”), refleja unos objetivos que no son neutrales ni estrictamente científicos. Para empezar, las divisiones de “clase” que utilizan los autores en sus análisis son ya indicativas de un sesgo muy sugestivo, dado que utilizan un criterio geográfico muy general (rural y urbano) para clasificar

⁴²⁸ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 83.

⁴²⁹ Además de evaluar la “facilidad” del aprendizaje, el estudio también cuantificaba otros aspectos, que consideraba cómo “factores” relevantes para cuantificar: la edad nupcial, la frecuencia del coito, el empleo de procedimientos contra el embarazo, interrupción de los embarazos y mortalidad de los hijos. Notemos que todos los factores conciernen a la mujer y su selección era porque dichos factores eran los que “modificaban” o regulaban la mortalidad. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 60.

⁴³⁰ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 82.

⁴³¹ Según los galenos, lo ideal es una protección contra el embarazo que sea “por largo tiempo, y que sea absolutamente independiente de la voluntad de los sujetos que lo practican, sobre todo tratándose de la clase social a que pertenecen las mujeres como las de este grupo que estudiamos aquí” Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 82 y n.49

⁴³² Este argumento era también una premisa compartida por otros especialistas (tanto en Puerto Rico como Estados Unidos). Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 78.

⁴³³ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 108.

entre las “clases elevadas” y las “clases pobres” cuando la muestra entera era definida como “familias humildes” o “indigentes” (entiéndase por esto “pobres”). El estudio evidenció que la mayoría (84%) de las mujeres “aprendieron fácilmente”, pero con variaciones según clase social y educación: las “clases elevadas” (las mujeres del área urbana que eran una minoría) aprendieron todos los métodos con la misma prontitud⁴³⁴, mientras que las “mujeres pobres” (las del área rural), aprendieron más prontamente el diafragma que la jalea y los polvos (un orden contrario a lo esperado)⁴³⁵. La mayoría de las mujeres no formularon objeciones⁴³⁶ y las más educadas (con más escolaridad) preferían la combinación de diafragma y jalea, mientras que las más pobres y de menor instrucción preferían los polvos espumantes⁴³⁷.

Pese a que no se midiesen demasiadas objeciones ni dificultades, los autores consideraban que los resultados no fueron óptimos. Lo preocupante para los autores fue que al transcurrir 13 meses solo la mitad (de un total de 1,622) de las mujeres había ensayado los procedimientos inicialmente, pero después los habían abandonado⁴³⁸. Casi la mitad (22% del total) de las que lo dejaron fue porque quedaron embarazadas y 8% expresaron haber suspendido antes de salir embarazadas “porque no les satisfacía o por apatía”. Dichas cifras fueron interpretadas como “algo grandes”⁴³⁹ y, pese a que se había logrado una reducción de casi la mitad (45%) de los embarazos en la muestra,

⁴³⁴ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 84.

⁴³⁵ Las mayores dificultades fueron aprender el uso de las jaleas, seguido por los polvos espumantes y el diafragma con jalea; un orden inverso a lo que hubiesen predicho los autores. Llama la atención que en las “clases más pobres” se aprendió más rápido el método de diafragma y jalea, el cual era más complicado. Los autores creen que esto se debió a que tal vez este, por ser más complicado, fue mejor enseñado y por consiguiente aprendido mejor. Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 83-4.

⁴³⁶ A su vez hubo muy pocas objeciones por razones morales o religiosas (0.3%). Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 87-88.

⁴³⁷ Según los autores, un 69% “no formularon objeción alguna”, en particular las que usaban la combinación de diafragma y jalea (especialmente en las mujeres que tenían una instrucción de 8 grados escolares o cerca) que la que usaban los polvos espumantes. Según los autores, tras “mayor nivel económico o social, mejor aceptación del método del ‘diafragma y jalea’”. Los polvos espumantes parecen ser de “mayor complacencia” para las “más pobres y de menor instrucción”. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 86, 90, 95.

⁴³⁸ Vale aclarar que los autores reconocían que dicha cantidad no era excepcional, y se asemejaba a otros lugares en Estados Unidos (como Virginia Occidental, Kentucky y Nashville). Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 89, 97.

⁴³⁹ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 90-91.

dicha cantidad era considerada insuficiente⁴⁴⁰. Los métodos más utilizados fueron a los que menos énfasis se le dio en las sesiones instructivas, los menos costosos y que resultaron menos eficaces, como eran el *coitus interruptus*, el condón y la irrigación (conformando estos tres el 90% de los más frecuentados)⁴⁴¹.

El texto de los autores tiene un tono que es muchas veces contradictorio y no encaja con los datos que presentan. Por un lado, los autores celebran la evidencia de un “efecto brusco” que tuvo la educación anticonceptiva y cómo los servicios contraceptivos estaban operando en todos los “estratos de la población puertorriqueña”⁴⁴². La evidencia reflejaba, según los autores, el deseo de las “clases más humilde” a poner en práctica la limitación de la prole⁴⁴³. Por el otro lado, los autores lamentaban que la educación no fuese más eficaz en los grupos más pobres, de menos educación y sueldo⁴⁴⁴ dado que no hubo una disminución significativa en este grupo, que era el más fecundo (aunque fuese por muy poco⁴⁴⁵). Sin ofrecer una cifra clara, que compare totales de embarazos según área y razones de abandono, los autores concluían que las mujeres con mayor educación fueron las que más tiempo estuvieron aplicando los métodos (entiéndase, no los abandonaron). Justifican esto señalando que el uso de diafragma y jalea fue “el más favorecido”, en tanto en cuanto fue el más utilizado de forma consistente, y entre las mujeres más educadas, se usaba tanto este como los polvos espumantes⁴⁴⁶. Las mujeres del campo tendían a favorecer más

⁴⁴⁰ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 100, 110.

⁴⁴¹ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 65.

⁴⁴² Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 57.

⁴⁴³ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 64.

⁴⁴⁴ Dicen los autores: “Se ve que, entre las familias en que la esposa no ha cursado tres grados escolares, en las que el esposo no ejerce oficio especializado, es un pequeño agricultor o arrendatario cuyas entradas semanales no alcanza a seis dólares o son menos de cinco dólares la fertilidad no ha experimentado reducción apreciable. Se ve también que, aún entre las clases más acomodadas de este grupo de población, la declinación de la fertilidad no es todavía bastante grande”. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 72.

⁴⁴⁵ Vale notar que en este estudio aún los grupos urbanos son relativamente pobres y se eligió también aquellos que eran más fecundos y tenían interés en participar. Inclusive las fecundidades no son muy diferentes (5.4 miembros en la urbana y 5.9 miembros en la rural). Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 78.

⁴⁴⁶ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 90.

un método (y no varios) y aun las que usaban polvos espumantes salieron con más frecuencia embarazadas⁴⁴⁷. Los autores se enfocan en las “razones de relativa importancia” dadas por las mujeres para abandonar el uso de métodos anticonceptivos, y a partir de ahí los autores concluían que a nivel general las mujeres que provienen de “estados sociales y económicos más humildes son los que en mayor proporción abandonan los métodos, sin exponer ninguna otra queja”. Esta supuesta actitud reforzaba la opinión, que ya tenían desde un inicio los galenos, en torno a que las “mujeres más pobres adoptan una aptitud más indiferente y ponen menos reparos a lo que se les recomienda”⁴⁴⁸. En otras palabras, la falta de diversidad de usos (más de un método) y de exponer razones más claras parecía ser más determinante que cualquier otra cifra o acto.

Sin embargo, los datos reflejaban que la mayoría de las mujeres pobres estuvieron satisfechas con lo aprendido y aprendieron más rápido algo que suponía mayor “aptitud”⁴⁴⁹. En términos actitudinales les dio más trabajo el uso de jaleas y polvos, y mostraron diferencias de aprendizaje de acuerdo con las técnicas (mientras que las mujeres de “clases más acomodadas” aprendieron toda de forma más homogénea)⁴⁵⁰. El descredito dado a la conducta de las mujeres pobres es tal que los autores presumen que, si las mujeres pobres aprendieron mejor una técnica más difícil (lo cual contradecía sus expectativas), el crédito iba a los instructores, quienes tal vez, previendo esto, lo enseñaron mejor⁴⁵¹. Pese a lo que exponían los datos los galenos destacaban la indiferencia y

⁴⁴⁷ Las razones que dieron las mujeres del área rural para abandonar los polvos espumantes eran por molestia o dolor. Llama la atención más mujeres del grupo urbano (un 53%) abandonaron el uso de estos polvos (en el grupo rural fue un 46%). Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 91.

⁴⁴⁸ No solo eso, también infieren que tenían menos “interés en proveerse de los materiales necesarios” (en particular en las que eligieron “jalea sola” en vez que “povos espumantes”). Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 91.

⁴⁴⁹ A nivel general, dejándonos ir por los resultados empíricos, las mujeres pobres sí mostraron destreza en aprender a usar el diafragma (con y sin jalea) e inclusive fueron mucho más receptivas de lo esperado: 72% de las mujeres se consideraron satisfechas con las prescripciones y rara vez expresaron desconfianza. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 88, 96.

⁴⁵⁰ Dichas diferencias no son idénticas a “apatía” ni a un abandono total de los medios (solo una minoría, un 12% de todas las mujeres, no utilizaron los métodos. Ver Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 85.

⁴⁵¹ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 84.

resistencia de las clases “desheredadas”, más pobres y de campo, y para ello utilizaban como evidencia el pronto abandono, la indiferencia y el olvido de lo enseñado (lo cual, no queda claro como fue medido exactamente)⁴⁵². Inclusive, los autores declaraban que la “habilidad” y “maña” de las “clases desheredadas para practicar las técnicas anticoncepcionales era tan limitada, que, en cierto modo, resultaba indiferente que pongan en práctica un método cualquiera. Ante ello era imperativo que se hiciese algo, lo que fuese, “para limitar la prole de una forma u otra”⁴⁵³.

De esa forma tenemos que parte del problema de la sobrepoblación se le adjudicaba a la apatía e indiferente ignorancia de las campesinas o las mujeres pobres en general. Esto podemos verlo mayormente a través de la década de los cuarenta cuando selectivamente se señalaba que los programas gubernamentales de sanidad sí estaban siendo efectivos y el problema de la sobrepoblación radicaba más en la voluntad de la gente/del pueblo/de los pobres⁴⁵⁴.

Pese al crecimiento y emerger de una serie de saberes especializados, se repetían con frecuencia los mismos señalamientos y recomendaciones que habían sido dicho por médicos e intelectuales que no eran especialistas. Por lo general, las argumentaciones neomaltusianas carecían de la nitidez y precisión de estos saberes, y por eso no deja de sorprender que su retórica y razonamiento se cuele con demasía cada vez que se apuntaban a los problemas estructurales de la economía, la política y los avances médicos de la época. Lo más preocupante, en términos epistemológicos, es que el concepto de sobrepoblación no tenía aún para esta época una definición empírica clara, pese a que se representara como un dato incuestionable, objetivo y medible que supuestamente correlacionaba con la actitud y conducta de los individuos⁴⁵⁵.

⁴⁵² Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 91.

⁴⁵³ Beebe & Belaval, “Fertilidad”, 110.

⁴⁵⁴ Por ejemplo, el demógrafo José L. Janer, apuntaba en el 1945 que la proporción de nacimientos se había mantenido sin mucho cambio durante la administración estadounidense, por ende, el crecimiento poblacional se debía a la reducción de mortalidad y las mejoras en servicios de salud pública. Ver Tietze, “Fertility”, 34-35.

⁴⁵⁵ En el 1949 Janer lamentaba que el asunto de la sobrepoblación había sido ignorado por el Gobierno, pero el “rápido

II. La figura del médico: saberes, roles y clase

Por el momento nos hemos enfocado más en los cambios estructurales e institucionales (de programas, servicios y campañas), y ahora nos compete centrarnos en los saberes que se estaban produciendo y manejando durante este periodo. En esta parte vamos a centrarnos en los saberes y roles de los médicos, en particular los aspectos epistemológicos asociados con el emerger de saberes especializados y los roles que asumieron los médicos cuando analizaban los llamados “problemas sociales” o “males sociales”. El médico no solo va a presentarse como una autoridad debido a sus saberes especializados y afiliados a las ciencias naturales, sino que va a representarse nuevamente como educador, economista, moralista y líder político. Durante este periodo vamos a notar una paulatina pero definitiva medicalización de lo social, en donde el quehacer médico va a asumir, cada vez más, un saber que es tanto especializado como indeterminadamente amplio. En las siguientes secciones vamos a discutir: a) las coyunturas epistemológicas asociados a la figura del especialista; b) los saberes y roles que asumieron los médicos ante los “problemas médico-sociales”; c) los imaginarios de la clase médica en torno a la educación, la autonomía e historia de los médicos.

A. Coyunturas epistemológicas: especialización, medicalización y modernización de “lo social”

En esta parte vamos a discutir la conformación de unos saberes científicos especializados que van a concederle una autoridad y prestigio a la figura del especialista como un agente de

crecimiento” y “densidad” había obligado a que se discutiera vehemente la sobrepoblación como un problema social y económico, en particular cuando la reducción de la mortalidad había roto el “equilibrio”⁴⁵⁵. Es preciso notar que aún para esa fecha el término “superpoblación” carecía aún de una definición cuantitativa clara o precisa o de parámetros claros para determinar lo que era una población óptima. La definición inclusive de una “población óptima” presumía simplemente una cantidad que permitiese la mayor producción con los recursos disponibles sin con ello explotar a sus trabajadores. Y aunque Janer apuntase también a los problemas salariales y de recursos, la solución radicaba en regulación la población, sea ya vía una inmigración dirigida, control de natalidad o una mezcla de ambos. Lo que sorprende de estos argumentos, que se amparan en conceptos no empíricos y vagos, es que se declarasen como científicos y precisos, como fruto de un saber especializado. Ver Janer, *La superpoblación*, 1,6, 21.

modernización, progreso y sanidad. Una y otra vez vemos en estas décadas la insistencia en que se requería un conocimiento que fuese “médico-social”⁴⁵⁶ y que trascendiera los confines de la higiene y los tratamientos clínicos. Lo que la medicina hacía era considerado “social” porque promovía la salud y trataba los enfermos⁴⁵⁷, y de esta forma “lo social” y los objetivos preventivos de la salud pública eran definidos de forma casi sinonímica y coetánea, en particular cuando las intervenciones médicas se dirigían al ambiente o al “medio”. Por esa razón vamos a iniciar analizando la relevancia dada a las especialidades y a la figura del especialista. Entre las especialidades emergentes y relevantes vamos a concentrarnos en aquellas asociadas a: 1) a la maternidad y la natalidad; 2) la sexualidad, las emociones y la mente; 3) la epidemiología y la salud pública. Tenemos de esa forma la participación de tocólogos, obstetras, psicólogos, trabajadores sociales, epidemiólogos y expertos administrativos de salud pública en la búsqueda por resolver los supuestos “males sociales”.

Cónsono y de forma simultánea, tenemos también el emerger de un discurso sobre la ciencia como embajador y rescatista internacional de la humanidad entera. He aquí que encontramos la ambición de las campañas de salud internacional, que se presentaban como apolíticas y desinteresadas, como agentes de redención que iban a empujar el desarrollo económico en aquellos países “atrasados”. Para entender esto, mejor empecemos primero con la figura del especialista y las especialidades de la época.

⁴⁵⁶ Ver por ejemplo a García Cabrera, “Editorial”, 71; Figueroa, “Informe”, 323; Ramón Lavandero, “La clase médica y los planes rehabilitadores”, *BAMPR* XXVII, n°3 (1935): 156-62, 160.

⁴⁵⁷ Promover la salud y tratar a los enfermos era, según dijo Costa Mandry, una “función altamente social” (*highly social function*), y para reforzar este argumento cita al médico e historiador de la medicina suizo Henri Sigerist: “*we must look at medicine as basically a social science*”. Ver Costa Mandry, “Public Health”, 264.

1. Las especialidades y el especialista: precisión, expansión, modernización y la “cultura médica”

Descrita como una “era de la especialización”, los médicos imaginaban que estaban viviendo en una época moderna de mayor precisión, de regulación/reglamentación de las profesiones y de la educación y de una exigencia de mayor saber sobre cosas específicas o “más de menos y menos”⁴⁵⁸. Para nuestros fines, las especialidades que más nos competen son aquellas vinculadas con las enfermedades consideradas endémicas y epidémicas del País. Ya hemos visto como a través del análisis de laboratorio y el estudio de las enfermedades tropicales tenemos especialistas en anemia, malaria y tuberculosis. No obstante, tenemos también especialistas que requieren una educación técnica específica en el uso de ciertos instrumentos y aparatos, algunos a nivel quirúrgico como era, por ejemplo, el tocólogo y otros a nivel de la interpretación de ciertas “imágenes”, lo cual llevó al desarrollo de los “técnicos” (asociados por ejemplo a la radiología, análisis de rayos X, etc.). El crecimiento y desarrollo de estas especialidades es mucho más palpable durante este periodo y por eso no es raro que muchos de los médicos que hemos discutido pertenecieran a alguna especialidad, desde la cardiología hasta la epidemiología. También tenemos la extensión y especialización de aquellas ramas que atendían más la conducta y los desórdenes mentales, y de ese modo constatamos un mayor desarrollo de la psiquiatría y con ello la psicología. Cónsono con este enfoque en la mente y la conducta, vemos un desarrollo de las ciencias sociales, y en este contexto, del trabajo social.

Las otras especialidades emergentes que nos competen estaban asociadas a la rehabilitación y

⁴⁵⁸ Por ejemplo, el médico Ramón Suárez señalaba en el 1933: la “especialización tenía necesariamente que venir acompañada al progreso de la medicina moderna”. En el 1941, Luis Manuel Morales declaraba: “Vivimos en una edad de especialización, mediante la cual el individuo tiende a saber más y más de menos y menos”. Ver Ramón M. Suárez, “Especialidades y especialistas”, *BAMPR* XXV, n°7 (1933): 478-79, 478-79; Luis Manuel Morales, “Médicos, tecnólogos médicos...y microbios”, *BAMPR* XXXIII, n°8 (1941): 335-39, 335-36.

los procesos de compensación laboral (al menos desde la Primera Guerra Mundial), las cuales estaban adquiriendo más pertinencia a través de las décadas de los treinta y cuarenta: la fisioterapia, la ortopedia y la terapia ocupacional⁴⁵⁹. Durante este periodo, el campo emergente de la rehabilitación física y vocacional va a destacar la función médica asistencial (que incluía el trabajo social) como una parte integral de los servicios sociales. Este tipo de enfoque, de acuerdo con el fisiatra Salvador Arana Soto, auguraba una medicina social mucho más amplia, la cual iba a permitirle al médico una función más amplia, de una naturaleza más general que requería también de conocimientos más amplios que la pura técnica⁴⁶⁰. Lo “social” se reduce aquí a facilitar el proceso de recuperación fisiológica, y desde este registro todo aspecto ambiental podía potencialmente ser incluido como parte de una perspectiva de rehabilitación. Este giro hacia la rehabilitación, la recuperación y lo que pudiese llamarse el “bienestar” del paciente será muy relevante porque va a formar parte de esa medicalización extensiva y casi indeterminada que consideraba los problemas sociales como problemas de Salud Pública.

Aunque en apariencia todo pudiese sonar sensato e inclusive inclusivo, lo que encontramos es nuevamente una idealización en torno al rol del médico y la Salud Pública para remediar los problemas generales, tanto económicos y políticos del país. La finalidad era, como lo imaginaba el Secretario de Salud en el 1947, que cada más se lograra, “en un futuro no muy lejano”, que el sujeto se hallara en una “tutela médica desde antes de su nacimiento hasta su senectud”. Para lograr esto, la medicina debía ocuparse cada vez más del “individuo, cuidando a la madre desde los comienzos de la gestación” y llevando a cabo “reconocimientos periódicos”, tanto físicos y

⁴⁵⁹ Ver Salvador Arana Soto, “Rehabilitation and Medicine”, *BAMPR* XL, n°7 (1948): 190-92, 191; María Balado, “La salud mental”, *RSS* XI, n°1 (1950): 13-15, 14.

⁴⁶⁰ En palabras de Arana Soto: “The era is not far of some form of social medicine, much more ample than ours, in which the doctor himself will have an ample function, of a more general nature, which will require ample knowledge in fields others than that of pure technique”. Ver Arana Soto, “Rehabilitation”, 190.

mentales como también de “las condiciones de su vida toda”⁴⁶¹. En otras palabras, parecía que casi nada podía quedar fuera de esa “tutela” sanitaria. El saber médico e higiénico debía convertirse y conformarse en un hábito y con ello comprender/incluir cada vez más “lo social”⁴⁶².

Como ya iremos deslizando este ideal, aparentemente inclusivo y amplio, tuvo implicaciones problemáticas asociadas a la medicalización de la sociedad y a la figura del especialista. La especialización no llevó a una mayor interconectividad entre los saberes o a que se favoreciese miradas más sistemáticas sino todo lo contrario. Se evocaba un ideal de una ciencia amplia y sin límites, pero en la práctica el saber médico, con sus reclamos de un linaje científico natural, buscaba establecer límites y hegemonías con alcances internacionales. La imagen de una medicina científica internacional iba de la mano con la noción de que existía una “cultura médica” que era más apta por ser científica y por estar amparada en las matemáticas, la experimentación, el uso de cálculos y la búsqueda de evidencia como parte de su “doctrina metódica”⁴⁶³. Sin embargo, el “buen médico” no era cualquier especialista y tenemos durante este periodo la exigencia de que el médico tuviese una “educación interna” interesada en “material cultural”⁴⁶⁴. Esta amplitud

⁴⁶¹ Pons, “Discurso”, 250.

⁴⁶² Al respecto, notemos como Pons declaraba: “Creemos que el hombre se verá obligado, no por decretos gubernamentales sino por instinto o por hábito, a vivir siempre según los dictados de la higiene desde todos los puntos de vista”. Asimismo, Arana Soto arguye, acentuando la inclusión y ampliación de los elementos restaurativos de la medicina, que cada vez más el doctor va a tener una función más amplia, y en un sentido, más social. Ver Pons, “Discurso”, 250; Salvador Arana Soto, “Rehabilitation and Medicine”, *BAMPR* XL, n°7 (1948): 190-92, 190.

⁴⁶³ Por ejemplo, Manuel de la Pila Iglesias proclama en el 1942:

La medicina ES CIENCIA, cuando establece leyes rigurosamente ciertas que pueden traducirse en lenguaje matemático

ES CIENCIA: cuando utiliza la demostración para evidenciar la verdad de los hechos.

ES CIENCIA: cuando desconfía de la hipótesis y se atiene a la experimentación

ES CIENCIA: cuando establece una doctrina metódica y ordenada que permite un conocimiento total, sistemático, verdadero y cierto de los fenómenos

ES CIENCIA: cuando habla con precisión, cuando mide, cuando calcula

Ver Manuel De la Pila Iglesias, “Modernas orientaciones en la práctica médica”, *BAMPR* XXXV, n°5 (1943): 199-210, 201.

⁴⁶⁴ También dice Pila: “(...) el aforismo que frecuentemente repetía el profesor de Barcelona, Letamendi, y que a mi vez quiero dejarlo grabado en vuestra memoria, como despedida de esta conferencia y que dice así: “El médico que solo sabe medicina, ni medicina sabe””. Ver Pila Iglesias, “Modernas”, 210.

intelectual era lo que justificaba que fuese apto para roles no médicos (un objetivo que claramente contradecía el supuesto ideal del especialista y su educación privilegiada). Aquí encontramos, de forma indirecta, una extensión de la tensión entre el generalista y el especialista.

La postura oficial era presentar al médico moderno como alguien que requería/reconocía la necesidad de cooperar con los especialistas. Y por esa razón se discutía la necesidad, casi diplomática, de una reciprocidad en las relaciones entre médicos generales y especialistas⁴⁶⁵. Algunos pontificaban la relevancia y necesidad del rol del médico-generalista, (y no debe sorprender que esto sea enfatizado por Quevedo Báez). Se aclaraba que el generalista no podía ser desplazado por el especialista (en particular cuando se trataba del “médico de cabecera”), sea ya por razones de ganancia propia, falta de compañerismo o inclusive cuando había diferencias de opinión. Se recalca nuevamente la importancia de decir la verdad, pero siempre en un tono adecuado. Las discrepancias no debían darle la impresión a la familia de que el especialista o el generalista se hubiese equivocado⁴⁶⁶. En otras palabras, se exigía una suerte de solidaridad de clase ante los pacientes, so pena de no perder autoridad ni prestigio social. Dicha solidaridad entre supuestos iguales no aplicaba a otras “especialidades”, y algunos médicos trazaban la distinción y aclaraban que los “técnicos” no debían traspasar su competencia⁴⁶⁷.

Durante este periodo se continuó criticando el mal del charlatán, junto al abuso de medicinas

⁴⁶⁵ Algunos, como Belaval, acentúan también el rol de los médicos generales y exigía que fuesen solicitados más por “cirujanos y especialistas” en donde se encuentren complicaciones que caían en el “dominio de la medicina general interna”, para así evitar complicaciones demasiado graves para corregir en un paciente. Para ello, Belaval trae un ejemplo de una complicación que sucede justamente por este problema (claro, el paciente y los familiares nunca se enteraron de este error). Ver José Belaval, “Consideraciones generales sobre la práctica de la medicina y relaciones de mutua cooperación que deben existir entre el cirujano, el especialista y el internista”, *BAMPR XXVII*, n° 2(1935): 45-52, 47.

⁴⁶⁶ Ver Manuel Quevedo Báez, “Editorial: Las consultas médicas—su ética”, *BAMPR XXIX*, n°9 (1937): 424-26, 424-25.

⁴⁶⁷ En otras palabras, el rol del llamado “especialista en técnicas de laboratorio” se limitaba a colaborar y a “informar, con la mayor precisión posible sus hallazgos” pero no debía “sugerir interpretaciones al médico” (a menos que lo solicitase). Ver esta crítica en Morales, “Médicos”, 336-37.

patentizadas, del ejercicio ilegal de la medicina y de las permisibilidades “sentimentalistas” concedidas aun por algunos médicos —el “eterno ay bendito”—⁴⁶⁸. Dicho “sentimentalismo” era visto por algunos médicos como parte de un defecto psicológico que formaba parte de las tradiciones y cultura del País⁴⁶⁹. Uno de los espacios en donde se destacaba esta imagen del especialista, en contra de los charlatanes y la ignorancia, era nuevamente en los temas de la infancia y los embarazos. En estas décadas tenemos una serie de especialidades, como la tocología, que ofrecían intervenciones más precisas, no ya en la concepción sino para también prevenirla. El obstetra “moderno” debía ser no solo preventivo sino un especialista en cirugía⁴⁷⁰. Para entender esto mejor, hay que ver como la maternidad y la natalidad se convirtieron en especialidades (además de objetos de atención especial).

2. La maternidad y la natalidad como especialidades médicas: del tocólogo a los saberes anticonceptivos

El tocólogo y el obstetra encajaban en el tropo heroico de ser especialidades difíciles y gratificantes⁴⁷¹. Dichas especialidades formaban parte de una educación tecnológica y técnica que

⁴⁶⁸ En una editorial a finales de la década de los treinta se denunciaban que los “tres grandes males” eran “la práctica ilegal de la medicina, el anuncio profesional y las medicinas patentizadas”. Estos males iban junto al “ay bendito”: “El eterno “ay bendito” y el sentimentalismo de nuestros compañeros médicos, ayuda grandemente a los violadores de esta ley a continuar impunemente practicando la medicina (...)”. Ver “Tres grandes males”, *BAMPR XXIX*, n°3 (1937): 111-112, 111; un argumento similar se encuentra también en Belaval, “Consideraciones generales”, 46.

⁴⁶⁹ Por ejemplo, en el 1936, J.H. Font (entonces presidente de la AMPR) denunciaba como ciertas “actitudes psíquicas y tradicionales” del pueblo, que eran parte de “nuestra morfología social”, interferían con la labor “profesional-humanitaria” del médico. Dicha “mentalidades” eran parte de la “morfología social” y un obstáculo que ofendía la práctica de los médicos y el bienestar de la humanidad. Por esa razón Font incitaba a que los médicos, como parte de su “ministerio médico-social”, lucharan contra esos “hábitos viciosos” y costumbres. Ver J.H. Font, “Discurso pronunciado por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. J.H. Font, en la sesión inaugural de la Asamblea Anual del 1936 de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR XXIX*, n°1 (1937): 6-10, 8.

⁴⁷⁰ Belaval, “La práctica”, 192.

⁴⁷¹ Por ejemplo, Belaval argüía que las dificultades del tocólogo eran tan grandes que tenían que “sacrificar su libertad de acción” ante su “servicio obligatorio” tornándose así en un “esclavo profesional”, incapaz de hacer planes propios y estar siempre atento a las necesidades de la parturienta como un “centinela alerta”. También eran objeto de ser culpabilizados o vueltos “injustamente responsables” por procesos que estaban fuera de su control durante un parto, y llevasen a una fatalidad. Ver Belaval, “La práctica”, 192, 195.

era de corte experimental y que por consecuente aludía al tropo heroico del científico descubridor y aventurado. Esto podemos verlo en Belaval, quien consideraba que las “dificultades” eran parte de la “lucha” que lograba llevar al “alivio” y el “confortar” los sufrimientos de las parturientas⁴⁷². El análisis que hace Belaval en el 1937 sobre los métodos contraceptivos es un ejemplo del tipo de trabajo empírico y experimental propio del especialista, quien revisa y actualiza las distintas técnicas, aludiendo a estudios en otros países, y con esto busca evaluar su eficacia⁴⁷³.

Cuando Belaval revisa en el 1937 las distintas prácticas anticonceptivas, en particular las que eran mecánicas (el condón o el coito interrumpido), concluyó que la mayoría de estas (desde la abstinencia sexual hasta el coito interrumpido y el método de ritmo) eran problemáticas y podían hasta causar trastornos sexuales y afectar el sistema nervioso⁴⁷⁴. La mayoría de estas técnicas y métodos eran también las más accesibles y baratas, y hasta cierto punto requerían de menor educación técnica⁴⁷⁵.

Los métodos más recomendados eran los contraceptivos químicos (variedad de jaleas y polvos), mecánicos (diafragmas, pesarios y esponjas) y quirúrgicos (como la ligadura o la oclusión de los tubos de Falopio y la ligadura del cordón espermático)⁴⁷⁶. Los procedimientos más recomendados por Belaval eran: 1) los diafragmas de goma tipo Ramses o como alternativa, para mujeres “muy ignorantes” (o “muy gruesas y bajitas” que les era “imposible colocarse el presario

⁴⁷² Belaval, “La práctica”, 191.

⁴⁷³ La publicación del análisis de Belaval no solamente es significativa por su intento de ofrecer un lista y revisión impresionante de los mejores métodos comprobados empíricamente (en otros países); dicho texto fue publicado en el 1937 cuando recién se había legalizado educar y promulgar técnicas contraceptivas.

⁴⁷⁴ Resulta sugestivo que el obstetra desestime algunos de estos métodos, como el de “cálculo” y el coito interrumpido o el método de ritmo”, no tanto por su eficacia sino porque afectaban emocional y psicológicamente a los individuos. Decimos sugestivos porque las mismas consideraciones no son si quiera ponderadas cuando se revisan otros métodos químicos y quirúrgicos, incluyendo la esterilización (como si no tuviesen efectos emocionales ni psicológicos). Ver Belaval, “Métodos”, 485-86.

⁴⁷⁵. Ver Belaval, “Métodos”, 486-87.

⁴⁷⁶Ver Belaval, “Métodos”, 486-490.

de Ramses”) las esponjas de goma con polvo antiséptico; 2) las jaleas contraceptivas; 3) el uso de condón (en particular en casos de marcados prolapsos uterinos); y, 4) la esterilización, la vasectomía, la ligadura de las trompas (por vía vagina o abdominal) y la oclusión o electroregulación de las trompas por vía intrauterina, siempre y cuando fuesen deseadas/consentidas⁴⁷⁷.

Sin desestimar los esfuerzos del análisis de Belaval, y lo que es posiblemente el primer texto que oficialmente se publica en el país en donde se analizan las evidencias que existían dentro de la comunidad científica respecto a la eficacia de los métodos contraceptivos, hay que contextualizar las implicaciones y posibles intencionalidades de dicho análisis. La eficacia no se analizaba solo en términos de los “medios” bioquímicos óptimos⁴⁷⁸ (para “paralizar” o detener el espermatozoide) y se consideraba también “lo psicológico” y “lo social” (lo cual incluía la educación y las “condiciones de vida”) para que así el método seleccionado fuese práctico, de fácil aplicación y económico⁴⁷⁹. Si tomamos en consideración el estudio clínico hecho por Belaval y Beebe en el 1942, no nos debe sorprender que la finalidad era elegir el método que fuese a la misma vez el más fácil (de implementar) y el que tuviese efectos más permanentes para las mujeres pobres. En otras palabras, la finalidad era empujar aquellos métodos que fuesen más rápidos, cuando no permanentes, en asegurar la contracepción dentro de un grupo cuya reproducción era percibida como disgénica, indeseable e insalubre.

Cada vez más, los especialistas buscaban regular no solo la reproducción natal sino las conductas y recursos de las familias, y por esa razón el trabajador social va a ser una figura clave

⁴⁷⁷ Belaval, “Métodos”, 491.

⁴⁷⁸ Belaval, “Métodos”, 485.

⁴⁷⁹ Según Belaval, debido a las diferencias anatómicas y psicológicas, e incluso de “inteligencia, educación” y “condiciones de vida”, las terapias contraceptivas debían ser “adaptables” a dichas. Los contraceptivos debían tener una serie de condiciones, tales como “ser efectivos y fisiológicos”, “sencillos y de fácil aplicación”, suficientemente “económicos que estén al alcance de todas las fortunas”, no debían alterar “los factores psíquicos del acto sexual” y debían ser “inofensivos”. Ver Belaval, “Métodos”, 485.

que suponía cooperar y complementar al médico. En ese contexto la diversidad de lo social era reducida a la unidad familiar y el acento recaía nuevamente sobre las mujeres y, desde otro registro, el salvaguardar la niñez.

3. La estructura familiar, lo “socioeconómico” y la niñez como problemas médico-sociales

Evidentemente, esta disertación no puede cubrir todos los registros del trabajo social, y lo que nos concierne es ver su relación con la medicina y la Salud Pública, en particular a partir de la década de los cuarenta, cuando el trabajo social adquiere mayor visibilidad como herramienta estatal⁴⁸⁰. El “trabajo social era usualmente designado, al menos entre los médicos, como un profesional “médico-social” que cumplía una suerte de rol “educativo” e incluso moralizante que complementaba al servicio médico⁴⁸¹. El trabajador social ofrecía de esta forma un “servicio social” (*social service*) que suponía atender a los pacientes en el proceso de admisión y de adaptación “psicológica” al proceso. Esta supuesta “perspectiva psicología” (*psychological angle*), como lo designaba un galeno, consistía en ajustar las necesidades específicas y privadas del paciente que pudiesen afectar el tratamiento médico (que iban desde la situación económica hasta la personalidad⁴⁸²), a la vez que los educaba para convertirlo en un “cooperador” de las

⁴⁸⁰ Ya en la década de los veinte encontramos cursos de servicios sociales asociados a higiene y en la década de los treinta cursos formales en la UPR. Al respecto vale contextualizar que, si bien en el 1935 se establece el Departamento de Trabajo Social en la UPR, ya en el 1923 Beatriz Lasalle, bajo el auspicio también de Harry Shelbourne de la Cruz Roja, ofreció unos cursillos en ese verano en la UPR. En el 1924 se hizo otro cursillo en el Hogar Masónico de Río Piedras, y entre los temas impartidos estuvo el manejo de la tuberculosis, la uncinariasis, la higiene sexual “para señoritas” y otras para “hombres”, el “cuidado del niño”, entre otros temas. En tales cursillos participaron también médicos, entre ellos Ramon Lavandero, Fernós Isern, Goenaga y Rodríguez Pastor. También se ofrecieron cursillos en otros años (1929-30, 1934). Al irse los fondos de PRERA hubo problemas para continuar y el Departamento fue dado de baja poco después y quedó adscrito a la Facultad de Pedagogía hasta el 1944 cuando lo transfieren a la Facultad de Ciencias Sociales. Ver “Historial de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Puerto Rico”, *RSS X*, n°4 (1949): 2-8, 2-5.

⁴⁸¹ Ernesto Quintero, “Medico-Social aspects of the venereal diseases work in the Health Department”, *BAMPR XXXII*, n°9 (1940): 324-28, 324. dejándonos ir por las publicaciones en el *BAMPR*, Quintero se especializaba en sífilis y urología (hemos de suponer que posiblemente era urólogo).

Quintero, “Medico-Social”, 324

⁴⁸² La labor de los departamentos de Servicios Sociales era “estudiar la situación social del paciente, su personalidad, sus problemas de familia, su situación económica; averiguar cómo aquellas afectan, complican y retardan el

recomendaciones médicas⁴⁸³. Desde la perspectiva médica el rol del trabajador social se enfocaba más en los aspectos psicológicos y sociales mientras que el médico atendía lo físico⁴⁸⁴. Ejemplos de estos aspectos “psicológicos y sociales” eran evaluar la asignación de estipendios para casos que requerían mejorar su dieta, en particular si eran niños⁴⁸⁵, y manejar parcialmente asuntos de abuso doméstico u otros problemas de/en la familia que pudiesen obstaculizar las recomendaciones médicas⁴⁸⁶.

A partir de un lenguaje higiénico el trabajador “médico-social” era definido como un “rehabilitador” social, ambiental y vocacional que asistía en la recuperación médica⁴⁸⁷. Sin embargo, estos servicios tuvieron muchas limitaciones y aún para el 1947 los trabajadores sociales denunciaban la falta de ayudas económicas individualizadas y vocacionales para los pacientes (en especial para los de tuberculosis)⁴⁸⁸. El discurso médico le adjudicaba al trabajador social un rol casi policial, de vigilar y asegurar que los pacientes colaboraran; a la vez que les exigían implementar técnicas psicológicas como parte de la rehabilitación social del paciente (en particular con los tuberculosos). De esta manera, los higienistas aconsejaban que “lo psicológico” debía

tratamiento médico; ayudar al paciente y a su familia a enfrentarse con estas dificultades y a tratar de eliminarlas”. Ver Servicio Médico Social del Hospital de Distrito de Fajardo, “El trabajo médico-social en un Hospital de Distrito”, *BAMPR XXXVIII*, n° 10 (1946): 446-49, 446.

⁴⁸³ Quintero, “Medico-Social”, 327.

⁴⁸⁴ Ver Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 446.

⁴⁸⁵ Por ejemplo, en el caso de un niño de 11 años, huérfano de padre y con una madre que trabajaba, dado a que él era la otra fuente de ingreso para asistir a la madre en sostener a sus cinco hermanos requería de un estipendio. Al ser diagnosticado con tuberculosis se le asignó un estipendio de \$3.00 dólares mensuales a través de la Cruz Roja y el Negociado a Asistencia Pública le dio \$7.50 mensuales adicionales. Ver Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 447.

⁴⁸⁶ Ver, por ejemplo, Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 446-47; Luis Manuel Morales, “El Servicio Social y la Higiene Mental”, *RSS I*, n°3 (1939): 18-19,18.

⁴⁸⁷ Por ejemplo, esto puede verse en el rol adscrito al trabajador social para la rehabilitación/recuperación (dos términos que podían terminar confundiendo en este contexto) de los pacientes de tuberculosis. Por ejemplo, en estos contextos el trabajador social debía facilitar los medios para que los pacientes tuberculosos aprendiesen un nuevo oficio adecuado porque el estipendio dado por la Oficina de Asistencia Pública (7.50 dólares para el 1947) no daba ni para 15% de lo necesario, y no había recursos necesarios para atenderlos. Esta cifra e identificación de los problemas del estipendio aparecen en un Informe de la División de Rehabilitación Vocacional del 1944-47, dedicado al aspecto de rehabilitación vocacional en pacientes con tuberculosis. Ver Jiménez, “El problema”, 17-18.

⁴⁸⁸ Jiménez, “El problema”, 19.

tomarse en consideración como parte del rol del trabajador social, y en particular la “higiene mental” cuando se estaba atendiendo individuos y sus familias. Por eso no es extraño ver que psiquiatras, como por ejemplo Luis Manuel Morales García, escribiesen artículos en la RSS para educar y aconsejar a los trabajadores sociales en torno a la pertinencia del análisis psicológico. Dicho análisis psicológico evaluaba las relaciones filiales y la relación entre economía, conducta y criminalidad como parte de una mirada higiénico-mental y preventiva que recalcaba la pertinencia de intervenir temprano⁴⁸⁹. La analogía que traza al respecto Fernós Isern es muy sugestiva: con la enfermedad mental se debe hacer como el cirujano ante un órgano enfermo o canceroso, y por esa razón se intervenía y analizaba la niñez para así lograr corregir los malos hábitos.

Sin embargo, vale notar cómo este saber psicológico reflejaba sesgos sociales muy propios de una clase médica que tenía prejuicios clasistas y sexistas. Si remitimos a los artículos de Morales García, podemos apreciar como el análisis psicológico estaba en función de resaltar los efectos negativos de la “dependencia económica” (y recordemos que quienes solicitaban estos servicios eran, en su mayoría, familias pobres), del uso del dinero para adquirir poder, amistades, influencias o compensar ciertas debilidades⁴⁹⁰. También vemos sesgos sexistas muy propios de la época y de

⁴⁸⁹ Basta ver cómo el psiquiatra Morales García apuntaba a ello en publicaciones dirigidas a trabajadores sociales, en donde les aconsejaba sobre el tipo de técnicas y herramientas que debían estar disponibles para que así se hiciera un diagnóstico y tratamiento adecuado. No bastaba aplicar la técnica sino también se debía conocer sobre higiene mental para así “entender el significado de las emociones en la vida de la familia y el efecto de estos lazos emocionales en la conducta”. Este saber contribuía a la “técnica del trabajador social”, para que este pudiese “reconocer y valorar los factores psicológicos que puedan estar minando la vida de una familia”. Ver Luis Manuel Morales, “El Servicio Social y la Higiene Mental”, *RSS I*, n°3 (1939): 18-19, 18.

⁴⁹⁰ Por ejemplo, en un artículo publicado en la RSS Morales, aludiendo a estudios de Miss Grace Marcus (“*Some aspects of relief in family case work*” y “*The mental hygiene of economic dependence*”), discute los aspectos diversos y “emocionales inconscientes” que gobiernan la adquisición de dinero. Por ejemplo, Morales menciona un caso en donde se analiza la relación familiar para ver si, al haber tenido padres muy protectores y “amorosos”, este adulto desconocía lo que era “tener necesidades” y pensaba que tenía un “derecho sagrado e inviolable a que se le provea con medios de vida”. La finalidad de esta discusión, amparada en el trabajo de Marcus, buscaba demostrar como “dar ayuda monetaria para remediar una situación puede tener consecuencias y significados insospechados por el trabajador social que desconozca los principios básicos de la medicina psicológica”. Así pues, según Morales “si no se toma en

una psiquiatría que tendía a culpabilizar e hysterizar a las mujeres. Llama la atención como en el caso del análisis de Morales se evocan imágenes que tenían que ver con mujeres resentidas o demasiado libres que causaban que los hombres se sintiesen inadecuados y/o celosos⁴⁹¹. Evidentemente no todo los saberes de la psicología reflejaban estos sesgos y por eso es preciso que contextualicemos el emerger de un nuevo saber “psicológico” que se centraba en un análisis aparentemente innovador de las emociones y la sexualidad.

4. La relevancia médica de “lo psicológico”: la sexualidad, las emociones y un saber sobre la enfermedad mental

En Puerto Rico hubo una escasez de psicólogos, de psiquiatrías y de textos publicados sobre estos temas. En el BAMPR hubo una ausencia palpable de textos sobre psiquiatría y psicología, y los pocos textos que encontramos durante esta época son textos de psiquiatras que explicaban la relevancia y rol del psiquiatría y ciertas teorías psicológicas. Curiosamente, hay más textos publicados sobre psiquiatría y psicología en la RSS que en el BAMPR. Estos textos nos permiten apreciar que la carencia era algo conocido entre los médicos, y por esa razón se buscaba “educar” sobre el tema y con ello buscar legitimar los saberes de la psicología y la psiquiatría como especialidades autónomas, además de útiles para el saber médico. El desarrollo de teorías e investigaciones de psicología en Puerto Rico fue un proceso lento y aún para la década de los cuarenta la figura del psicólogo no aparece en los textos médicos, aún si se aluda, de forma errática

consideración el significado psicológico que el auxilio económico directo puede tener para el cliente, se expone el que lo da a crear reacciones emocionales destructivas que pueden viciar de nulidad todos los esfuerzos que se intenten en cuanto a tratamiento en un caso determinado”. Ver Morales, “El Servicio Social”, 18.

⁴⁹¹ Morales hace alusiones madres que odian a sus hijos porque inconscientemente los identificaban con su primera marido, “brutal y vicioso que la maltrató durante los primeros años de matrimonio”, de una pareja recién-casada, en donde los “celos morbosos” del marido se debían, o se averiguó (a través de la trabajadora social) que sus “raíces emocionales” radicaban en “el hecho de que ésta [la esposa] le había permitido a él mismo ciertas libertades en su trato íntimo, cuando eran novios, y el ahora resultaba incapaz de perdonar semejante indiscreción”. Vale notar que hay una ausencia casi total de analizar el rol de los hombres y los padres. Ver Morales, “El Servicio Social”, 19.

a conceptos “psicológicos”. Tenemos publicaciones que mencionaban las teorías de percepción de la *Gestalt*, del condicionamiento conductista/behaviorista y de estudios sobre la consciencia, pero no aparecen prácticamente en las revistas médicas⁴⁹². Aunque existían cursos de psicología desde la década de los veinte,⁴⁹³ no hay casi publicaciones de psicología. A su vez, los trabajos y temas abarcados eran a nivel investigativo (y no clínico o terapéutico) y con tendencias funcionalista, conductista y psicométrica⁴⁹⁴. Al parecer, los inicios de la psicología clínica, al menos en términos de su visibilidad como profesión, se dan con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial⁴⁹⁵, al crearse en la UPR un Programa de Orientación para los veteranos. También sabemos que en el

⁴⁹² De los pocos textos que se publican en la década de los veinte es por un profesor de Derecho, Juan B. Soto, quien además también escribe sobre criminología. Su texto es una suerte de revisión sobre “psicología contemporánea”, resumiendo algunas de las escuelas, en particular la conductista o *behaviorist* (en particular John Watson y Edward Thorndike) y la *Gestalt* (las teorías sobre las formas de percepción, en particular Kurt Koffka). Soto parece favorecer la explicaciones de la *Gestalt* por encima de las teorías conductistas. Ver Juan B. Soto, *Las leyes mecanicistas del aprendizaje y la nueva psicología alemana (Gestalttheorie)* (Madrid: Espada, 1923).

⁴⁹³ De los pocos textos que abarca esto es el de la psicóloga Sofía González-Rivera. De acuerdo con la autora, los primeros cursos de psicología se dieron en el Colegio de Educación en la Universidad de Puerto Rico en la década del veinte (cursos de *General Psychology*, *Educational Psychology* y *Tests and Measurements*). Los temas eran variados, pero es preciso notar el interés que hubo por la psicología experimental, el conductismo, el funcionalismo y la medición (entiéndase, la psicometría). Muchos de los profesores eran graduados de la Universidad de Columbia, lo cual pudiese explicar el sesgo por perspectivas funcionalistas, cuantitativas/estadísticas y conductistas. Hasta el 1943 estos cursos fueron ofrecidos principalmente en el Colegio de Educación (algunos otros, en Derecho). El primer director del Departamento de Psicología, dentro del Colegio de Educación, fue Fred Walter. Además de Walter, tenemos otros psicólogos que dieron clases y publicaron textos (al parecer en el periódico), al menos entre la década de los veinte y la de los cuarenta, como Teobaldo Casanova, Malvina Monefeld, Ramón Ramírez López, Ismael Rodríguez Bou, Mercedes Chiqués Walsh, Néstor Vincenty, Alfredo Silva, Julio Sellés Solá, Eva Milán Martínez y Efraín Sánchez Hidalgo. De todos estos, por el momento el único que he podido ubicar en alguna publicación médica o dentro de la RSS es Sánchez Hidalgo (y es para el 1951). Ver Sofía González-Rivera, “La producción escrita del Departamento de Psicología en la Universidad de Puerto Rico entre 1923-1943”. *Estudios e Pesquisas em Psicologia* 13 n°2 (2013): 768-778, 770-71.

⁴⁹⁴ Fred Walter, junto a Malvina L. Monefeld, Alfredo Silva y Mercedes Chiqués habían traducido, para finales de la década de los veinte, la primera versión de la prueba de Coeficiente de Inteligencia de Binet-Simon. En el 1935 Walter y Walsh publican un texto sobre psicometría (*Detalles del Test Hispanoamericano de Habilidad y Aprovechamiento*). Al parecer el Departamento de Psicología modificó y distribuyó “tests” psicométricos y educativos como el *Spanish American Test of English* y el *Test Hispanoamericano de Habilidad y Aprovechamiento* (tanto para escuelas públicas como para las privadas). La lógica fue trazar comparaciones con otros países, sin embargo, los detalles de estos análisis no son discutidos en el texto de González-Rivera. Ver González-Rivera, “La producción”, 772-73, 776.

⁴⁹⁵ En teoría se supone que existían psicólogos trabajando en agencias gubernamentales, pero hasta la fecha carecemos de un análisis histórico que localice con precisión las funciones, lugares y figuras clave asociadas a la profesión. Por ejemplo, el psicólogo Guillermo Bernal menciona en un artículo que el Negociado del Bienestar del Niño ofrecía servicios psicológicos y psiquiátricos, pero no queda claro cuál era exactamente el rol del psicólogo en este espacio. Ver mención en Guillermo Bernal, “La psicología clínica en Puerto Rico”, *Revista Puertorriqueña de Psicología* 17 (2006): 341-388, 352.

1941 se inauguró un programa de servicios de higiene mental para estudiantes universitarios en la UPR, creado por Morales García⁴⁹⁶. Antes del 1946 el rol del psicólogo parecía reducirse, inclusive en espacios como el Hospital Psiquiátrico, a la administración de pruebas de inteligencia (lo cual resulta sugestivo, si consideramos el apego que hubo entre los eugenistas y la psicometría)⁴⁹⁷.

Pese al repetido reclamo, presente ya desde las primeras décadas del siglo XX, de una percibida alza en las enfermedades mentales y su correlación con alzas en criminalidad, se carecían aun de servicios psicológicos de reclusión y tratamiento (lo cual incluía “escuela especiales” para niños con problemas mentales)⁴⁹⁸. Aún para el 1947 Pons lamentaba la falta de un “programa de higiene mental”⁴⁹⁹, el cual apenas iniciará en la década de los cincuenta a través de iniciativas propuestas por Arbona⁵⁰⁰. Además de las publicaciones y repetidas carencias mencionadas, tenemos también unos pocos textos dedicados a psicoanálisis y sexualidad, entre los cuales se encuentra el de Fernando Ordóñez, prologado por Fernós Isern, quien celebraba que la sexualidad fuese discutida

⁴⁹⁶ No se encuentran muchos detalles de este servicio, pero si nos dejamos ir por lo que expone Morales en el 1942, en una conferencia en donde resume algunos de sus casos clínicos, dicho servicio inicia en septiembre del 1941. Se llevaban a cabo entrevistas y pruebas para identificar síntomas mentales y somáticas para entonces programar las sesiones psicoterapéuticas las cuales se amparaban en el llamado “método dialéctico”. Curiosamente, Morales no dice que explícitamente ofrece psicoanálisis pese a que las técnicas descritas del “método dialéctico”, como la asociación libre, el análisis de los sueños y la hipnosis estaban directamente asociadas al psicoanálisis. No queda claro si Morales era la única persona que ofrecía dichas terapias, pero en el periodo de 13 meses atendió a 70 estudiantes universitarios. Ver Luis M. Morales, “Mental hygiene problems of students at the University of Puerto Rico”, *BAMPR XXXIV*, n°11 (1942): 392-401, 392-93.

⁴⁹⁷ Bernal, “La psicología”, 353; Guillermo Bernal, “60 years of clinical psychology in Puerto Rico”, *Revista Interamericana de Psicología XLVII*, n°2 (2013): 211-226, 212.

⁴⁹⁸ Por ejemplo, en el 1939 el psiquiatra José D. Jiménez apuntaba a la necesidad de clínicas de higiene mental ante el alto número de “enfermos mentales” (de 4,000 a 7,000, de los cuales solo tenían 1,500 reclusos). Aludiendo a estimados (sin proveer dato concreto alguno), consideraba que muchos de los enfermos mentales pasaban de forma desapercibida y eran “responsables de actos delincuentes o perversiones morales”. Jiménez denunciaba que aún en San Juan, Ponce, Mayagüez y Caguas no había escuelas para “retardados mentales”. En el 1942 Morales denunciaba la falta de centros o espacios de tratamiento psiquiátrico, y por esa razón el tratamiento dependía posiblemente de lo que los médicos y oficiales sanitarios ofrecieran en las estaciones de primeros auxilios. Ver José D. Jiménez, “Necesidad de clínicas de higiene mental”, *RSS I*, n°3 (1939): 11-14, 11; Luis M. Morales, “Notes on the neuroses of war in the civilian population”, *BAMPR XXXIV*, n°3 (1942): 83-89, 85.

⁴⁹⁹ Pons, “Discurso”, 251.

⁵⁰⁰ Guillermo Arbona, “Comienzos de un programa de salud mental para Puerto Rico”, *BAMPR XLII*, n°11 (1950): 676-681, 677-80.

finalmente con la debida seriedad científica y extirpada de miedos, vergüenzas y tabús⁵⁰¹. Sin embargo, el texto de Ordóñez es más teórico y observacional⁵⁰² que un análisis clínico del tema⁵⁰³. Tenemos además unos pocos artículos de corte psicoanalítico y psiquiátrico por Luis Ortega y Luis Manuel Morales con claras influencias freudianas y centrados en el concepto del instinto y la satisfacción sexual⁵⁰⁴.

En resumidas cuentas, se pudiese decir que durante esta época el estudio de “lo mental” estuvo aún influenciado mayormente por el campo de la psiquiatría, el cual se tornaba cada vez más en una técnica terapéutica que trascendía los confines de los asilos, los reformatorios y los manicomios, y que buscaba intervenir e influir en espacios educativos, domésticos y asociados a servicios sociales. Para nuestros fines, el psiquiatra Luis Manuel Morales García es la figura más pertinente en esta época, no solo porque fue posiblemente el psicoanalista y psiquiatra más reconocido en el País⁵⁰⁵, sino porque fue uno de los pocos médicos que ofreció una crítica explícita y científica a la eugenesia. Los conocimientos de psicología y psiquiatría de Morales García entremezclaban psicoanálisis, psicobiología (de Adolf Meyer), filosofía vitalista (Ortega y Gasset y Unamuno), psicología de las masas (William McDougal) y una crítica a los problemas

⁵⁰¹ Fernando Ordóñez, *Influencia del instinto sexual sobre las facultades psíquicas* (prólogo de Dr. A. Fernos Isern) (s.l., s.e., 1936), ii.

⁵⁰² El ensayo en sí no era otra cosa, según la admisión del autor, que “el producto de mis observaciones al azar y escrita en los ratos sueltos que mi prosaica profesión me permitieron”. Ver Ordóñez, *Influencia*, v.

⁵⁰³ Llama la atención que teóricamente parecer estar influenciado por el médico español y eugenista Gregorio Marañón (además de Freud obviamente), a quien menciona a través el texto y en la introducción. Entre las ideas eugenésicas de Marañón estaba la supuesta relación fatal entre fecundidad y mortalidad infantil (cuanto más fecundas las mujeres, mayor era la mortalidad infantil). Para una discusión en torno a las ideas eugenésicas de Marañón, ver Alejandra Ferrándiz y Enrique Lafuente, “El pensamiento eugénico de Marañón”, *Asclepio* LI, n°2 (1999): 133-48, 137-38.

⁵⁰⁴ También debemos añadir que en el 1948 se publica un libro llamado *Psicología del Matrimonio*, escrito por Colita Mercado, una periodista. Lo poco que hemos podido encontrar sobre el texto es lo que ha señalado brevemente Bernal: es posiblemente el primer libro que integraba conocimientos psicológicos al contexto de relaciones románticas. Ver Bernal, “La psicología”, 354; Bernal, “60 years”, 213. Colita “Mercado de Dimas-Aruti”, *La Red Bibliográfica de Puerto Rico*, recuperado en http://www.angelfire.com/super2/barceloneta/personasimportantes/arteycultura/colita_mercado.html.

⁵⁰⁵ En particular una vez fallece Francisco Goenaga en el 1937. También fue presidente de la AMPR en el 1946. Ver Manuel Quevedo Báez, “Dr. Francisco R. de Goenaga”, *BAMPR* XXIX, n°3 (1937): 115.

taxonómicos de la locura (en particular influenciado al parecer por Karl Menninger)⁵⁰⁶. Esta diversidad de teorías le permitía a Morales García presentar una psiquiatría relativamente nueva, capaz de trascender los límites de la biología y la fisiológica, adoptando así una perspectiva más holista⁵⁰⁷ y, en apariencia, más humanista, inclusiva e integradora.

Morales García va a insistir que lo mental debía entenderse como una “unidad” que involucraba a todo el organismo y no como algo aparte del cuerpo (o entendido de forma dualista)⁵⁰⁸. El psiquiatra lamentaba que en el País había pocos médicos que adoptaran esta perspectiva,

⁵⁰⁶ Luis Manuel Morales, “Editoriales: En torno a la locura”, *BAMPR* XXIV, n°199 (1932): 155-59, 155; Abelardo Díaz Alfaro, “Consideraciones en torno a un psiquiatra: Dr. Luis M. Morales”, *RSS* II, n°2 (1940): 6-7, 6.

⁵⁰⁷ Originalmente, el término “holismo” aparece como un concepto en el 1926 en un texto de J.C. Smuts. Smuts argüía que con holismo se refería a que “el todo” (digamos la totalidad) no podía reducirse a la suma de las partes. Esta noción existía ya en otras filosofías y teorías, como la *Gestalt* en la psicología (presenta ya en las teorizaciones de Christian von Ehrenfels para finales del siglo XIX) y las filosofías denominadas “vitalistas” o asociados al vitalismo. Lo pertinente es notar que dicho concepto va a integrarse también a la biología en la década de los treinta del siglo XX en la obra de John Haldane y Adolf Meyer. En ocasiones algunos biólogos celulares adoptaron una especie de “holismo” llamado “organicismo”. Vale aclarar que este organicismo no debe confundirse con el organicismo que hemos visto hasta el momento (que es de carácter materialista y reduccionista). Los organicistas de corte holista argumentaban que los sistemas vivos tenían propiedades emergentes que eran irreducibles a sus partes; y por ende lo que definía tales propiedades emergentes era la organización total e interacción del organismo (como argüían, por ejemplo, Kurt Goldstein y a su modo el filósofo Merleau Ponty). Morales García, el psiquiatra puertorriqueño, no utiliza directamente el término “holismo” en los textos revisados, pero los autores que utiliza y los conceptos que maneja coinciden con posturas holistas en la psicología y la psiquiatría (por ejemplo, psicoanálisis, la psiquiatría de Karl Menninger y el modo que enfatiza en las emociones) que criticaban el reduccionismo fiscalista y biológico. Además, su apego a las teorías de corte vitalista de Ortega y Gasset y la psicobiología de Adolf Meyer (quien defendía la postura de “organicismo”) son también una pista de sus inclinaciones holistas. Vale aclarar que, si bien una postura holista y vitalista podía oponerse a la eugenesia, eso no quiere decir que no hubiese vitalistas y holistas racistas y eugenistas (ejemplo de ello es Adolf Meyer y su asociación con el nazismo). Por ejemplo, el holismo fue utilizado por científicos nazis, incluyendo psicólogos, para definir el *Volk* y el espíritu alemán, asociándolo también con las posturas de psiquiatras eugenistas como Alfred Hoche. Ver entradas de “Holismo” en Mark Rosenthal y Pavel Iudin, Pavel, *Diccionario filosófico* (Montevideo: Pueblo Unido, 1965) y en Ivan Frolov, *Diccionario de filosofía* (Moscú: Editorial Progreso, 1984). Ambos recuperados en <https://www.filosofia.org/enc/ros/holi.htm>. Ver también Robin Rollinger y Carlo Ierna, “Christian von Ehrenfels”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, recuperado en https://plato.stanford.edu/entries/ehrenfels/#_GesQua.; William Bechtel y Andrew Bollhagen, “Philosophy of Cell Biology”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, recuperado en <https://plato.stanford.edu/entries/cell-biology/>; Ted Toadvine, “Merleau Ponty”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, recuperado en <https://plato.stanford.edu/entries/merleau-ponty/>; Kevin S. Amidon, “Adolf Meyer-Abich, Holism and the Negotiation of Theoretical Biology”, *Biological Theory* III, n°4 (2008): 357-370; Nicholas Vine, “Psychology under the Third Reich”, *IQP* (2009), recuperado en <https://digitalcommons.wpi.edu/iqp-all/2080/>.

⁵⁰⁸ Ver Luis Manuel Morales, “The psychiatric viewpoint in general medical practice”, *BAMPR* XVIII, n°11 (1936): 251-268, 251-52, 260 y Luis Manuel Morales, “Corrigiendo concepto [sic] erróneos sobre enfermedades mentales, II”, *RSS* VI, n°2-3 (1945): 5-11, 9.

prevaleciendo una perspectiva organicista⁵⁰⁹, lo cual explicaba por qué muchos médicos no tomaban en consideración los factores emocionales y ambientales. También buscaba demostrar que la psiquiatría era una ciencia útil para las ciencias médicas, en particular lo que concierne los conocimientos de psicopatología. Esto iba a tono con recalcar la pertinencia de las técnicas psicoterapéuticas para atender problemas mentales en momentos críticos, como la guerra⁵¹⁰, o para inclusive los casos cotidianos (que no parecen ser patológicos). El arte terapéutico de la psiquiatría podía aportar algo distintivo porque no se quedaba en la descripción de los síntomas, sino que buscaba explicar los desórdenes mentales y sus causas⁵¹¹ y esto podía a su vez mejorar la terapéutica médica al tomar en consideración el trato emocional con el paciente⁵¹². Según Morales, la perspectiva psiquiátrica no solo era más efectiva sino era también una “ciencia natural” que integraba un saber con un “trasfondo humanista” que se nutría de otras disciplinas⁵¹³. Para demostrar esto Morales dedicó varios textos⁵¹⁴ a aclarar los objetivos de la psiquiatría y a analizar el rol histórico que tuvo este saber psicológico, racional, moderno y científico en descubrir la verdadera etiología de las enfermedades mentales⁵¹⁵. Según Morales, la psiquiatría era desprestigiada porque aún existían explicaciones sobrenaturales y posturas organicistas y dualistas entre los médicos y la población general⁵¹⁶.

⁵⁰⁹ Morales aclaraba que los muy pocos médicos que sí entendían esta mirada no organicista provenían de la psiquiatría y la neurología. Ver Morales, "The psychiatric", 255-56

⁵¹⁰ Ver Morales, "Notes", 83.

⁵¹¹ Ver Morales, "The psychiatric", 251-52, 255.

⁵¹² Ver Leland E. Hinsie, "The person in the body", *BAMPR XXXIX*, n°1 (1947): 1-13, 1-2, 12, 14-15.

⁵¹³ Morales, "The psychiatric", 251.

⁵¹⁴ Morales dedica varios artículos en la RSS para corregir ciertos errores respecto a lo que eran las enfermedades mentales, en particular que “tiene el público”, y en ese sentido llevar a cabo más una “labor de vulgarización de tópicos relacionados con la salud mental”. En el BAMPR sus textos se concentran más en críticas a las teorías médicas y psiquiátricas. Ver Luis Manuel Morales, “Corrigiendo conceptos erróneos sobre enfermedades mentales”, *RSS V*, n°4 (1944): 3-7, 3.

⁵¹⁵ Esto puede notarse más en Morales, "The psychiatric", 251-554; Morales, “Corrigiendo II”, 5-11.

⁵¹⁶ Morales argüía que el enfoque psiquiátrico tendía a ser rechazado porque, por un lado, la sociedad aún asumía en ocasiones explicaciones sobrenaturales o metafísicas; y, por el otro, existía una postura organicista y dualista que negaba la pertinencia de lo mental o asumía explicaciones anticuadas (como el animismo). Ver Morales, "The psychiatric", 252-54.

Vale detenernos un poco en la discusión que hace Morales en sus recorridos y aclaraciones “históricas”, para así apreciar mejor cómo sus argumentos cuestionaban parcialmente la práctica médica de la época, pero a la vez reproducía aún algunos de sus prejuicios y limitaciones. Morales ofrece un breve recorrido histórico en torno a las “teorías” y “nombres distintos” que se les ha dado a las enfermedades mentales para así justificar que la aproximación más racional, moderna y científica es la de la psiquiatría actual. En el análisis del psiquiatra cada postura refutada es a su vez “psicologizada” y vuelta en una suerte de problema conductual o de personalidad. Las primeras explicaciones históricas a las enfermedades mentales eran las religiosas, las cuales se referían a personas como “endemoniadas” o castigadas por haber cometido un pecado⁵¹⁷. Dichas explicaciones demonizaban y perseguían punitivamente a los pacientes y por lo tanto reflejaban un mecanismo primitivo de defensa que se nutría de pensamientos supersticiosos, fantásticos e infantiles. Morales utiliza el concepto de “miedo” para explicar que la existencia de estas explicaciones o mentalidades fantásticas, religiosas y primitivas eran, hasta cierto punto, proyecciones infantiles⁵¹⁸. Estas explicaciones, al estar motivadas por miedo, no podían distinguir lo que sienten, lo que les sucede y lo que sucede en el medio. Lo no comprendido se convertía así en amenaza, en reacción emocional y por ende miedo. De acuerdo con el psiquiatra, el miedoso, como no comprende, se queda en los efectos que lo invaden e influyen, y por eso muchos miedosos le temen al loco. Los psicólogos y los psiquiatras, como saben la verdad (una verdad científica), no temen ni odian al loco⁵¹⁹.

Continuando su recorrido, Morales señalaba que otras explicaciones, que se presentaban como

⁵¹⁷ Morales, “Editoriales”, 155.

⁵¹⁸ Morales, “Corrigiendo II”, 5-6.

⁵¹⁹ Morales, “Corrigiendo II”, 6.

muy “pragmáticas”, consideraban, también de forma punitiva, al enfermo un “poca vergüenza”⁵²⁰. También estaban “los moralistas” cuya visión metafísica de la responsabilidad reforzaba una lógica de encierro como el único destino terapéutico⁵²¹. Hasta cierto punto, las críticas que ofrece Morales no son novedosas y empataban, al menos teóricamente, con la postura de los psiquiatras de finales del siglo XIX. Lo que sí distingue a Morales es su crítica a las teorías hereditarias y eugenésicas. Esta crítica lo distancia de psiquiatras como Goenaga y Font, quienes sí creían en la identificación de “taras hereditarias”⁵²². Interesantemente, Morales asocia indirectamente la concepción metafísica de responsabilidad con el uso de los “tests” de inteligencia, los diagnósticos de debilidad mental y las doctrinas eugenésicas; posturas que eran problemáticas porque reducían la complejidad de la mente a un solo elemento⁵²³. En un tono muy optimista, Morales declaraba que estas posturas ya no eran creídas entre los médicos, psiquiatras y psicólogos. Resulta curioso que el psiquiatra no comentase que en Puerto Rico dichas pruebas sí se estaban utilizando y continuaron usándose sin demasiada resistencia o crítica.

Morales critica las inconsistencias de los eugenistas, a quien consideraba “fanáticos” porque sus posturas no hacían otra cosa que demonizar⁵²⁴. Asimismo, encontraba problemático a los

⁵²⁰ Esta postura era muy típica entre los policías, los sargentos de ejército y los superintendentes reformativos. Ver Morales, “Editoriales”, 156.

⁵²¹ Morales, “Editoriales”, 156.

⁵²² Se pudiese decir que durante las primeras tres décadas del siglo XX Eliseo Font y Guillot y Francisco Goenaga (quien fallece en el 1937) eran dos de los psiquiatras más reconocidos del país. Si nos dejamos ir por las palabras de Quevedo Báez cuando escribe el óbito de Goenaga, el galeno menciona a ambos psiquiatras y declara que se habían destacado por sus estudios de “taras hereditarias”, “deficiencias mentales” o desequilibrios”. Ver Quevedo Báez, “Discurso”, 383.

⁵²³ Morales alude a la “falacia de los psicólogos” con sus “tests” de inteligencia y los diagnósticos de “debilidad mental”, “imbécil” y/o “morón”, el cual “se convirtió en explicación de todas las desgracias humanas, desde la enuresis hasta el contrabando de bebidas”. Añade Morales, que los “psicólogos ya no se aferran oficialmente a esta falacia, porque saben, como lo sabe todo el mundo, que la mente humana se compone de algo más que inteligencia”. Ver Morales, “Editoriales”, 156.

⁵²⁴ Dice Morales: “Después vinieron los eugenistas. Para éstos, el Diablo, se transformó en una mala tara hereditaria. Pero el hecho de que los hijos de padres imbeciles a veces llegan a ser catedráticos, mientras que algunos padres que son poco menos que prototipos de la humana perfección engendran una prole desastrosa, desanimó a la mayor parte de los fanáticos de la eugenesia”. Ver Morales, “Editoriales”, 156.

psiquiatras que asumían que todo mal se reducía a la locura o al nerviosismo. El problema con estas explicaciones era también “psicológico” porque reflejaban mentalidades ansiosas, obsesivas y supersticiosas que al no comprender y tener miedo demonizaban, moralizaban y ponían “motes” a individuos que se “portaban muy mal”⁵²⁵. Según Morales, una ciencia requería de una “verdadera comprensión del por qué esa persona es lo que es, por qué actúa de manera anormal, y qué se puede hacer para remediar el mal”⁵²⁶. Nuevamente, vale notar cómo este enfoque en las causas va de la mano con el ideal de un saber especializado que era capaz de identificar el origen, “germen” y etiología de la entidad patógena más allá de lo inmediato y lo observable. Por esa razón es que Morales, igual a otros psicólogos y psiquiatras, exigía que lo mental se estudiase con los mismos rigores metodológicos con que se habían estudiado las entidades biológicas (en particular las microbiológicas).

Consecuente con estas críticas, Morales consideraba debatible la técnica de aislar o “alienar” a los pacientes del resto de la sociedad, debido a que los privaba de libertad y de ciertos “derechos inalienables” (juego de palabras que suponemos fue a propósito)⁵²⁷. La razón era en parte porque privaba la libertad de los ciudadanos, pero en gran medida porque los modelos custodiales, correccionales y de aislamiento no eran muy eficaces. Morales también consideraba que la Ley era muy “conservadora” y reducía el problema de las enfermedades mentales y la locura a un asunto moral y de peligrosidad⁵²⁸. Ambas críticas pudieran parecer muy novedosas y radicales, sin embargo, no lo son tanto y reflejan además el interés de legitimar y extender los alcances de la psiquiatría (y hasta cierto punto, de forma indirecta, la psicología)⁵²⁹. De un modo u otro, Morales,

⁵²⁵ Morales, “Editoriales”, 156-57.

⁵²⁶ Morales, “Editoriales”, 157.

⁵²⁷ Morales, “Editoriales”, 158.

⁵²⁸ Morales, “Editoriales”, 158.

⁵²⁹ Sin menospreciar el tono crítico y aportación que hacían estas críticas, hay que contextualizar varios asuntos. Por

al ampliar los roles, saberes y quehaceres del psiquiatra, buscaba psicologizar/psiquiatrizar lo social. Inclusive, todo el quehacer humano, su historia y cultura podían ser revelados a través del saber científico-psiquiátrico; y de esa manera nos topamos nuevamente, y pese a las intenciones del psiquiatra, con una aproximación reduccionista de la acción e historia humanas. Como era propio de todo saber que se presentaba como nuevo y revelador, nos topamos con la narrativa del tropo heroico de la psiquiatría como un saber incomprendido (como lo había sido supuestamente la Higiene) y que por el bien de la Humanidad requería ser reconocido y promocionado. No en vano, los saberes de la psiquiatría son denominados también con el nombre de “higiene mental”, y como era también típico de los saberes higiénicos que buscaban depurar y regular lo social, era necesario “vulgarizarlo”⁵³⁰.

Con esto no desacreditamos las críticas de Morales contra el determinismo biológico y el uso impreciso y estigmatizante de categorías psicopatológicas. Su crítica refleja una postura holista que se oponía a las imprecisiones médicas del reduccionismo biológico, a la vez que resaltaba la relevancia del estudio psicológico-científico (distinto al estudio neurológico y fisiológico) y “moderno” de lo mental⁵³¹. No obstante, también es preciso que contextualicemos estas críticas,

un lado, Morales no proponía abiertamente una reforma institucional (o al menos no hay evidencia de ello), más allá de lo que ya habían propuesto otros (como Goenaga) para que las instituciones fuesen más “humanitarias” y trataran mejor a sus pacientes. Su crítica va más dirigida a justificar que el rol del psiquiatra y de la psicoterapia no debe reducirse al espacio asilar o de manicomio, sino ampliarse para así atender la compleja gama de enfermedades mentales, desde las más agudas hasta las más livianas. Su crítica al sistema legal iba más dirigido a cuestionar la cierta obsesión que tenían las autoridades jurídicas con reducir toda enfermedad mental a locura y a evaluar si el individuo era un peligro o no para sí y hacia la sociedad. Hacer esto, aclaraba Morales, evitaba examinar los diferentes tipos de demencias y psiconeurosis, cuya diversidad y complejidad era similar a las entidades patológicas y microbiológicas a nivel médico-clínico. Ver Morales, “Editoriales”, 158.

⁵³⁰ Esto podemos verlo en una publicación posterior, en el RSS y a mediados de la década de los cuarenta, en donde Morales ofrece una crítica similar pero dirigida no ya a las teorías médicas y jurídicas sino a los malentendidos y “disparates” (según lo expresa el autor) que tenían el público (y de forma indirecta tal vez los médicos) en torno a la enfermedad mental. La finalidad no era solo de vulgarización del saber médico-psiquiátrico sino aclarar/comprender porque existía tanto prejuicio “contra todo lo que se relacione con las enfermedades mentales”, y contra la ciencia que la estudia. Ver Morales, “Corrigiendo II”, 5.

⁵³¹ Entre los aspectos o “disparates” que Morales quería aclarar en sus artículos tenemos que: 1) no todo el que padece de una enfermedad mental está loco ni todo el que consulta a un psiquiatra está loco (y por lo tanto solo “los locos o

las cuales formaban parte del ideal de que la “ciencia moderna” de los “desórdenes mentales” era un saber “amplio” y “comprensivo” y, por lo tanto, no todo desorden o enfermedad mental debía confundirse con locura ni ser interpretado como indicativo de “degeneración moral” o algún “mal” / “maldad”⁵³². El saber “moderno” de la psiquiatría buscaba “rescatar” al sujeto enfermo de juicios morales erróneos, de forma similar como la había logrado la microbiología y la medicina moderna al proponer que las enfermedades infecciosas no eran producto de una falla moral del individuo. De esta forma se ampliaba, diversificaba y legitimaba el registro y el alcance del saber psiquiátrico dentro del discurso preventivo y de rehabilitación social.

Cuando analizamos las explicaciones de Morales en torno a la etiología notamos que no son tan distintas a las que existían en las décadas pasadas, pero sí algo más complejas y menos deterministas. Estas explicaciones etiológicas resignificaban las correlaciones entre enfermedad y herencia, sexo y raza a través de otros términos como los de “causas predisponentes” y “personales”, que eran distintos a las “causas precipitantes” o “excitantes” (que eran los eventos orgánicos que detonaban el estallido)⁵³³. La herencia influía, pero no era determinante, y hasta

los que están al borde de la locura son los que se benefician de lo que la Psiquiatría puede ofrecer”; 2) no es cierto “que la herencia es la causa principal de las enfermedades mentales y que “sufrir de una enfermedad mental es señal de degeneración o de debilidad de carácter, y que es un estigma”; 3) en las enfermedades mentales no “se debilita el cerebro”. Morales criticaba las posturas reduccionistas y equivocadas que hablaban de “debilidad cerebral” y “agotamiento nervioso” cuando físicamente tales fenómenos no sucedían (no existían cerebros débiles, fuertes, etc.). A su vez aquellos medicamentos que supuestamente tonificaban los nervios o fortalecían el cerebro eran falsos porque el cerebro no estaba físicamente afectado en la mayoría de las enfermedades mentales (entiéndase no había marcas ni traumas visibles). Visto desde este limitado crisol tecnológico de la época (antes de las técnicas avanzadas de imágenes como el CT-SCAN y los f-MRI), lo dicho por Morales no es enteramente incorrecto (no existe tal cosa como un cerebro débil que se cura tonificándolo). Hoy en día se tuviese que aclarar que, si bien no cambian las estructuras visibles, sí la actividad bioquímica, en particular la de los neurotransmisores. Ver Morales, “Corrigiendo”, 3, 7; Morales, “Corrigiendo II”, 8, 10; Marcus E. Raichle, “A brief history of human brain mapping”, *Trends in Neuroscience* XXXII, n°2 (2009): 118-126, 118-19.

⁵³² Morales, “Corrigiendo II”, 8.

⁵³³ Morales tenía la cautela de no ser determinista y como ejemplo menciona que al considerar la “muerte de un ser querido, la pérdida de bienes, un gran susto, un engaño amoroso”, deben “juntarse unas cuantas circunstancias, predisponentes y excitantes”; de esta manera evitando que un solo factor fuese la causa. Morales distingue entre las causas “*predisponentes*, que son las que *preparan*, las que abonan el terreno”, y las “*precipitantes*” o “excitantes”, que son las “inmediatamente responsables” de la “irrupción de la enfermedad”. La distinción resulta un poco arbitraria,

cierto punto las enfermedades mentales no se heredaban del todo⁵³⁴, y por eso se debían considerar los traumatismos, las enfermedades físicas e inclusive los conflictos emocionales como “excitantes” o “precipitantes” del emerger de una enfermedad mental, en particular en ciertas edades más vulnerables como era la pubertad, el climaterio (el periodo justo antes de la menopausia) y la vejez⁵³⁵. Aquí notamos otra tendencia de la época que estudiaba como ciertas edades eran más vulnerables a los estímulos del ambiente, en particular la niñez y la adolescencia. También vemos algunas contradicciones curiosas, que justificaban, dentro de un marco holista, cierto biologicismo cuando se refería a ciertos grupos, como eran los niños, los adolescentes y las mujeres que estaban más “predisuestos” a reaccionar y sentir con mayor intensidad ciertos efectos del ambiente.

Por ejemplo, aunque Morales no creía en la eugenesia, eso no evitaba que el psiquiatra apuntara a susceptibilidades por género⁵³⁶ y raciales, tratando casi como equivalentes nacionalidad y raza (por ejemplo, judíos, negros, italianos y alemanes como si fuesen categorías con funciones idénticas) para el desarrollo de ciertas enfermedades funcionales y neurodegenerativas⁵³⁷. Como fue cada vez más típico en la época, la adolescencia era definida como una etapa “importante”, y en ese sentido casi “determinante”, de conflictos internos y externos, de cambios y adaptaciones

pero en esencia si nos dejamos ir por Morales las causas predisponentes podían ser “personales” o “ambientales”, mientras que las excitantes podían ser “orgánicas” y “funcionales”. Entre las “personales” estaba la herencia, la edad, el sexo, el estado y la raza; mientras que los factores ambientales que más influían eran la educación durante la niñez, las condiciones del hogar y la ocupación. Ver Morales, “Corrigiendo II”, 10-11.

⁵³⁴ Morales, “Corrigiendo II”, 12.

⁵³⁵ Morales, “Corrigiendo II”, 11-12.

⁵³⁶ En términos de predisposición Morales señalaba que la esquizofrenia era mayor en los hombres y la locura manicodepresiva (lo hoy llamáramos depresión) era doblemente mayor en las mujeres. Ver Morales, “Corrigiendo II”, 14.

⁵³⁷ De acuerdo con Morales ciertas razas eran más “susceptibles que otras”, tomando como ejemplo como las psicosis de tipo orgánico, debido a vejez y problemas de esclerosis cerebrovascular, eran más frecuentes en los irlandeses, al igual que las “locuras por alcoholismo”. En la “raza judía demuestra gran incidencia” de las psicosis funcionales, “como la esquizofrenia y la locura maniicodepresiva”; mientras que los rusos eran más propensos a psiconeurosis y los italianos a la epilepsia. Las razas “alemana y la negra ambas muestran mayor número proporcional que otras de parálisis general progresiva, enfermedad mental debida a los estragos que produce la sífilis en todo el sistema nervioso”. Ver Morales, “Corrigiendo II”, 15.

biológicas y ambientales/sociales que debían ser vigiladas para evitar el desequilibrio de la psique o personalidad del joven⁵³⁸. El acento en la adolescencia implicaba también vigilar la niñez y, por esa razón, el trabajador social debía integrar los saberes de la “higiene mental” y con ello considerar los rasgos de la personalidad e historial del niño para así evitar no solo problemas de conducta sino también futuros delincuentes⁵³⁹.

Ya más adelante, en otra sección, veremos cómo el adolescente y la infancia serán, junto a la mujer y el obrero, figuras claves dentro del proceso de psicologización de los problemas sociales. Lo pertinente es ver cómo en Morales hay una promoción de la higiene mental como una posesión, una disciplina y un fortalecimiento de la mente que protege y conserva la salud, y a la vez previene enfermedades mentales, perfecciona mentalmente la “evolución de la raza”⁵⁴⁰ y maximiza la eficacia social y personal del individuo para así asegurar que sea autosuficiente, saludable y se adapte a la realidad⁵⁴¹. Evidentemente, de esta forma la higiene mental es representada como la clave para no solo la salud física sino el bienestar, la felicidad y la prosperidad personal y social. Esta demanda de adaptarse y aceptar la realidad exigía un modo “inteligente”, y por consecuente

⁵³⁸ Según el psiquiatra, este era el periodo inicial de maduración de la personalidad, a la vez que era un periodo de reajustes y mayor vulnerabilidad que ponía a prueba el “equilibrio mental”. Ver Morales, “Corrigiendo II”, 13.

⁵³⁹ Ver Morales, “El Servicio Social”, 19.

⁵⁴⁰ A continuación, una definición que ofrece Morales en el 1942, según un tal Dr. Edward Strecker, sobre “higiene mental”: “(...) mental hygiene as “an effort to strengthen and discipline the mind, a cultivation of its constructive potentialities so that they may be developed into helpful realities. The objective is the greater happiness of the individual, and its ultimate goal the mental or spiritual betterment and evolution of the race. In a more restricted sense, the purpose is to free the individual from blind conflicts that are disturbing him, and allow him to be free to apply himself to the problem at hand”. A esto Morales, amparándose en un tal Dr. Palmer, agregaba: “Our educational philosophy should be to foster the growth of an emotionally sturdy, intelligent, self-sufficient, physically healthy individual, possessing good insight and a good sense of reality”. Estos tipos de señalamientos estaban dirigidos a los ideales de higiene mental que debían “cultivarse” en los universitarios; no obstante, dichos valores también suponían aplicar a todo ciudadano. Ver Morales, “Mental hygiene”, 392-93.

⁵⁴¹ En el 1944 Morales define la “Higiene Mental” como la “aplicación de ciertos principios ya comprobados y aceptados por la ciencia con el fin de proteger y conservar la salud y evitar las enfermedades de la mente. Es el arte y la ciencia de aplicar estos principios para conseguir que el individuo funcione con una máxima eficiencia personal y social”. Ver Luis M. Morales, “La Higiene Mental del Combatiente”, *BAMPR XXXVI*, n°4 (1944): 186-89, 186.

“sano”, “normal” y “saludable”, de ver/sentir las cosas⁵⁴². “Adaptarse” significaba enfocarse, acomodarse y seguir los flujos de la Modernidad, y el mejor adaptado era aquel que era suficientemente flexible y versátil para no dejarse agotar y derrotar por todas las demandas “modernas”. Esta conceptualización de la relación entre emociones, adaptación y medio nos permite ver las limitaciones y prejuicios de una medicina, psicología y psiquiatría aparentemente “vitalista”, voluntarista y optimista que había reducido lo social a lo mental, y a esto a la conducta individual. Este tipo de reduccionismo, aún si aparentaba un lenguaje holista y una aproximación sistemática, relegaba a últimas instancias las condiciones de cambio y transformación a la voluntad individual o a una “adaptación consciente”⁵⁴³.

Es pertinente que notemos cómo estos reclamos, consejos y observaciones psicológico-científicas en torno al poder de la higiene mental podían obviar el “medio” (selectivamente considerado como “estimulo” o condición “precipitante”) o al menos ignorarlo lo suficiente para así exigir al individuo un modo “voluntario” de comportarse, acomodarse y adaptarse a la realidad. Esta psicologización de lo social tendía a presentarse como optimista, realista y necesaria, sobre todo en tiempos de guerra, cuando hubo cierta fijación entre los especialistas por estudiar el fenómeno del miedo. He aquí que encontramos otra figura, que, si bien no podremos elaborar

⁵⁴² Según Morales, la “salud mental” se amparaba en “una buena adaptación a la realidad de la vida”, a un “aceptar las cosas como son y no como uno se las imagina o como uno quiere que sean”. Era el “deber de todo ciudadano mantenerse en un estado óptimo de salud”, basándose en las reglas de higiene y evitando infecciosas y contagiosas. La forma “inteligente” de examinar un problema, viéndolo “desde todos sus ángulos” era la forma normal, sana y saludable. Morales, “La Higiene Mental”, 188-89.

⁵⁴³ Por ejemplo, basta ver como Ramón Arnaú, un médico que conocía de teorías psicológicas discutía las estrategias necesarias para lograr una “adaptación moderna”. El galeno señalaba que dentro del proceso de “adaptación de procesos modernos” y “distónicos” (opuestos a los “sintónicos”), se requería de cierto ejercicio de la voluntad, de una atención voluntaria y una “educación emocional” que hiciese que el sujeto estuviese al ritmo adecuado. Esta adaptación era consciente y requería ajustar los ritmos agitados de ese mundo exterior —las “emociones distónicas” de la “vida civil moderna”— y complicado del “ambiente social”, de evitar esas fijaciones inconscientes y percepciones del presente que llevaban a confusión y problemas mentales. El texto de Arnau es fascinante por su empleo de lenguaje técnico y por el modo que elocuentemente eludía elaborar una sola técnica concreta para lograr las aludidas “adaptaciones” (o si quiera, que datos, experimentos o estudios clínicos sustentaban sus argumentos). Ver Ramón Ruiz Arnau, “Las emociones y su control”, *BAMPR XXIV*, n°204 (1932):395-400, 396-97, 399

mucho, sí es preciso mencionarla: el soldado nervioso, cobarde y enfermizo y, junto a él, los ciudadanos nerviosos, histéricos y desmoralizantes.

5. La psicología del miedo y la psicopatologización del “cobarde” y el desobediente en tiempos de guerra

Dentro de la gama de problemas y asuntos a “disciplinar”, llama la atención que, durante este periodo, en particular durante la década de los cuarenta y la Segunda Guerra Mundial, se publicaron estudios enfocados en el miedo. Estos, en su mayoría publicados por Morales, aludían a la importancia de los “instintos de preservación” y a la necesidad de entender lo que “atrae” e influye en estas conductas “no deseadas”, dado que se trataba de una emoción tan “profunda”, “primitiva”, “intensa” y “magnética” como el miedo, la cual se tornaba en “ansiedad” o “nerviosismo”⁵⁴⁴. Se argüía que existían unos miedos normales y otros anormales. El primero era un mecanismo de defensa y el segundo una reacción desproporcionada, usualmente aprendida e indicativa de ansiedad y neurosis (o “nerviosismo”)⁵⁴⁵. Esta categorización naturalizaba el miedo y lo reconocía como algo normativo, siempre y cuando no fuese “desproporcional”; entiéndase por esto que no fuese mal-adaptivo o disfuncional según las expectativas sociales del “medio” (o, para ser más exactos, de las autoridades). Vale notar que lo patológico no era el “medio”, pese a que se reconociese que había viviendas, lugares y medios enfermizos, sino la reacción del organismo/individuo.

En el contexto de la Segunda Guerra Mundial, el discurso higiénico-mental del miedo presentaba al “miedoso” como un peligro, y de esa forma se entremezclaban sin dificultad el lenguaje bélico con el médico. El ansioso es descrito como “inquieto”, “inseguro”, “irritable” y

⁵⁴⁴ Ver Luis Manuel Morales, “El miedo”, *RSS I*, n°6 (1940): 4-5, 4.; Morales, “La Higiene Mental”, 186-87.

⁵⁴⁵ Morales, “El miedo”, 5; Morales, “La Higiene Mental”, 187.

buscaba “consuelo y atención”; todo lo cual era peligroso en tiempos de guerra. Asimismo, el miedoso “anormal” regaba rumores y esto contribuía a destruir la moral y motivación del pueblo, particularmente en momentos de guerra o crisis⁵⁴⁶. Sucumbir a esto, advertía Morales, era parte de las estrategias de los enemigos y por eso era preciso no hacer caso a “amenazas infundadas ni de los rumores” (entiéndase que no fuesen avaladas por las autoridades, militares, políticas o médicas), ni propagarlos tampoco⁵⁴⁷. Morales inclusive declaraba que el “enemigo número uno de la salud mental es la ansiedad”⁵⁴⁸.

Desde esta perspectiva, el rumor era un “arma psicológica” producto de reacciones mentales precipitadas/estimuladas por amenazas y preocupaciones en torno a la posibilidad de ser víctimas. Según Morales, el origen de este tipo de reacción era individual y personal y no tenía que ver en realidad con la guerra⁵⁴⁹. La “Guerra de los nervios” era una estrategia enemiga para alarmar, de hacer que los ansiosos contagiasen a otros y creasen así desconfianza e inseguridad⁵⁵⁰. Dicha desconfianza era peligrosa porque iba contra las autoridades (los jefes, gobernantes, médicos, etc.). ¿Cuáles eran los “rumores” que preocupaban? La posibilidad de un ataque aéreo. Morales no desestima la posibilidad del evento⁵⁵¹ y lo que le preocupaba era la actitud de miedo y la reiterada preocupación que no era producto de la guerra sino de los “problemas sociales” del individuo. Es muy curioso como el psiquiatra apuntaba a que estos “nerviosismos” reflejaban ganancias inconscientes internas y se daban más en aquellos que no estaban en peligro⁵⁵². Eso dicho, como

⁵⁴⁶ Según Morales, el ansioso crónico era “especialmente peligroso” en “tiempos de guerra”, porque “propaga rumores alarmantes”, convirtiéndose en un “elemento pernicioso” porque es “fuente inagotable de rumores que contribuyen a destruir la moral de un pueblo”. Ver Morales, “La Higiene Mental”, 187.

⁵⁴⁷ Morales, “La Higiene Mental”, 188.

⁵⁴⁸ Morales, “La Higiene Mental”, 189.

⁵⁴⁹ Morales, “Notes”, 83.

⁵⁵⁰ Morales, “La Higiene Mental”, 188.

⁵⁵¹ Morales, “Notes”, 83.

⁵⁵² Siguiendo las teorías de Ross y Kardiner, se elaboraba respecto a las adaptaciones a trauma y cómo las que creaban neurosis tenían alguna ganancia, y por eso de huir o no enfrentar la situación temida o ansiada; lo cual explicaba

veremos más adelante, aún si existía el peligro, estos “nerviosismos” seguían siendo vistos como inconvenientes y disfuncionales.

Aquí tenemos los inicios de lo que hoy tiende a diagnosticarse como Desorden de Estrés Posttraumático (o PTSD en inglés), pero que aún en las décadas de los treinta y cuarenta se refería como “*Shell Shock*” o “neurosis de guerra”⁵⁵³. A través del significante de “neurosis” se igualaban, hasta cierto punto, al neurótico clásico de clase alta y burguesa con la población de obreros y pobres que formaban parte de la milicia (en particular, la infantería) y de la ciudadanía. Este “neurótico de guerra” era en esencia un cobarde y, por lo tanto, un estorbo y carga en tiempos de guerra⁵⁵⁴. Este diagnóstico sirvió para aglutinar diversas conductas percibidas como “mal-adaptativas” y/o contrarias a ciertos ideales morales asociados a la imagen heroica del soldado y patriota viril, valiente, sin miedo y obediente, desde la homosexualidad y las crisis emocionales hasta el fatigarse fácilmente o padecer de *homesickness*⁵⁵⁵. Inclusive, se sospechaba que los que padecían de *Shell Shock* tenían alguna inferioridad nata y por eso era necesario educar a los niños a controlar esos “impulsos destructivos”⁵⁵⁶.

porque tales tipos de “histerias” se daban cuando estaba a salvo la persona o libre de peligro (y no durante el evento). Morales, “Notes”, 86.

⁵⁵³ En realidad, no parecía haber un consenso en el uso de terminologías y bajo “neurosis de guerra” caían distintos estados de histerismo, ansiedad, fatiga, obsesión y agotamiento, que anteriormente hubiesen sido asociados con la neurastenia. A su vez, dicha terminología parecía aplicar tanto a los soldados como a los civiles, tomando casi como punto de partida paradigmático el efecto de los bombardeos (en particular los ataques aéreos). Ver el listado de términos asociados en Morales, “Notes”, 84.

⁵⁵⁴ En un tono similar al de Morales, pero más peyorativo, el teniente y médico W.L. Holt señala que los neuróticos eran una carga (*burden*) en tiempos de guerra y un estorbo (*nuisance*), describiéndolos como “the selfish, the cowardly, the unruly, the worrying, the complaining, in short, the neurotic in time of war stand together as against social solidarity”. Lt. W.L. Holt, “Neuroses in war”, *BAMPR XXXV*, n° 3 (1943): 97-104, 97.

⁵⁵⁵ Entre los síntomas particulares mencionados por Holt que padecían los soldados de neurosis, estaban “peculiarities and oddities of behavior and pronounced mannerisms”, “sex perversions, masturbation, homosexuality”, “homesickness and worry over home affairs”, “boisterousness and excessive exuberance”. También mencionaba otros síntomas como eran fatigarse fácilmente, uso excesivo de alcohol y fumar, una tendencia a ser irritable o antisocial (*unsociable*), una pérdida de inclinación para esforzarse, crisis emocionales y cambios de carácter. La amplitud de síntomas era suficientemente vaga para incluir cualquier conducta percibida como poco productiva o disruptiva. Ver Holt, “Neuroses”, 100, 102.

⁵⁵⁶ Holt, “Neuroses”, 99.

Los métodos y técnicas terapéuticas mencionados (y sugeridos) por Morales para curar a estos “neuróticos” eran consecuentes con ciertos tropos popularizados en filmes de emplear golpes para “sacar” a una persona histérica (no pocas veces mujeres) de su trance histérico. Dichas técnicas no son muy distintas tampoco a los métodos que décadas antes eran considerados “primitivos” cuando se discutía sobre el uso de golpes, hidroterapia y cadenas en maniacos en los asilos, dado que utilizaban el desvestir, desnudar y pegar, con un tono de autoridad (y no odio) como un método curativo y correctivo⁵⁵⁷. Y vale recordar que ya en esta época, como lo había promulgado el propio Morales, existían terapias centradas en diálogo y comprensión (por ejemplo y especialmente, la *Talking Cure* psicoanalítica o cura a través de la palabra); sin embargo, estas otras terapias más físicas eran más efectivas y “activas”. Interesantemente, el propio Morales reconoce cuán crudas y primitivas sonaban estas técnicas, pero aseguraba a su audiencia que tales estaban amparados en “principios psicológicos razonables” que al parecer no eran otra cosa que el uso de calor y de palabras de motivación junto a bofetadas⁵⁵⁸.

⁵⁵⁷ Estas técnicas de dar bofetadas podemos verlas desde la Primera Guerra Mundial, o al menos desde el 1916 en estudios sobre soldados británicos. Por ejemplo, estaba el supuesto caso de falta de lenguaje verbal en un soldado y como fue curado con un par de bofetadas, cosquillas y derramándole en el muslo té caliente (para hacerlo gritar). En aquel momento eran considerados no solo enfermos sino cobardes (o la “enfermedad de los cobardes”). Muchos médicos aconsejaban más relajación y descanso, pero cada vez más se buscaron terapias más activas como la hipnosis, la hidroterapia y otras formas de estimulación (incluyendo terapias de choques eléctricos). Ver Fiona Reid, “War Psychiatry and Shell Shock”, *International Encyclopedia of the First World War* (2019). Recuperado en https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/war_psychiatry_and_shell_shock; Mark Humphries, “War’s Long Shadow: Masculinity, Medicine and the Gendered Politics of Trauma, 1914-1939”, *The Canadian Historical Review* XCI, n°3: 503-531.

⁵⁵⁸ Morales relata unos estudios hechos en Londres (sin detallas ningún aspecto metodológico y utilizando un estilo narrativo más anecdótico que empírico y cuantitativo):

The neuropathic phenomena such as diverse types of motor paralysis, mutism, snarling, weeping, barking, shaking in spasmodic fashion, did not make their appearance until eighteen hours after the catastrophe, and after the survivors had been picked up by a torpedo boat. Out of six hundred picked up about forty showed nervous disturbances. "The treatment was simple", says the report. "They were stripped naked in an overheated room and energetically rubbed by two vigorous sailors with a hair glove soaked in alcohol. As soon as they had been warmed externally and internally with rum, I took each one separately and smacked him harder and harder until the disturbances disappeared, all the time speaking kindly to them and expressing my delight at the rapidity of their recovery. No one resisted more than ten minutes: many were cured of contagion on witnessing the treatment of the others. The majority expressed to me their gratitude on witnessing the treatment of the others". There were no relapses.

No queda claro, al menos no de forma explícita, cuál es el razonamiento psicológico o los principios que guiaban estas terapias, pero sí podemos ver cuán oportunas resultaban su lógica a nivel discursivo: el proveer demasiada seguridad y protección tiende a convertir estos casos neuropáticos en crónicos⁵⁵⁹. De esta forma se podían justificar muy selectivamente los efectos supuestamente “curativos” de ciertas carencias y violencias en nombre de disciplinar la mente. Por ejemplo, algunos recomendaban que el objetivo terapéutico era reeducar el soldado para que así pudiesen controlar sus “impulsos destructivos”, aumentar su confianza en sus habilidades y hacerle obedecer lo que les pedían sus líderes⁵⁶⁰. Entre las terapias sugeridas estaba el psicoanálisis, terapias de sugestión e incluso el uso de ataques aéreos concertados para desensibilizar⁵⁶¹. La función de estas terapias (incluyendo el psicoanálisis) era principalmente desensibilizar, disciplinar e incentivar a que los soldados, e incluso los ciudadanos, estuviesen dispuestos a arriesgar sus vidas en momentos de crisis. En ese sentido, el soldado y ciudadano sano era aquel que aceptaba la “realidad”; una realidad que era práctica y útil para las autoridades porque desarrollaba cierta resistencia contra las carencias y amenazas del medio, lo cual incluía la desnutrición y la fatiga (además de la amenazas de bombardeos, los rumores y todas las demás violencias de la guerra)⁵⁶². En el caso de Puerto Rico, Morales emplea una estrategia muy curiosa:

This experience is illuminating. This same principle of treatment may be used, with desirable modification, in first aid stations during an emergency, to abond many cases of neurosis, especially traumatic hysterias. It may sound crude and primitive, but it is based on sound psychological principles, and it seems to work. Ross attributed the relative scarcity of neuroses among the civil population of London to the use of this type of treatment in the local hospitals where patients were brought to in the acute stage after heavy raids on the East of London. These patients were given warmth externally, and internally with hot tea. If they did not respond immediately, they were given a strong sedative and kept in bed or lying in mattresses for ten or twelve hours. Then they were reassured about their condition, and in almost every instance they could be sent home and back to their work in twenty hours.

Morales, "Notes", p. 86.

⁵⁵⁹ Continúa Morales diciendo, como si fuese una suerte de consuelo tener menos camas en los hospitales, en particular en tiempos de guerra. Para ello citaba a un médico en Barcelona que recomendaba que era mejor no ofrecer camas porque de lo contrario se llenaban innecesariamente. Ver Morales, "Notes", p. 86-7.

⁵⁶⁰ Holt, "Neuroses", 101.

⁵⁶¹ Holt, "Neuroses", 102-03.

⁵⁶² Ver Morales, "Notes", 88; Morales, "La Higiene Mental", 188.

en un país colonizado que ha sobrevivido muchos catástrofes se ha “heredado” una valentía y resistencia típica, y un buen sentido de humor que servía como antídoto ante el “colapso mental”⁵⁶³.

Esta fijación en el miedo no era fortuita y formaba parte de una tendencia generalizada que, desde la Primera Guerra Mundial, conceptualizó el miedo como una emoción primitiva y fundamental cuyo control y manipulación era crucial para entender el gobierno de la conducta (basta pensar por ejemplo los estudios/experimentos conductistas, como el de John B. Watson y “*Little Albert*”⁵⁶⁴). Desde la década de los treinta y durante la Segunda Guerra Mundial investigadores anglosajones estudiaban los temas de ansiedad y miedo; y en el caso de los psicólogos anglosajones (particularmente los británicos) había una insistencia por “*psychological Air Raid Precautions*” (particularmente en Londres) y preocupaciones de una epidemia de *bomb neurosis* que podía afectar el desenlace de la guerra (y un investigador clave en esto fue Solly Zuckerman)⁵⁶⁵. Era un contexto en el cual la propaganda y la sensacionalización eran herramientas

⁵⁶³ Morales, "Notes", 88-89.

⁵⁶⁴ El caso del “Pequeño Alberto” (el seudónimo utilizado en el experimento para referirse al infante) es uno de los más conocidos y éticamente problemáticos dentro de la psicología experimental y conductual, y tal se dio en el 1920. Uno de los aspectos más perversos de este experimento puede notarse en cómo el conductista estadounidense, en su conocido libro *Behaviorism* (del 1925), invitaba a su audiencia a reproducirlo, dado que era algo muy sencillo de reproducir (inclusive en sus casas). Para detalles Ver John B. Watson y Rosaline Rayner, “Conditioned emotional responses” *Experimental Psychology* III, n° (1) (1920) 1-14. Recuperado en <http://psychclassics.yorku.ca/Watson/emotion.htm>; John B. Watson, “What is Behaviorism?” In John B. Watson, *Behaviorism* (London: Kegan Paul, Trench, Trubner & CO, 1925), 3-18; 8; Kendra Cherry, “The Little Albert Experiment: A closer look at the famous case of Little Albert” *Very Well Mind* (7 de diciembre de 2019). Recuperado en <https://www.verywellmind.com/the-little-albert-experiment-2794994> Wade E. Pickren y Alexandra Rutherford, “Subject matter, methods and the making of a new science”, en Wade E. Pickren & Alexandra Rutherford, *A History of Modern Psychology in Context* (New Jersey: Wiley, 2010), 42-70; 58-690.

⁵⁶⁵ Una figura clave en Londres fue Solly Zuckerman y sus estudios sobre primates y miedo (los cuales criticaban a conductistas como Ivan Pavlov y John Watson, pero sostenía premisas similarmente fisiológicas y mecanicistas). Zuckermann mantuvo diálogos y correspondencias breves con psicoanalistas (Freud) y antropólogos (Malinowski) en búsqueda de estudiar cómo aplicar sus análisis de primates a humanos, centrándose en el efecto de los estallidos (digamos el *blast trauma*). Mucho de lo que vemos en Morales (sin que este lo cite o haga referencia explícita) parece derivarse de Zuckermann y autores similares, en particular los efectos de la propaganda para crear un estado “febril” y susceptible a “shock” y el rol de la confusión para así entonces crear inclusive muertes o traumas severos entre personas que, si bien las bombas no les daban físicamente los afectaban mortalmente a nivel mental. Sin embargo, el

estudiadas como medios para controlar y dirigir la opinión pública; lo cual tampoco era novedoso si consideramos que el uso de imágenes sensacionalista no era raro en las campañas educativas higiénicas de las décadas anteriores. Ya en otras secciones retomaremos nuevamente esta psicologización del miedo, en particular para responsabilizar a los supuestos mal-adaptados, los ignorantes y los desobedientes.

Como hemos hecho en los capítulos anteriores, vamos a retomar las discusiones, reclamos e inconsistencias que hubo entre las autoridades médicas en torno a cómo se identificaban, registraban y calculaban las tendencias epidemiológicas. Y nuevamente vemos cómo existían inconsistencias, conflictos y procesos erráticos que frustraban el ideal científico de identificar con precisión las enfermedades.

6. Problemas epistemológicos en torno a la validez de los diagnósticos, los datos epidemiológicos y los modos de hacer historia médica

El uso de estadísticas suponía ser uno de los logros “modernos” y “civilizados” de la época, junto al buen registro demográfico y epidemiológico⁵⁶⁶. Sin embargo, aun durante este periodo encontramos críticas por parte de médicos respecto a la falta de estadísticas precisas. Las razones principales mencionadas eran nuevamente que los médicos no informaban debidamente los casos infecciosos, muchos de los enfermos no eran atendidos por médicos y había imprecisión en la

estudio de Zuckermann pareciera indicar que los efectos de los estallidos eran menos dañinos de lo esperado, y el ser humano era mucho más resistente de lo pensado; no había en realidad “*breakdown of morale for the intensities of the raids*” (al menos cuando se estudian los casos de Hull y Birmingham en Gran Bretaña). En Morales vemos un poco esto, por un lado, una preocupación por la histerización y nerviosismo de los ciudadanos y por el otro lado, y de forma selectiva, una fe optimista en la resiliencia de la población. Ver Ian Burney, “War on fear: Solly Zickerman and civilize nerve in the Second World War”, *History of the Human Sciences* XXV, n°5 (2012): 49-72, 49-52, 54, 60, 66.
⁵⁶⁶ Figueroa, “El grave problema”, 133; Edgardo Garrido Morales, “La profesión médica y el informe de casos de enfermedades transmisibles”, *BAMPR* XXXIII, n°195 (1931), 480-82, 480-81. Vale aclarar que, para inicios de la década de los treinta, antes de ser Comisionado de Sanidad, Garrido Morales era también el Epidemiólogo del Departamento Insular de Sanidad.

identificación y diagnóstico de las enfermedades⁵⁶⁷. Durante este periodo se denunciaban las inconsistencias y faltas en el registro de casos de tuberculosis⁵⁶⁸ y malaria⁵⁶⁹. Algunos apuntaban a que el problema radicaba en los propios médicos y en su creencia, particularmente entre los médicos privados, de que dicha información era privilegiada y por lo tanto no debía divulgarse (inclusive para proteger al paciente⁵⁷⁰). Resulta difícil confirmar si esto fue cierto o lo suficientemente frecuente para explicar las discrepancias estadísticas, pero ciertamente no se puede decir que en Puerto Rico se carecía de conocimientos o regulación (al menos en términos de leyes) en términos epidemiológicos.

Ya desde el 1931 existía una ley que obligaba la inscripción de los nacimientos⁵⁷¹ y existía un sistema de tarjetas amarillas⁵⁷² para clasificar las enfermedades transmisibles, informarlas al Estado y darles seguimiento (y, comparado con las décadas anteriores, hubo mejoras en el modo de

⁵⁶⁷ Por ejemplo, a mediados de la década de los treinta Costa Mandry repetía que las estadísticas disponibles no eran exactas porque muchos de los enfermos no fueron vistos y por lo tanto se desconocía cuan casos reales existían de malaria y tuberculosis. Aún para inicios de la década de los cuarenta encontramos la queja de que muchas muertes aún eran diagnosticadas por la información provista por alguien que no era el médico y esto dificultaba identificar la causa real de muerte a nivel epidemiológico. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 233; Belaval, “Estudio”, 179-81; Arbona, “Are we”, 202; Pila, “Lo que dicen”, 377; Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1059.

⁵⁶⁸ Hasta la primera mitad de la década de los treinta encontramos frecuentemente la queja, entre los investigadores, que había grandes inconsistencias y faltas en registrar los infectados de tuberculosis. Por ejemplo, la cantidad de casos registrados como infectados con tuberculosis eran mucho menores a la cantidad registrada, al final del año, de muertes por tuberculosis. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 460, 466.

⁵⁶⁹ En torno a la malaria encontramos que para finales de la década de los treinta Earle lamentaba que continuaban “errores consiguientes en lo que se refiere a diagnósticos de causa de muerte”. Ver Earle, “Epidemiología”, 30-31; y reclamos similares en Costa Mandry, “La tuberculosis”, 233; Pila, “Lo que dicen”, 377.

⁵⁷⁰ Por ejemplo, en el 1937 Juan Basora Defillo criticaba esta creencia e invocaba el Reglamento No.95 que exigía que todo caso de enfermedad transmisible fuese informado. Aquí Basora insiste en contra de la “idea anticuada” de que la tuberculosis era una “enfermedad secreta”, y que el que la padece debe ser informado también de que “ser víctima de esta plaga no le convierte en un paria”. Ver Basora Defillo, “La importancia”, 195-96. Respecto a Basora, fue un médico que publicó varios textos sobre tuberculosis, meningitis y tifo. Al parecer su especialidad fue pediatría (o al menos escribió sobre pediatría desde la década de los cuarenta y enseñaba tal especialidad en la década de los cincuenta en la Escuela de Medicina). Ver Ibrahim Pérez, “Padres de nuestra clase médica moderna”, *Galenus* XVII, n°3 (2010): 40-42, 42.

⁵⁷¹ Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 321.

⁵⁷² Se trata del mismo sistema ya aludido en el capítulo anterior, y que continuara durante este periodo. Dicha tarjeta contenía el nombre, la edad, el sexo, el “color” y dirección del paciente. Dichas tarjetas eran enviadas al Departamento de Sanidad y eran leídas por el Epidemiólogo del Estado. Ver Garrido Morales, “La profesión médica”, 481-82.

informar⁵⁷³). Los registradores demográficos enviaban a sus respectivas Unidades los informes del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, los casos certificados de defunciones y las tarjeas amarillas⁵⁷⁴. También encontramos un mayor rigor en el modo que se registraban e investigaban los casos de tuberculosis, tomando en cuenta tanto factores ambientales como el historial clínico⁵⁷⁵. Estas exigencias de rigor las vemos en los especialistas que insistían en el uso de los análisis de sangre y de técnicas de iban más allá de la observación clínica, en particular para diagnosticar adecuadamente la malaria⁵⁷⁶ y la tuberculosis. Sin embargo, esto no quitaba que hubiera problemas aún en el uso de ciertos diagnósticos, como fue el caso de los trastornos gastrointestinales, cuya etiología no logró precisarse en esta época, en gran parte, por la falta de incentivos e inversión económica para investigarla⁵⁷⁷. También llama la atención que algunos

⁵⁷³ Por ejemplo, en el caso de la tuberculosis se decía que había una mejoría en los modos de identificar y notificar casos después de mediados de la década de los treinta. Por ejemplo, en el 1936 hubo 5,005 muertes de tuberculosis pulmonar y se habían reportado 10,235 casos, lo que significaba una razón de 2.04 casos por cada muerte. Igualmente, se celebraba como una mejoría que en el 1937 78.4% de los médicos registrados (367 de 468) informaron 1 o más casos de enfermedades transmisibles al Negociado de Epidemiología. Ver Basora Defillo, “La importancia”, 194; Garrido Morales, *Report 1937-38*, 12

⁵⁷⁴ Ver Basora Defillo, “La importancia”, 194.

⁵⁷⁵ Los documentos utilizados en la investigación hecha por Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne nos permiten ver el nivel de detalle pedido: 1) preguntas sobre la primera aparición de síntomas; 2) un listado de personas con quienes ha tenido contacto y si dicho individuo o un familia es o ha sido paciente con tuberculosis (incluyendo sus direcciones); 3) contacto con otros casos de tuberculosis; 4) muertes en la familia por tuberculosis; 5) información sobre la vivienda (desde número de habitantes, personas que duermen por habitación, tamaño de la habitación por pies, depósitos o recursos de agua, si duermen o no con las ventanas cerradas, el salario del “jefe” de la familia y otros integrantes, etc.). El nivel de detalle que suponen tener estos documentos refleja que los médicos investigadores del país estaban muy conscientes de la necesidad de registrar no solo la presencia de una enfermedad, sino los posibles contactos con otros, junto a factores “ambientales” asociados a la vivienda. Evidentemente hay limitaciones en torno a la complejidad de factores que son medidos bajo la categoría de “ambiente”; pero tales limitaciones eran normales para la época. El nivel de detalle refleja también un vigilancia y control impresionante, al menos en teoría, dado que en tales documentos se debía incluir la dirección de todas las personas con quienes estuvo el enfermo en contacto antes de ser visto por el médico. Hay una reproducción de los documentos utilizados en Rodríguez Pastor et al., “Investigaciones. II”, 531-32.

⁵⁷⁶ Según Malaret Tió, “nunca se prescindirá del microscopio” para así poder ganarse la confianza del público y evitar diagnósticos erróneos (o sospechosos). Ver Malaret Tió, “La defensa”, 28.

⁵⁷⁷ Durante el 1939 se fundó un laboratorio en San Juan, con la cooperación del United States Public Health Service, para estudiar el problema de diarrea y enteritis en la Isla. Estos estudios fueron interrumpidos y no lograron realmente identificar una causa etiológica precisa, sospechándose que una tercera parte podía deberse a disentería bacilar, y el resto, se estimaba se debía a problemas nutricionales. El asunto, en términos de investigación o delimitación de una causa etiológica, no pareció mejorar a través de la década de los cuarenta tampoco. No obstante, vale recalcar que lo invertido en estos estudios era mucho menos que lo invertido en las demás epidemias (uncinariasis, tuberculosis y malaria). Ver Leahy, *40th Annual*, 27; Garrido Morales, *Report 1937-38*, 37 Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1058; Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 82.

médicos señalaran que muchos pacientes sospechaban el diagnóstico de malaria porque era dado con demasiada flexibilidad (e igualmente se recetaba la quinina como panacea, sin considerar sus efectos secundarios)⁵⁷⁸.

También encontramos críticas metodológicas y clínicas en torno a las imprecisiones de médicos pocos rigurosos. Por ejemplo, Rodríguez Pastor publica un artículo muy interesante en donde ofrecía, en un tono de sarcasmo, consejos para aquellos médicos “que deseen fracasar”. En este texto podemos ver muchos de los errores comunes cometidos por los médicos⁵⁷⁹, pero también podemos apreciar como ya en la década de los treinta se reconocía la necesidad de utilizar varias pruebas especializadas, junto a buen juicio clínico, para casos de comorbilidad. Un buen diagnóstico debía ser detallado y no reducirse al empleo de una prueba o dos (aún si fuesen las más “modernas”). Los consejos sarcásticos de Rodríguez Pastor reflejaban la dependencia de los médicos en generalizar a partir de detalles específicos aislados y equívocos⁵⁸⁰. En otras palabras, muchos pacientes podían estar padeciendo más de una aflicción e infección a la vez (por ejemplo, padecer de malaria y tuberculosis a la vez), y la mera detección de un síntoma, trauma o marca no era suficiente para llevar a cabo un diagnóstico correcto.

En ese sentido, vemos que se repiten varias carencias, pero a la vez hubo una mayor precisión en estos aspectos que reflejaban que en el país sí existía un saber actualizado con los adelantos de las especialidades médicas. Este nivel de precisión y especialización no debe sorprendernos si consideramos que va a tono con ciertas tendencias de la época que destacaban la necesidad de

⁵⁷⁸ Por ejemplo, respecto al diagnóstico de la malaria, Malaret recalca que en muchos lugares los pacientes lo veían “con mucha suspicacia, el diagnóstico de paludismo” y se asumía a que hubiese aversión a la quinina porque se asumía que “acaban por creer que el médico o inspector hacen este diagnóstico gratuitamente, por salir del paso, y, como dicen ellos, éstos quieren “curarlo todo con quinina””. Ver Malaret Tió, “La defensa”, 27.

⁵⁷⁹ José Rodríguez Pastor, “Doce modos infalibles de equivocarse en el diagnóstico de la tuberculosis”, *BAMPR* XXIV, n°197 (1932): 70-71, 70.

⁵⁸⁰ Ver Rodríguez Pastor, “Doce modos”, 70-71.

expandir el alcance de los saberes y tecnologías especializadas para no solo mejorar la salud sino la economía. Para entender esto, debemos ver el rol que tuvo el desarrollo de lo que hoy llamamos las campañas de “salud internacional”.

7. Una ciencia-salud internacional y práctica: RF, El Plan Chardón y la OMS

El rol y lugar adscrito a Puerto Rico dentro de la historiografía de la organización de los programas, intervenciones y procesos de “salud internacional” tiende a ser minusvalorado o simplemente olvidado. Inclusive, el rol de Ashford tiende a ser también menoscabado cuando se hacen historias sobre las campañas sanitarias de la primera mitad del siglo XX (incluyendo las de anemia, en donde sobre sale más Charles Stiles, quien fue el que recibió fondos por parte de la RF para las campañas de uncinariasis en el sur de los Estados Unidos⁵⁸¹). Igualmente, se desestiman en ocasiones las relaciones entre la RF, las empresas capitalistas, las campañas sanitarias y la conformación de lo que va a ser la Organización Mundial de la Salud (OMS⁵⁸², fundada en el 1945)⁵⁸³. Para entender esto hay que resaltar nuevamente el rol del especialista, del *expert/expertise*, y cómo tanto el Estado y las corporaciones privadas vieron en tales saberes el potencial para desarrollar una serie de prácticas que pudiesen incentivar la economía vía el control

⁵⁸¹ Hasta cierto punto, Ashford fue también muy selectivo reconociendo que su descubrimiento se debía a las conferencias de Stiles (inclusive, por esa razón es que le envía después las muestras del parásito), omitiendo estos detalles inclusive en su autobiografía. Ver John Ettling, *The Germ of Laziness. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South* (Massachusetts, Harvard University Press, 1981) 26, 29; Farley, *To Cast*, 28.

⁵⁸² Con la formación de las Naciones Unidas, en el 1945, es que tenemos oficialmente la formación de la OMS, la cual, distinto a las anteriores organizaciones internacionales, tenía mayor autonomía, un presupuesto propio y un panorama más amplio de funciones, definiendo su objetivo como la “obtención del más alto nivel posible de salud”. Ver Marcos Cueto, Theodore Brown y Elizabeth Fee, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”, *Apuntes XXXVIII*, n°69 (2011): 129-56, 131.

⁵⁸³ Una parte de la historiografía se ha centrado en los estudios internacionales durante el periodo de entreguerras, las intervenciones de la Liga de las Naciones y la IHB (ambos muy interconectados) y el desarrollo internacional de una medicina social. Para una discusión al respecto, ver Walker, “Historical”, 483. Para una visión algo apologética que resalta los progresos y victorias de la “salud internacional” y la RF ver Octavio Gómez Dantés y Babak Khoshnood, “La evolución de la salud internacional en el siglo XX”, *Salud Pública de México XXXIII*, n°4 (1991): 314-29; Mercedes A. Jiménez Velázquez, “La Fundación Rockefeller y la investigación agrícola en América Latina”, *Comercio Exterior XL*, n°10 (1990): 968-75.

y manipulación de la producción agrícola, la reproducción natal y el desarrollo de espacios, viviendas y modos de vivir “modernos” e industriales. Esto no quiere decir que no hubiera logros loables en las campañas sanitarias, pero la idealización hecha sobre los éxitos de la “salud internacional” y de una “medicina social”⁵⁸⁴ obvia que dichas intervenciones sí tenían intereses políticos y no eran del todo objetivas ni neutrales.

Es pertinente notar cómo el enfoque en lo “social”, en particular a partir de la Gran Depresión, estaba asociado al uso de la ciencia y la salud pública para incentivar, desarrollar y mejorar la economía, en particular en los países identificados como “menos desarrollados”. Durante este periodo, como sucedió también en Puerto Rico, se da una coyuntura internacional para la promoción de programas de salud rural, como los dados en Indonesia bajo los auspicios de Liga de las Naciones (LNHO⁵⁸⁵ por sus siglas en inglés) y en Java por la RF, los cuales tenían también un enfoque en reeducar al campesino en términos higiénicos. La RF tuvo un rol importante en la conformación de los futuros programas de “salud internacional” porque, sin ser en realidad una organización internacional ni pública (sino una empresa privada y nacional), va a establecer vínculos y conexiones con múltiples agencias, empezando con la LNHO⁵⁸⁶. La OMS también tuvo

⁵⁸⁴ Esta idealización de los éxitos, logros y progresos de la “salud internacional” es, hasta cierto punto, entendible y fue muy propia de una generación de académicos de las décadas de los cuarenta y cincuenta, que compartían el optimismo de una “medicina social” que finalmente podía trascender las fronteras ideológicas de los partidos políticos, el Estado, la religión y otros obstáculos. Ejemplo de estas perspectivas es la publicación de las primeras “historias sociales” de medicina o de “medicina social” (como las de René Sand y George Rosen), las cuales proliferaron más en Europa que en Estados Unidos. Ver Dorothy Porter, “How did social medicine evolve, and where is it heading?”, *PLoS Medicine* III, nº10 (2006): 1667-72, 1667-68; Dorothy Porter, “The History of Public Health: Current Themes and Approaches”, *Hygiea Internationalis* I (1999): 9-21, 9.

⁵⁸⁵ La LNHO, una agencia europea fundada en el 1924 partía de la premisa que mejoras en la salud podían evitar conflictos bélicos y para ello se debían atender los problemas de desnutrición, mortalidad infantil y enfermedades infecciosas. Esta institución tuvo vínculos con Latinoamérica y Cuba, asistiendo y promoviendo iniciativas respecto a lepra (en Brazil del 1926-1940), mortalidad infantil (Argentina, Bolivia, Brasil, México, Panamá y Salvador del 1927-1930), desnutrición (Chile del 1932-1937), higiene rural (Brazil y México en el 1928 y 1938), entre otras. Sus actividades disminuyeron significativamente después de la Segunda Guerra Mundial, siendo hasta cierto punto sustituida por la Organización Mundial de Salud (OMS). Ver Paul Weindling, “The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40”, *História Ciências, Saúde – Manguinhos* XIII, nº3 (2006): 1-14, 1-3, 6; Walker, “Historical”, 484; Octavio Gómez Dantés y Babak Khoshnood, “La evolución de la salud internacional en el siglo XX”, *Salud Pública de México* XXXIII, nº4 (1991): 314-29, 320.

⁵⁸⁶ Weindling, “The League”, 5.

integrantes de la RF⁵⁸⁷, que dirigieron la Oficina Sanitaria Panamericana (una agencia anterior, reactivada en el 1947⁵⁸⁸). Estos datos por lo general son interpretados a favor de la RF, como reflejo del tipo de especialista y profesional que cumplía con el ideal científico-internacional de trascender los intereses nacionales.

Uno de los problemas que se ha destacado en la historiografía reciente es cómo las prácticas de la “salud internacional” podía reforzar medidas de exclusión de carácter racista y xenofóbico⁵⁸⁹. Por ejemplo, en el caso de la IHD, tenemos como en el 1944 George Strode (director de la IHD del 1944 hasta su cierre en el 1951) celebraba las “victorias” higiénicas en los Trópicos como una señal de que tales regiones podían ahora ser habitables por hombres blancos⁵⁹⁰. Estudiar los problemas ambientales y sociales eran relevantes porque lograba ese objetivo de “adaptación” de/hacia el hombre blanco. Asimismo, podemos ver, como ha señalado la historiadora Nicole M. Georges, que los programas sanitarios de la RF operaron como un tipo de “neomaltusianismo filantrópico”, en particular cuando analiza las campañas hechas en Latinoamérica para mejorar los métodos de cultivo ante el temor estadounidense de hambruna, sobrepoblación y revoluciones

⁵⁸⁷ La *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA) fue creada en el 1943, y al terminar la Segunda Guerra Mundial estaba dirigida a servicios médicos, dirigida entonces por Wilbur Sawyer (quien había sido director de la División de Salud Internacional de la RF); sustituyendo algunos de los servicios colapsados debido a la guerra. La UNRRA fue asumiendo las funciones de la LNHO, y muchos de los funcionarios de la OMS provenían de estas dos entidades internacionales (y de la RF). Ver Cueto, Brown y Fee, “El proceso”, 132.

⁵⁸⁸ La Oficina Sanitaria Panamericana (hoy la Organización Panamericana de Salud) emerge a partir de la Segunda Reunión de la Conferencia Internacional de los Estados Americanos, que se llevaron a cabo en el 1901 y 1902. En estas conferencias se buscó conformar una agencia internacional que facilitara estudios científicos y medidas preventivas para enfermedades infecciosas. Esta agencia se renovó en el 1947, y tuvo como director al ex funcionario de la IHB Fred L. Soper, y poco después se volvió en la oficina de la OMS para el hemisferio occidental. Ver Gómez Dantés y Khoshnood, “La evolución”, 316; Cueto, “La ‘cultura de la sobrevivencia’”, 257-58.

⁵⁸⁹ Por ejemplo, Krissy Walter arguye que durante la Gran Depresión el lenguaje asumido por estos programas y comunidades de salud internacional también fue utilizado para justificar divisiones y exclusiones, en particular en lo que concernía la inmigración en París y en Estados Unidos (respectivamente contra los africanos del norte y los mexicanos, a quienes consideraban vehículos de enfermedades como la tuberculosis y la sífilis). Ver Walker, “Historical”, 484-85.

⁵⁹⁰ Según Strode: “*by controlling environment his environment though the application of new knowledge, the white man can someday live in the tropics without loss of his vital energy*”. Reproducido en Farley, *To Cast*, 274

comunistas en países “subdesarrollados”⁵⁹¹. Los objetivos neomaltusianos de la RF son más visibles en la década cuarenta, identificados como parte de los “nuevos problemas” a resolver (en particular ante una disminución de la mortalidad en las áreas rurales⁵⁹²) y resulta llamativo que las intervenciones para la formación de centros de ciencia agrícola se dan también en esa década. Dichas intervenciones beneficiaron a los empresarios agrícolas y a las empresas transnacionales, pero no resolvieron los problemas de hambruna, de desnutrición o de explotación de tierras; además de que las empresas transnacionales pueden tomar las mejores tierras para cultivar alimentos que no se “adaptan” a las necesidades ni medios de consumo típicos de dichas regiones⁵⁹³.

Estas críticas no deberían dar la impresión de “demonizar” la RF, pero sí poner en duda algunas de las “revoluciones” salubristas atribuidas a sus intervenciones o cómo tales podían representarse como logros unidireccionales que enfatizaban a los científicos estadounidenses ante una población “tercermundista”. Dichas críticas no deberían tampoco ignorar algunos adelantos, logros y buenas intenciones por parte de la comunidad científica dentro de la IHD que buscó promulgar el desarrollo de una medicina social más accesible (pero que fueron ignoradas por la propia IHD)⁵⁹⁴.

⁵⁹¹ Georges señala que desde la década de los veinte hubo en Estados Unidos cierta preocupación respecto a la falta de alimentación al ver los efectos que tuvo la Primera Guerra Mundial en Europa, y pudiese ser que este escenario amplificó las preocupaciones neomaltusianas en torno a la necesidad de regular la población. En la RF esto pudiese verse en la preocupación, presente ya desde el 1906, por promover una educación técnica y científica de métodos agrícolas en el sur de los Estados Unidos. Aquí estaban los cimientos para la formación del programa agrícola en México en el 1943 a través de la RF. La preocupación por el caso de México no era, como señala Georges, humanitaria sino reflejo de una preocupación respecto a seguridad geopolítica y de escasez de comida, asociados con preocupaciones neomaltusianas y evitar revoluciones agrícolas y comunistas en México (y Latinoamérica). Ver Nicole M. Georges, “Philanthropic Neo-Malthusianism: The Rockefeller Foundation and the Mexico Agricultural Program, 1906-1945”, *The Graduate History Review* VI, n°1 (2017): 63-97, 63, 65-66, 70.

⁵⁹² En los últimos años de la RF, se acentuaban los problemas de la sobrepoblación y algunas autoridades científicas de la IHD lamentaban que concentrarse en la prevención de enfermedades había resultado contraproducente porque había llevado a la sobrepoblación, especialmente en áreas rurales. Ver Farley, *To Cast*, 273-74, 277-78

⁵⁹³ Aún en un texto que tiende a representar de forma positiva la IHD y la RF, no se niega que los intereses económicos afectaron, en última instancia, las necesidades de aquellas comunidades que suponían mejorar. Ver Jiménez Velázquez, “La Fundación Rockefeller”, 974.

⁵⁹⁴ Por ejemplo, miembros de la IHD trataron, en Estados Unidos, de impulsar programas para conformar seguros médicos accesibles, pero no fueron aprobados dado a conflictos por parte del Estado y la *American Medical*

Sin embargo, tampoco debería obviarse el enfoque en medidas contraceptivas, junto a una preferencia por el modelo biomédico e intervenciones “verticales”, que tendió a desestimar las necesidades y reclamos de los países intervenidos⁵⁹⁵. Por ejemplo, si vemos lo que sucedió en México con la intervención de la RF en la década de los veinte notamos que el enfoque en las letrinas y en querer educar a los campesinos para que fuesen higiénicos, no resultó exitoso, pese a que dicha campaña fuese celebrada como “revolucionaria”⁵⁹⁶. Similar al caso de Puerto Rico, el enfoque biomédico reducía los problemas de la pobreza a la presencia del *hookworm* y obviaba los efectos adversos de los antihelmínticos⁵⁹⁷. Igualmente, el enfoque de erradicación de la malaria de la RF en otros países (en Brasil y Nicaragua) también desatendía, como sucedió inicialmente en las campañas en Puerto Rico, las estructuras sociales que facilitaban el contagio⁵⁹⁸. Pero esta

Association (asunto que ya retomaremos). Igualmente, se intentaron impulsar medidas más cercanas a la “medicina social” europea y soviética (particularmente por parte de John B. Grant, director de varios programas en China, India y Nueva York), pero tales medidas tampoco fueron aceptadas por problemas internos (entiéndase conflictos con los directores de la RF y otras instituciones). Es probable que la IHD, pese a su supuesto carácter autónomo y político, estuvo sujeta a la tendencia estadounidense por la “*lifestyle medicine*”, un modelo preventivo de corte individualista enfocado en cambiar la conducta individual, más que una medicina social que cuestionase o buscase cambiar las estructuras sociales. Lamentablemente, casi como una forma de desviar los proyectos que quería hacer Grant en Estados Unidos, la IHD lo transfirió a Europa para que investigase mejor los efectos de la medicina social en París (siendo director de dicha oficina del 1948 hasta el 1951, cuando la cerraron). Ver Farley, *To Cast*, 275-77, 308; Porter, “How did social medicine”, 1668.

⁵⁹⁵ Aún John Farley, en su historia algo apologética de la IHD, admite que la RF fue responsable de sostener cierto *status quo* respecto al modelo biomédico, centradas en el *germ theory* e intervenciones de tipo vertical y partidarias de ideologías de desarrollo que legitimizaban ciertas desigualdades sociales. No obstante, el historiador aclara que dicha perspectiva no era exclusiva de la RF sino que era compartida por distintas ideologías y comunidades científicas. Marcos Cueto ofrece una crítica más directa en torno a como estas campañas vertical llevó a conformar en Latinoamérica una “cultura de la sobrevivencia”, cuyas características principales son: “énfasis exagerado en las tecnologías médicas, fragmentación de los sistemas de salud, discontinuidad de las políticas sanitarias y promoción de un concepto de la salud pública como una respuesta temporal a las emergencias”. Cueto critica como muchas de estas intervenciones, aunque fuesen bien intencionadas y tuviesen sus adelantos, no lograban conformar un cambio estructural o permanente. Ver Farley, *To Cast*, 284, 206; 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* XXII, n°1 (2015): 255-73, 256-58.

⁵⁹⁶ Como dice la historiadora Anne-Emanuelle Bird, la supuesta victoria y revolución salubrista de la RF es cuestionable. Sin desacreditar ciertos adelantos, tales fueron más a nivel ideológico que inmediato. Ver Anne-Emanuelle Bird, “Revolution, the Scathological Way: The Rockefeller Foundation’s Hookworm Campaign in 1920s Mexico”, en *Disease in the History of Modern Latin America*, Diego Armus (ed). (Durham: Duke University Press, 2003), 158-182, 176-77.

⁵⁹⁷ Hubo varios casos de envenenamiento por el uso de los antihelmínticos (*chenopodium*). Ver Bird, “Revolution”, 168-175.

⁵⁹⁸ Farley, *To Cast*, 112.

desatención era muy selectiva también porque, como ya discutimos en este y el capítulo anterior, hubo mayor inversión y organización en tratar la malaria debido a su relación con la producción azucarera, que, en tratar la anemia, la tuberculosis o los desórdenes gastrointestinales.

En Puerto Rico, la imagen de una misión internación de salud la podemos trazar desde Ashford y las inversiones de la RF⁵⁹⁹. La asociación entre la RF y Ashford puede ser muy equívoca, pero lo pertinente es notar cómo en Puerto Rico la figura de Ashford va a ser crucial para promover la imagen del científico-especialista y el uso del modelo biomédico como remedio fundamental para guiar las intervenciones sanitarias y con ello solucionar los problemas económicos del país. No solo eso, Puerto Rico fue, y continuó siendo, propuesto como un lugar estratégico y experimental durante la primera mitad del siglo XX, en donde convergieron múltiples intereses que iban desde las compañías azucareras hasta la filantropía privada (no solo de la RF sino de magnates interesados en la contracepción).

Ashford contribuyó en promover, desde el 1924, la imagen de que Puerto Rico era como un “puente” e “intermediario” de “las Américas” (entre Estados Unidos y Latinoamérica) o inclusive como un foco atractivo para invertir y poseer⁶⁰⁰. La EMT, aún antes que la IHD, esperaba promover cierto ideal internacional, en este caso de panamericanismo, en donde se podía tener experiencia de campo, aprender español y entender los problemas normativos (lo que era normal en oposición a lo anormal) de los Trópicos, para entonces aplicar dichos saberes a Latinoamérica⁶⁰¹. Esa era la idea, pero, como ya hemos discutido, en la práctica la EMT obviaba los intereses y necesidades sociales del País. A su vez, esta imagen panamericana promulgada por

⁵⁹⁹ Por ejemplo, Arbona, como muchos otros médicos, mencionan a Ashford y sus campañas como parte de la historia de la salud pública moderna, reconociéndolo como un predecesor de la RF, y los problemas que tuvieron los franceses en la construcción del Canal de Panamá y la reciente campaña antituberculosa. Ver Arbona, “Are we”, 205.

⁶⁰⁰ Bailey K. Ashford, “The Bridge between the Americas”, *The North American Review* 220, n°824 (1924): 40-50, 40,46, 48, 50.

⁶⁰¹ Ashford, “The Bridge”, 46.

Ashford era también, para no pocos galenos puertorriqueños, una imagen blanqueada que resaltaba la hispanidad por encima de la negritud, y consideraba la posibilidad de una unión (o inclusión), no pocas veces tensa (una supuesta “colonia democrática”), con Estados Unidos⁶⁰². Esta oportunidad se presentaba como un gesto filantrópico y aparentemente desinteresado y neutral. Notemos como lo que hemos ido presentado, desde la imagen idealizada del experto/especialista hasta las campañas de Ashford, la apertura y rol de la EMT y las inversiones de la RF, son representados como gestos filantrópicos, desinteresados y neutrales.

En lo que concierne la RF, no solo contribuyó a las campañas de anemia y malaria, sino que daba donaciones a otros programas (por ejemplo, al Departamento de Química para estudios de nutrición) y proveía becas para enviar estudiantes puertorriqueños a estudiar a Estados Unidos⁶⁰³. Su autoridad y poder era suficientemente expansiva para que se asociasen los progresos médicos

⁶⁰² Un ejemplo de esto puede verse cuando el Congreso Flotante de la Asociación Médica Panamericana vino a Puerto Rico en el 1934, y el fisiólogo Rodríguez Pastor exaltaba que el país es: “un pueblo hispano por su origen, por sus costumbres y su idioma; pero nuestras relaciones de 35 años con los Estados Unidos nos han dado un conocimiento valioso de las costumbres y el idioma de aquel pueblo. Estamos, por lo tanto, en condiciones de ser el eslabón que efectúe definitivamente la unión espiritual de los pueblos sajones del norte con los pueblos latinos del sur. El bello ideal del panamericanismo tiene profundo arraigo entre nosotros”. Figueroa también, en un congreso panamericano de medicina destacará que Puerto Rico era “a grandes rasgos” un pueblo de “origen hispano”, que a través de los “azares de la guerra” se convirtieron en “pertenencia de la gran República Norteamericana”. Otro ejemplo lo vemos en como Isern describe a Puerto Rico como una “colonia democrática” que tiene su propia “fisionomía” y “cultura”, la cual define como europea de tipo latino en comunión íntima con la nórdica de tipo americano (la estadounidense). Esta descripción la encontramos en la discusión que hace Fernós Isern contra la centralización estatal de la medicina del tipo *state medicine*. De acuerdo con Fernós Isern el plan propuesto de *state medicine* se oponía a la particular estructura social y económica del país, y aquí el galeno no solo remite a que el país es una “colonia” democrático sino a aspectos culturales y raciales (“ancestral cultura europea, tipo latino”) en un país “insularizado” y “trópical” con un “contacto íntimo con la cultura nórdica, tipo americano”: “La peculiar estructura política, social y económica de Puerto Rico (colonia democrática; democracia social; economía agrícola; agricultura de “plantación”; densidad de población; desempleo; sufragio universal; ancestral cultura europea, tipo latino; contacto íntimo con la cultura nórdica, tipo americano) da fisionomía propia e inconfundible a este pueblo insularizado entre el Atlántico, el Caribe y el Canal de la Mona, y que pretende vivir y vive en el trópico una vida de civilización”. Lo interesante de lo expuesto por el galeno, entonces Comisionado de Sanidad, es que ese tipo de centralización se oponía a los intereses de la clase médica, tanto la puertorriqueña como la estadounidense. Ver José Rodríguez Pastor, “Editoriales: Congreso Panamericano”, *BAMPR XXVI*, n°1 (1934): 47-48, 48; Figueroa, “El grave problema”, 134; Antonio Fernós Isern, “Editorial”, *BAMPR XXVII*, n°3 (1935): 84-87, 84.

⁶⁰³ George W. Bachman, “Resumen del Informe rendido por el Director de la Escuela de Medicina Tropical a la Junta de Síndicos de Universidad de Puerto Rico, 1931-32”, *BAMPR XXIV*, n°201 (1932): 255-264, 258.

y tecnológicos del país con la RF⁶⁰⁴, pese a sus muy modestas contribuciones⁶⁰⁵. Suficientemente modestas para no justificar, como discutiremos en la próxima sección, que uno de sus investigadores, Cornelius Rhoads, saliera inmune de acusaciones muy severas. Adicional a todo esto, tenemos un discurso médico que insiste en la primacía del modelo biomédico, que reduce lo social a una perspectiva tecnocrática, neomaltusiana y que, en últimas instancias, responsabiliza al paciente a través de selectivas invocaciones a la biología, la psicología y la higiene.

Antes que cerremos esta sección es pertinente que discutamos el rol de Carlos Chardón en promover una visión de “ciencia práctica” en la agricultura en Puerto Rico y Latinoamérica. Ciertamente es que esta disertación se concentra en médicos, pero la figura de Chardón es relevante aquí porque nos demuestra como el prestigio conferido a las “ciencias aplicadas”/“prácticas” y a los expertos/especialistas científicos posibilitó que los científicos y los médicos pudiesen ser vistos como figuras clave en la conformación de políticas públicas (y no solo legislaciones sanitarias)⁶⁰⁶.

Chardón es usualmente calificado como un “naturalista”, similar a Stahl, pero a diferencia de este tuvo varios puestos importantes a nivel gubernamental que no estaban directamente relacionados con su formación⁶⁰⁷ (graduado de la Universidad de Cornell como especialista en

⁶⁰⁴ Por ejemplo, algunos como Costa Mandry, en el 1932, van a considerar que la RF “ha sido un factor de primera importancia en el desarrollo de la técnica de laboratorios en esta isla en los últimos doce años” (y con ello remite a las campañas de anemia y malaria, y sus censos). Ver Oscar Costa Mandry, "El laboratorio biológico como factor de progreso médico en Puerto Rico", *BAMPR XXIV*, n° 204 (1932): 425-449, 431.

⁶⁰⁵ Cuando consideremos todos los cambios tecnológicos y de servicios médicos en el País, en particular con las Unidades, la aplicación de Rayos X, los sanatorios, las camas de hospital, los instrumentos y aparatos necesarios para las colapsoterapias, los cursos y talleres impartidos en la EMT (financiados no solo por Columbia sino también el Gobierno de Puerto Rico), las Estaciones de Leche y, entre otras cosas, los programas contraceptivos (al principio, y durante este periodo, financiados mayormente con capital privado), las contribuciones de la RF y de Ashford, fueron muy modestas.

⁶⁰⁶ Al respecto, el historiador agrícola Stuart McCook señala la relevancia que tuvo el desarrollo de una ciencia agrícola que suponía facilitar soluciones prácticas y adoptó una perspectiva e ideología tecnocrática porque creía que expertos y especialistas científicos-técnicos iban a resolver los problemas económicos y, en este caso, de desarrollo agrícola. Chardón es un ejemplo de ese tipo de especialista. Ver Stuart McCook, “Promoting the ‘practical’: Science and agricultural modernization in Puerto Rico and Colombia, 1920-1940”, *Agricultural History LXXV*, n°1 (2001): 52-82, 52-53.

⁶⁰⁷ Muy pocos estudiosos del tema acentúan como extraño el simple hecho de que Chardón, o inclusive sus colaboradores en el reconocido “Plan”, como el químico Rafael Fernández García, no tenían ninguna experiencia real

micología y fitopatología en el 1921)⁶⁰⁸. Lo que le permitió acceder a estos puestos fue el hecho de que, en el 1922, a sus 24 años, identificó la causa de la enfermedad que afectaba la producción azucarera e identificó la introducción de unos híbridos, importados de Java y Barbados, resistentes a la enfermedad⁶⁰⁹. En otras palabras, la autoridad concedida a Chardón fue justamente por cumplir con el rol de un especialista que promovía soluciones prácticas y que favorecían la producción azucarera (los nuevos híbridos no solo fueron resistentes, sino que aumentaron un 20% la producción)⁶¹⁰. Con ello, Chardón se convirtió en una autoridad en ciencias agrícolas y, dada la correlación insistente entre ciencia práctica y economía, un experto en “desarrollar” economías.

El éxito de las azucareras en Puerto Rico apeló a los hacendados y las elites en Colombia, y por eso invitaron a Chardón en el 1926 para que reorganizara, en rol de especialista en ciencias agrícolas, la escuela estatal de agricultura (la Escuela Superior de Agricultura, cerca de Medellín)⁶¹¹. En su estudio, Chardón apuntó a las malas prácticas y técnicas de cultivo existentes en Colombia y a la necesidad de incentivar programas estatales, fundamentados en investigaciones experimentales⁶¹², para maximizar el uso óptimo del suelo para la producción de azúcar, la cual era baja en dicha región, pero podía duplicarse o triplicarse con la inserción de nuevos híbridos⁶¹³.

en economía, finanzas, política o asuntos legislativos, sino que eran científicos-naturales. Dejando a un lado quién es el verdadero autor, creador o “arquitecto” del “Plan” (se arguye que Fernández García merece más crédito del que se le concede), lo que llama la atención es cómo Chardón gana el prestigio, autoridad y reputación, y cómo esto refleja las tendencias que hemos apuntado hasta el momento. Sobre el rol de Fernández García, ver Juan Giusti Cordero, “El profesor de la UPR y el plan que transformó al país”, *80 Grados* (20 de septiembre de 2019). Recuperado en <https://www.80grados.net/elprofesor-de-la-upr-y-el-plan-que-trasnsformo-al-pais/>.

⁶⁰⁸ Chardón fue en el 1935 administrador de PRRA y director ejecutivo de la Autoridad de Tierras del 1941-42, además de autor del conocido “Plan Chardón”. Ver Elga Valle, “Carlos E. Chardón Palacios”, *Enciclopedia de Puerto Rico*, recuperado en <https://enciclopediapr.org/encyclopedia/carlos-e-chardon-palacios/>; McCook, “Promoting”, 57.

⁶⁰⁹ Ver José G. Rigau Pérez, “La generación de 1930 en la ciencia puertorriqueña”, *Boletín de la Academia Puertorriqueña de la Historia* XXVI, n°71 (2006): 17-34, 22; McCook, “Promoting”, 54, 56.

⁶¹⁰ McCook, “Promoting”, 54.

⁶¹¹ McCook, “Promoting”, 59-61.

⁶¹² Chardón propuso reformas que resaltaran la necesidad de trabajo experimental y de campo, para así graduar ingenieros agrónomos (siguiendo la estructura del bachillerato estadounidense). Las elites veían de forma desdeñosa todo tipo de trabajo manual, lo cual incluía también el trabajo experimental agrícola, y una de las cosas que hizo Chardón fue convencer a las elites de la dignidad del trabajo técnico y científico para la cultivación de la tierra. Ver McCook, “Promoting”, 62.

⁶¹³ McCook, “Promoting”, 68.

De esa forma, Colombia podía convertirse en una potencia mundial capaz de competir en la producción azucarera. El plan educativo-universitario tuvo resistencias y obstáculos, en particular roces con la política local y estatal, pero se logró conformar las bases para que en Colombia se desarrollase una ciencia agrícola de corte experimental y cónsona con la visión estadounidense de una ciencia experimental⁶¹⁴.

De esta manera, Chardón jugó un rol y es reconocido como una figura clave en la “modernización” agrícola en Colombia, primero a nivel educativo-científico y después por su estudio/*survey* del río Cauca. Dicho estudio llevó a un informe que proponía una serie de sugerencias destinadas a “modernizar” el sistema agropecuario y con ello conectarlo con los modos de producciones internacionales⁶¹⁵. La “Misión Chardón” (como es reconocida aún hoy en Colombia) del 1929 se concentró en analizar los problemas de enfermedades, aclimatación, cruce de razas exóticas de ganado y los problemas agrícolas⁶¹⁶. Sin embargo, la relevancia de lo higiénico y de la biología estaba en función, como era propio de un enfoque higiénico, de facilitar las condiciones para maximizar el uso de estas tierras para la producción azucarera. Para esto, Chardón (como lo había hecho antes Ashford con el café y los médicos de la RF con el azúcar) tenía que convencer a las elites y el Gobierno de que la inversión científica e higiénica potencializaba la producción de azúcar y la “modernización”⁶¹⁷.

Chardón, similar a Ashford y los especialistas de la IHD o RF, promulgaba también la idea tecnocrática de que los problemas de los colonos podían ser resueltos a través de la Ciencia, y que

⁶¹⁴ McCook, “Promoting”, 63-66.

⁶¹⁵ Olga Lucría Delgadillo y Victor Hugo Valencia, “Misión Chardón y la modernización agrícola en el valle geográfico del río Cauca (Colombia)”, *Historia Agraria* LXXX (2020): 1-31, 3-4.

⁶¹⁶ Lucría Delgadillo y Hugo Valencia, “Misión Chardón”, 9-10.

⁶¹⁷ Por ejemplo, Chardón resaltaba como el azúcar era un producto de “primera necesidad”, entre los “más usados” y que no había país que no produjera o importase el mismo como parte de una “alimentación moderna”. Ver Lucría Delgadillo y Hugo Valencia, “Misión Chardón”, 11, 17.

dicha ciencia debía ser apolítica⁶¹⁸. Para ello, Chardón sugirió que el nuevo ministerio fuese organizado y operado por una organización estadounidense, en Washington, *Tropical Plant Research Foundation* (TPRF), cuyos expertos podían asegurar que las investigaciones no estuviesen afectadas por la política colombiana. Sin embargo, dicha organización no era muy neutral, en particular cuando en su junta directiva estaba Victor Cutter, el presidente de la *United Fruit Company*⁶¹⁹. La Gran Depresión llevó a una reducción de fondos que afectó la continuación y extensión de los proyectos propuestos por Chardón (la TPRF se fue a bancarrota en el 1931)⁶²⁰. Es posible que su experiencia en Colombia haya influido a Chardón para que no se concentrarse solamente en promover medidas de educación y practica científica, sino organizar políticamente los modos de producción, incluyendo la dependencia que tenía la Isla con la economía azucarera⁶²¹. Nuestra finalidad no es analizar las intenciones y motivaciones políticas de Chardón sino apuntar cómo en Puerto Rico hubo una serie de figuras y procesos que coincidieron con cierto discurso tecnocrático, biomédico e higienista que le concedía al saber especializado un halo de neutralidad, prestigio y autoridad. Un ejemplo de ello, que merece que atendamos en la próxima sección, fue el caso de Cornelius Rhoads.

8. Una broma en serio: chistes científicos, inmunidades, exterminio y Cornelius Rhoads

Es imposible escribir una historia de la Medicina en Puerto Rico que no mencione el caso de Cornelius Rhoads, un investigador de la RF que se dedicó al esprúe y el tratamiento de anémicos

⁶¹⁸ McCook, “Promoting”, 58, 71.

⁶¹⁹ McCook, “Promoting”, 73.

⁶²⁰ Vale señalar que Chardón retornó a Colombia en el 1936 para investigar una infestación de mosaicos, ordenando su exterminio y recomendó la formación de misiones técnicas azucareras, igualmente más estaciones experimentales y especialistas. Las sugerencias fueron tomadas en cuenta, pero es muy posible que las condiciones económicas limitaran que tales se lograsen tal cual como lo esperaba Chardón. Ver McCook, “Promoting”, 76; Lucría Delgadillo y Hugo Valencia, “Misión Chardón”, 18.

⁶²¹ McCook, “Promoting”, 79.

con hierro (con citrato de hierro o “sales de hierro”⁶²²). Sus tratamientos experimentales fueron laudados por tener efectos positivos para tratar la anemia y el esprúe, pero tales efectos eran de corto plazo⁶²³. Rhoads era un graduando de Harvard, cuyas capacidades técnicas e investigativas eran muy valoradas por la RF⁶²⁴. Rhoads estuvo trabajando en la EMT y el laboratorio del Hospital Presbiteriano para estudiar casos severos de anemia, de los cuales una cantidad significativa también padecían de esprúe⁶²⁵. A esto hay que añadir la noción, hoy día considerada equivocada, de que el esprúe tropical se percibía como una enfermedad que afectaba más a las clases altas y blancas (o europeas), o al menos aquella con descendencia europea⁶²⁶; y, por lo tanto, no debe sorprender que hubiese interés en investigarla pese a que afectase y tuviese una mortalidad más baja que otras enfermedades⁶²⁷.

A inicios del 1932, Rhoads fue acusado de haber experimentado con individuos en Puerto Rico y expresar declaraciones que, aún dentro de los estándares de la época, eran racistas, denigrantes y explícitamente hostiles. Rhoads salió “inocente”, todo bajo la excusa de que fue una broma de mal gusto. Este evento nos permite apreciar las selectivas inmunidades de que podía gozar un

⁶²² En el 1932, los resultados de estos estudios fueron acogidos con cierto entusiasmo, a la misma vez que se estaban las acusaciones contra Rhoads. El hecho de usar tales sales reforzaba que el problema era mayormente nutricional (lo cual se explicaba porque los antihelmínticos no funcionaban a largo plazo). Ver Pablo Morales Otero, “La Anemia del Jíbaro”, *BAMPR* XXIV, n°198 (1932), 122-24, 124.

⁶²³ Farley, *To Cast*, 80-82.

⁶²⁴ Susan E. Lederer, “Porto Richochet: Joking about germs, cancer and race extermination”, *American Literary History* 14, n°4 (2002): 720-46, 723-24.

⁶²⁵ Vale recordar que el esprúe tenía síntomas muy similares a la anemia perniciosa, y por esa razón se estudiaban de forma conjunta. Ver Lederer, “Porto Richochet”, 720, 725, 724.

⁶²⁶ Suárez ofrece en el 1938 un análisis clínico y hematológicos de 150 casos (dos de ellos no eran puertorriqueños), siendo la mayoría blancos y una cantidad significativa mulatos (26 casos que son 17.3%) y negros (3 casos). Un 70% de los casos tendían a provenían de las clases medias y el 30% restante de las clases más pobres. Curiosamente Suárez aclara, para así salvaguardar el linaje europeo en la “mezcla” de razas en Puerto Rico (a la vez que asume que la raza nativa es europea): “Our series does not disprove the original statement of the English investigators that the disease occurs particularly in Europeans residing in the tropics. There is no such thing as “native” or “indiginous” race in Puerto Rico. The “natives” in the island are mostly of European (Spanish) ancestry: That the disease is not limited to the well-to-do or upper classes, as was previously supposed, is evidenced by the fact that 30 per cent of our cases belong to the lowest economic strata of society”. Ver Ramón M. Suárez, “Clinical and Hematological Review of Sprue based on the study of 150 cases”, *PRJPHJTM* XIV, n°2 (1938): 157-175, 158-60.

⁶²⁷ Para finales de la década de los treinta, cuando aún eran altas las tasas de tuberculosis, diarreas entéricas y malaria, la tasa de mortalidad por esprúe era de 65 por 1 millón de habitantes. Ver Suárez, “Clinical and, 174.

especialista bien apadrinado dentro de una “filantropía” y con el Estado; y cómo una broma no es simplemente un chiste sino también una burla. El simple hecho de que lo hecho por Rhoads tuvo que articularse y excusarse como una “broma tomada en serio” refleja las tensiones existentes que había en las relaciones entre Estados Unidos y Puerto Rico y cómo se buscó apaciguarlas a través de la figura del especialista objetivo y neutral.

Para evitar prolongarnos, resumamos el evento notorio: 1) El 11 de noviembre de 1931, en el Hospital Presbiteriano, se encuentra una carta escrita por Rhoads, cuyos contenidos declaraban que los puertorriqueños eran la raza más vaga, degenerada y canalla que hubiese conocido (aún más, aclaraba la carta, que los italianos); y por lo tanto, lo recomendable era exterminar la población entera, tarea a la que él había comenzado a contribuir matando a ocho pacientes y trasplantando cáncer a varios más⁶²⁸; 2) Rhoads, para calmar la situación, se disculpa ante el director del hospital y un grupo de empleados que conocían de la carta, usando como pretexto que no fue enviada y fue escrita bajo ira⁶²⁹; 3) Rhoads se va del País y poco después (enero del 1932)

⁶²⁸ El 11 de noviembre de 1931 se encuentra una carta, dirigida a un tal *Ferdie* (Fred W. Stewart) y firmada con el nombre *Dusty*, en el escritorio de Rhoads del laboratorio del Hospital Presbiteriano. Quien encuentra la carta es Betty Guillermet, estenógrafa de la Comisión de Anemia, seguido por Luis Baldoni, uno de los asistentes de laboratorio y Aida Soegard (entre otros). La carta corre rondas en el hospital y en poco tiempo el director del Hospital se entera de los contenidos de esta. Rhoads en ningún momento niega la autoría de la carta y alegaba que dicha nunca fue enviada ni estaba amparada en la realidad. En dicha carta Rhoads escribió, y vale la pena reproducirlo en su integridad:

I can get a damn fine job here and am tempted to take it. It would be ideal except for the Porto Ricans—they are beyond doubt the dirtiest, laziest, most degenerate and thievish race of men ever inhabiting this sphere. It makes you sick to inhabit the same island with them. They are even lower than Italians. What the island needs is not public health work but a tidal wave or something to totally exterminate the population. It might then be livable. I have done my best to further the process of extermination by killing of eight and transplanting cancer into several more...all physicians take delight in the abuse and torture of the unfortunate subjects.

Ver Farley, *To Cast*, 81; Lederer, “Porto Ricochet”, 725; Annette B. Ramírez de Arellano, “La insólita historia de Cornelius P. Rhoads”, *La Torre* XIV, n°53-54 (2009): 41-74, 45 Farley, *To Cast*, 81; Ramírez de Arellano, “La insólita”, 45.

⁶²⁹ Originalmente el asunto había quedado callado en el Hospital Presbiteriano dado que Rhoads se había disculpado, primero al director del Hospital Presbiteriano y después hizo una pequeña conferencia ante siete empleados del laboratorio y otros miembros del hospital, aclarado que había sido un malentendido. Curiosamente Rhoads no expone que los contenidos era una broma (o una parodia, como dirá después) sino que fue una carta escrita en una “rabieta” (*rage*) y que no había sido enviada (destinada a un querido amigo estadounidense que padecía de tuberculosis). Los contenidos de esta disculpa los conocemos a través del testimonio de Luis Baldoni (el asistente de Rhoads), y que

la carta se hace pública a varios medios de comunicación (dentro y fuera del País) a través de Pedro Albizu Campos, presidente del Partido Nacionalista, quien la consideraba un reflejo de los planes estadounidenses para exterminar a los puertorriqueños⁶³⁰ (entre dichos planes estaban también las políticas neomaltusianas de bajar la natalidad⁶³¹); 4) al hacerse público el incidente, la AMPR exigió represalias, pero si leemos el BAMPR dicha indignación no se hace notar, con apenas una mención de la carta enviada por la RF⁶³² como disculpa (en medio de artículos que resaltan y agradecen las contribuciones de la RF en diversas investigaciones)⁶³³.

Ante dicha acusación pública, Rhoads va a declarar inicialmente que la carta fue una parodia,

reproducimos aquí como aparece en el artículo de Annette B. Ramírez Arellano:

Well people, I am going to deliver a short speech. Somebody took a letter written by me from my desk. I know this has caused a bad impression on all, but I wish to tell you that I wrote this letter when I was in a rage. It was for a friend of mine in the States who has tuberculosis and I want you to pardon me if I have offended you. After all, the letter never left here. I have a high opinion of the Porto Ricans. Of all the hospitals I have seen in the world I believe that none ranks as high as the Presbyterian and I have a very high conception of the respectability and industry of the Porto Ricans. After all, remember that the latter was not sent and I ask you again to pardon me.

Rhoads se va del país en diciembre, creyendo que todo estaba resuelto porque, después de todo, la carta no había sido enviada y él se había disculpado. Ver Ramírez de Arellano, “La insólita”, 47.

⁶³⁰ En enero del 1932 Pedro Albizu Campos recibe la carta (gracias a Baldoni) y va a ser responsable de hacerla pública, enviándosela a otros líderes de partidos políticos, la Unión Panamericana, la Unión Americana de Libertades Civiles, el Vaticano y la AMPR. Algunas editoriales y declaraciones de grupos políticos (en particular los nacionalistas) señalaban la afrenta de Rhoads como parte de un intento de exterminar a los puertorriqueños. Los nacionalistas remitían al exterminio de los indios nativos en Estados Unidos como un ejemplo de dichas prácticas de exterminio. Ver Lederer, “Porto Richochet”, 726; Ramírez de Arellano, “La insólita”, 48-49; Lederer, “Porto Richochet”, 720, 726.

⁶³¹ Ya en el 1930, Albizu Campos había señalado que el neomaltusianismo era una “conveniencia yanqui” que hacía daño a las mujeres, a quienes define como las “fuente de la vida y la patria no puede inutilizar a una sola madre potencial”. Ver Pedro Albizu Campos, “Un artículo del presidente del partido nacionalista con respecto a la legislación neomaltusiana que ha sido presentada (1930)”, en *Pedro Albizu Campos. Obras Escogidas. 1923-1936. Tomo I* (San Juan: Editorial Jelofe, 1975), 246-49, 248-49.

⁶³² Ya desde diciembre de 1931 algunos miembros de la AMPR conocían de la carta y existía indignación ante la misma (y es muy sospechoso que poco después es que Rhoads se va de la Isla, supuestamente para atender a un tío enfermo). En torno a la reacción pública dentro del BAMP, encontramos que aparece la contestación de Wilbur Sawyer, en nombre de la RF, disculpándose por la situación con Rhoads, claro con todas las formalidades y eufemismos posibles que no admitiesen la veracidad (ni la negaran) de lo expuesto por Rhoads: “(...) wish to express through you to the Medical Association of Porto Rico their deep regret that any one working under the auspices of the Foundation should have expressed or even held for a moment, any thoughts which reflected on the medical profession and the people of Porto Rico”. Ver Wilbur A. Sawyer, “The Rockefeller Foundation—Carta al Secretario de la A.M. de P.R. *BAMPR* XXIV, nº198 (1932): 126; Ramírez de Arellano, “La insólita”, 48.

⁶³³ Ejemplo de ello es el ya citado texto de Bachman (“Resumen del Informe”) y, en el mismo numero que aparece la carta de la RF, se hacen menciones de las investigaciones hechas en el Hospital Presbiteriano (pero sin mencionar a Rhoads).

escrita después de emborracharse al enterarse que su carro había sido vandalizado. William Castle, el supervisor de Rhoads en la RF, investigó las muertes bajo su cargo y declaró que no encontró nada sospechoso (aunque nunca se esclareció el asunto de trasplantar cáncer⁶³⁴). El Gobernador Beverly abre una investigación el 26 de enero de 1932, bajo el fiscal José Ramón Quiñónez y con la asistencia de los médicos Garrido Morales (entonces Comisionado de Sanidad) y Morales Otero (quien representaba a la AMPR y al Tribunal Examinador Médico)⁶³⁵. Los médicos y el fiscal fueron al hospital a inspeccionar los expedientes clínicos e informes individuales de todos los pacientes tratados bajo Rhoads. Se investigaron las muertes bajo Rhoads (que al parecer fueron 9), las cuales fueron causadas por infecciones “naturales” o complicaciones esperadas⁶³⁶ y las autopsias no reflejaban ninguna irregularidad⁶³⁷. Como bien acierta Annette Ramírez de Arellano, en dicha investigación se quedaron muchos “cabos sueltos”, entre ellos no “se esclareció en qué medida los investigadores ciñeron o desviaron del protocolo de investigación, el cual en ningún momento contemplaba experimentar con células cancerosas”⁶³⁸. En otras palabras, hubo ciertas irregularidades sugestivas, pero cuyos efectos no pudieron demostrarse.

Los testimonios de Luis Baldoni, asistente de Rhoads, reflejaban prácticas erráticas y poco higiénicas por parte de Rhoads (de no esterilizar agujas al sacar sangre), además de poseer un carácter brusco y distante con los demás en el laboratorio⁶³⁹. Estas irregularidades no eran falsas

⁶³⁴ Lederer, “Porto Ricochet”, 720.

⁶³⁵ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 49.

⁶³⁶ El trabajo clínico de Rhoads consistía en investigar los efectos de inyecciones y suministros orales de extracto de hígado, y de los 257 pacientes hubo 13 muertes (4 por pacientes no atendidos directamente por Rhoads), por complicaciones de salud (dos por abscesos en el pulmón y los demás de diferentes causas, como hemorragia, colitis ulcerativa, leucemia, fallo cardíaco, nefritis crónica, anemia severa, esprúe y malaria). Ver Ramírez de Arellano, “La insólita”, 51-52.

⁶³⁷ Koppisch verificó cinco de las autopsias (además de las tres realizadas por Rhoads). Los detalles de estas se desconocen, o sus metodologías, pero al parecer no se encontró nada que apuntase a negligencia, envenenamiento o cáncer. Ramírez de Arellano, “La insólita”, 52.

⁶³⁸ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 53.

⁶³⁹ Ver Lederer, “Porto Ricochet”, 726-27.

y se tiene evidencia de que Rhoads trató de inducir esprúe en humanos y solicitó unos sueros de pacientes para llevar a cabo dichos experimentos. Esto lo pudo hacer gracias a Garrido Morales, quien tal vez se sentía endeudado con el investigador al haber curado a su madre de esprúe (después de padecerlo por 14 años)⁶⁴⁰. Sin embargo, otros testimonios, en particular de colegas de Rhoads, defendían su imagen y carácter, presentándolo como un investigador invaluable y que se sacrificaba por sus pacientes⁶⁴¹. Pese a las declaraciones positivas de los colegas médicos de Rhoads, en particular los afiliados a la RF, hay una serie de eventos que son difíciles de ignorar: 1) hay evidencia de una segunda carta escrita por Rhoads, en un peor tono que la primera, cuyos contenidos desconocemos y fue destruida por el Gobernador Beverly⁶⁴²; 2) hubo otras cartas, dirigidas a sus colegas, en donde Rhoads describe a sus pacientes puertorriqueños como “animales de experimentación” (*experimental animals*)⁶⁴³; 3) la intervención de Ivy Lee, la experta de la RF en relaciones públicas, ayudó a construir la narrativa, particularmente en los medios de comunicación estadounidenses, de que todo fue una broma tomada en serio, producto de un médico sacrificado y agotado por tensiones psicológicas; 4) la versión impresa del *Times* sobre la acusación de Rhoads fue editada a partir de presiones de la RF, omitiendo, entre otras cosas, los fragmentos de la carta que aludían a los italianos, los médicos y la infección de cáncer a los pacientes⁶⁴⁴; 5) Rhoads va a ser uno de los científicos más reconocidos, e incluso pionero, por su experimentación con el cáncer durante la Segunda Guerra Mundial.

⁶⁴⁰ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 45.

⁶⁴¹ Por ejemplo, el testimonio de Castle destacaba que el propio Rhoads había dado, casi a modo de autosacrificio, de su sangre para transfusiones, sea para pacientes o emergencias. Un acto que de suyo no era raro (un médico o una enfermera que donase sangre) era aquí acentuado no solo como heroico, sino como casi martirizante: el acto de un médico incomprendido que era ahora mal juzgado por malagradecidos. Ver Lederer, “Porto Ricochet”, 728.

⁶⁴² El 17 de febrero el Gobernador de Puerto Rico, James Beverly, envía a Wilbur Sawyer, en aquel entonces director asociado de la IHD, una segunda carta que era aún peor. Beverly destruye dicha carta. Ver Farley, *To Cast*, 81, 86; Douglas Starr, “Revisiting a 1930s scandal, AACR to rename a prize”, *Science CCC* (25 de Abril, 2003): 573-74; Lederer, “Porto Ricochet”, 55-56.

⁶⁴³ Starr, “Revisiting”, 574.

⁶⁴⁴ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 55

En lo que concierne la intervención de Ivy Lee vemos un ejemplo de cómo se utilizó cierto tipo de psicologización para racionalizar las acciones de un individuo con autoridad, poder y pleno uso de su consciencia. De fondo tenemos también una época en la cual el tropo del médico héroe podía encontrarse en un tipo de literatura como eran las biografías de los investigadores del microbio y de científicos aventureros que luchaban contra la ignorancia⁶⁴⁵. Este tropo fue utilizado a favor de Rhoads, cuya reputación inclusive quedó impugne con la ayuda de Lee. En los medios de comunicación estadounidense se buscó destacar la figura de Rhoads como héroe incomprendido, luchando desinteresadamente en pro de la Ciencia, y que era víctima de la politiquería de un conjunto de resentidos (y destacaban el Partido Nacionalista)⁶⁴⁶. De esa forma se buscaba presentar dualmente el ideal del científico neutral, comprometido y desinteresado y la del médico incomprendido, agotado y en tierra ajena (típico del tropo del científico investigador/aventurero)⁶⁴⁷. Lo más perverso de esta estrategia es que representa a Rhoads como un héroe incomprendido ante una población de isleños ignorantes y malagradecidos que no tenían la capacidad de entender un chiste, a la misma vez que omite selectivamente aquellos contenidos de la carta que pudiesen ofender a una audiencia estadounidense y/o contradecir el ideal del especialista objetivo y neutral.

⁶⁴⁵Ejemplo de ello es el libro del 1925 de Paul Kruif *The Microbe Hunters*. Ver Ramírez de Arellano, “La insólita”, 42; Lederer, “Porto Ricochet”, 737-38.

⁶⁴⁶Basta ver cómo en *The Washington Post* se publica un artículo que encabezaba “*Porto Rico ‘Plot’ Fails at Hearing: Jocular Letter of Dr. Rhoads Used by Nationalists Against US*”. En la revista *Times* se aclaraba que todo fue un malentendido, una “parodia tomada en serio”, y asimismo presentaban al Rhoads como un individuo comprometido, con buenos credenciales y un “lado humano”. Ver Lederer, “Porto Ricochet”, 721-22, 731; Ramírez de Arellano, “La insólita”, 54

⁶⁴⁷Como arguye la historiadora Susan E. Lederer, el artículo del *Times* excusaba las acciones de Rhoads a través de una narrativa que explicaba que el científico había estado afligido por la muerte de un paciente, entre otras cosas. Esta psicologización buscaba presentar a un Rhoads preocupado también por sus pacientes, ocasionalmente frustrado por no lograr salvar vidas, además de preocupado por la salud de su amigo *Ferdie* y que, por lo tanto, utilizó la ficción (la carta) como un método casi terapéutico. La simpatía que se buscaba evocar enmarcaba todo el asunto como una simple exageración por parte de los puertorriqueños. Como bien atina la historiadora y doctora Annette B. Ramírez de Arellano, el artículo enmarcaba el conflicto como uno entre el “médico dedicado y una población ignorante y malagradecida”. Ver Lederer, “Porto Ricochet”, 731; Ramírez de Arellano, “La insólita”, 55.

Rhoads continuó su carrera sin problemas, progresando y ganando reconocimientos y puestos altos, entre ellos experimentando con armas biológicas durante la Segunda Guerra Mundial⁶⁴⁸. Mucho de estos experimentos van a influir en la formación de terapias contra el cáncer, en particular la quimioterapia (incluyendo experimentos en donde sí inyectó cáncer en pro de estudiar los mecanismos de defensa y ver la posibilidad de usar trasplantes para tratarlo)⁶⁴⁹. Es por estas investigaciones que, durante décadas, la *American Association of Cancer Research* (AACR) otorgaba la *Cornelius P. Rhoads Memorial Award* a investigadores eminentes y jóvenes. No deja de sorprender que la AACR alegara desconocer dicha historia, lo cual demuestra cuán poca importancia se le dio el asunto entre los médicos y científicos estadounidenses. Una amnesia que tuvo un breve momento de lucidez en el 2003, cuando un biólogo puertorriqueño volvió a traer el tema y, por razones de imagen la AACR, cambió el nombre del premio (pero no por ello admitió ni reconoció la verdad de lo sucedido)⁶⁵⁰.

La imagen de Rhoads continuó siendo objeto de críticas en el País, no solo ya por líderes nacionalistas, sino inclusive en programas televisivos⁶⁵¹. Sin embargo, resulta cuestionable cuán viva o no esté aún dicha imagen y si tal se trasciende de la demonización de un individuo particular. Por esa razón, es importante ver el caso de Rhoads como un ejemplo de las relaciones de poder que existían en las emergentes comunidades científicas que se amparaban en los imaginarios que hemos ido mencionado en torno a la “salud internacional” y la supuesta neutralidad y objetividad del especialista. Al respecto, Lederer no duda en ver el caso de Rhoads como un ejemplo de las

⁶⁴⁸ Durante la Segunda Guerra Mundial fue director de la División Médica del Servicio de Guerra Química, experimentando con los efectos toxicológicos y la utilidad de gases químicos como armas. Esto incluyó experimentar los modos de proteger contra al Gas Mostaza, lo cual hizo que más de 60,000 reclutas fuesen expuestos al mismo, y al gas lewisita (un agente a base de arsénico). Ver Ramírez de Arellano, “La insólita”, 57.

⁶⁴⁹ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 57-59

⁶⁵⁰ En el 2002 el biólogo Edwin Vázquez sometió a la *American* (AACR) la solicitud para que eliminasen el Premio Cornelius Rhoads, lo cual se logró en el 2003 (aunque ello no abrió una investigación oficial sobre el asunto, simplemente desvincular la asociación con el nombre de Rhoads). Ver Ramírez de Arellano, “La insólita”, 62-63.

⁶⁵¹ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 61-62.

dinámicas de una medicina imperial, cónsono con lo que Marcos Cueto ha señalado en torno a las intervenciones internacionales y de la RF en Latinoamérica⁶⁵². Asimismo, Ramírez de Arellano arguye que el incidente sirve como un: “(...) estudio de caso de cómo Rhoads superó el escándalo para alcanzar posiciones de poder y prestigio. Apadrinado por miembros de la elite médico-filantrópica de los Estados Unidos, el médico-investigador logró despojarse del pasado y emergió triunfante en su carrera científica y administrativa”⁶⁵³.

Lo llamativo del caso de Rhoads es que, discursivamente, tiende a ser interpretado como una anomalía o un ejemplo de los usos no científicos (inclusive imperiales o “ideológicos”) de la ciencia que, junto a la eugenesia y múltiples ejemplos de violaciones éticas cometidas por médicos y psicólogos en la época, han sido superados. El problema con estas interpretaciones es que no analizan cómo tales conductas, acciones y narrativas no son anómalas, anormales ni irracionales sino los efectos de ciertos modos privilegiados y “normalizantes” de racionalizar y problematizar los supuestos obstáculos al Progreso, la Modernidad y la Evolución a través de un discurso medicalizador que se tornó cada vez más abarcador. Para entender esto mejor, tenemos que considerar, como hemos hecho en los capítulos anteriores, al rol educativo y político que asumirán los médicos en torno a los problemas “medico-sociales”.

B. El médico como educador higienista, moralista y político

A nivel discursivo, lo que vemos durante las décadas de los treinta y cuarenta, es una ampliación y especificación de los roles y las estrategias que se habían adjudicado los médicos desde principios del siglo XX. Uno de los aspectos que sobresale en este periodo es el ideal del “tuberculoso educado” en oposición a aquel desobediente, irracional y fóbico que, de un modo u otro, no cooperaba con las autoridades médicas. El modo en que se representaba nuevamente el

⁶⁵² Lederer, “Porto Ricochet”, 721

⁶⁵³ Ramírez de Arellano, “La insólita”, 64.

dúo de ignorancia y pobreza reforzaba imágenes eugenésicas, ahora resignificadas dentro del discurso neomaltusiano y economicista. Se promulgó una educación eugenésica y neomaltusiana que favorecía los métodos más extremos, pero supuestamente más “aptos” de contracepción para remediar una comunidad que era percibida como incapaz de aprender a controlar sus impulsos. En este contexto, y hay que recalcarlo, se repite una tendencia ya vista en las décadas pasadas: educar significaba mayormente guiar y dirigir moralmente a que los pacientes cooperasen y obedecieran a las autoridades médicas. Por eso no será raro que el médico se represente como una figura apta para ser educador y líder, de carácter moral y político, y con ello transformar las condiciones sanitarias del País.

1. El enfoque médico-social/higiénico a la tuberculosis y el “tuberculoso educado”: obediencia, miedo y un régimen imposible

A través del discurso médico de la prevención, el médico debía no solo tratar sino, como insistió Costa Mandry, educar a sus pacientes y hacerlos cooperar en esa “guerra de vida o muerte”⁶⁵⁴. El acento en la cooperación y la obediencia exigía también que el tuberculoso aceptase su condición y destino⁶⁵⁵. En el caso de la tuberculosis, aun más que en la anemia y la malaria, existía el riesgo de suspender prolongadamente el trabajo, lo cual producía resistencia y preocupaciones entre los pacientes y sus familiares, quienes se sentían estigmatizados. Por esa razón notamos una mayor insistencia en que se educase, en especial en los dispensarios, sobre la identificación correcta de la tuberculosis, sus síntomas, su tratamiento y la reclusión del enfermo para evitar contagios. Encontramos aquí, particularmente durante la década de los treinta, un discurso que buscó, por un lado, psicologizar y desacreditar las preocupaciones en torno a la

⁶⁵⁴ Esta cita la encontramos en un artículo en el 1931 y en el 1945 encontramos vemos un argumento similar, acentuando el rol educativo y preventivo: “More and more he will become an educator”. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 231; Costa Mandry, “Public Health”, 264; Costa Mandry, “La defensa nacional”, 69.

⁶⁵⁵ Por ejemplo, ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 236.

enfermedad y, por el otro lado, exigir un nivel casi absoluto de disciplina y atención, lo cual no pocas veces podía, de forma contradictoria, invocar imágenes sensacionalistas y terroríficas. Si, por un lado, se buscó aminorar los peligros de la tuberculosis, no se dejó de invocar una imagen de la tuberculosis como una batalla contra un enemigo “invisible” que, en cualquier momento, podía atacar, retornar y decimar la población. Tampoco se dejó de utilizar una educación moralizante y sensacionalista, que, similar a como se hizo con la anemia, buscaba resaltar que la causa de la enfermedad era un microorganismo y no el hambre⁶⁵⁶; lo cual reforzaba la necesidad de seguir los consejos médicos e invertir en servicios y tratamientos médicos⁶⁵⁷.

El panorama de tratamiento, pese a sus adelantos y logros, no era muy prometedor, menos aún en condiciones económicamente deprimentes en donde había hambre, acceso limitado a servicios económicos y pésimas condiciones de trabajo. Por consiguiente, no es casualidad que el discurso médico buscara persuadir a los individuos afectados a cooperar a través de una supuesta retórica y educación higiénica que los psicologizaba e implicaba en términos de responsabilidad. Para entender esto mejor, veamos ese giro curioso que se dio en la educación higiénica de la tuberculosis y se concentró, entre otras cosas, en educar para corregir la llamada “tisiophobia⁶⁵⁸”, que no era otra

⁶⁵⁶ Por ejemplo, José Amadeo insistía en que se recurriera a una educación que asuste y recordase que ninguna cantidad de comida podía inmunizar contra los bacilos de Koch. Ver Amadeo, “Editoriales: Responsabilidad”: 310.

⁶⁵⁷ Ver Amadeo, “Editorial”, 450; y un argumento similar aparece en Amadeo, “Editoriales: Responsabilidad”: 310.

⁶⁵⁸ El término tisiophobia ya había sido utilizado durante la primera década del siglo XX, al menos en España y Estados Unidos, para apuntar al “miedo irracional” o “patológico” a la contagiosidad de la tuberculosis. La palabra parece haber sido acuñada desde finales del siglo XIX, pero su uso no era muy frecuente. Curiosamente el término “tisióforo” aparece por primera vez durante la segunda década del siglo XX en una publicación médica en Madrid. En Argentina, si seguimos lo expuesto por historiador Diego Armus, este tipo de fobia fue criticada durante la primera mitad del siglo XX en Argentina. Sin embargo, da la impresión, si nos fijamos en las fuentes que utilizan explícitamente el término (tisiophobia y no simplemente aludiendo al miedo a su contagiosidad), que el concepto empieza a utilizarse a partir de la primera década del siglo XX, incrementando también su uso en las décadas de los treinta y cuarenta (similar a Puerto Rico). Armus asocia el mayor uso del concepto con interpretaciones científicas que buscaban oponer la visión fatalista en torno al contagio y educar contra interpretaciones exageradas. Esto coincide parcialmente con lo que vemos en el caso de Rodríguez Pastor (o inclusive otros autores como Ruiz Arnau a principios del siglo XX). No obstante, la interpretación de Armus puede, hasta cierto punto, obviar que el concepto de “tisiophobia” no solo tuvo el objetivo pedagógico de aclarar los límites del contagio, sino que llevó a cierta psicologización de las preocupaciones legítimas que tenían las familias en torno al contagio (además de que el discurso médico podía, de forma muy selectiva, reforzar estas fobias a través de un lenguaje sensacionalista que, durante décadas, expuso la peligrosidad del contagio de la

cosa que la conducta del tuberculoso “no educado” y “peligroso”.

Tomemos como ejemplo la cartilla publicada en el 1935 por Rodríguez Pastor (el “Especialista en Tuberculosis del Departamento de Sanidad”), la cual tenía, entre sus objetivos principales, “batallar” contra las ignorancias del paciente y de la familia, los “dos grandes obstáculos” para el tratamiento y recuperación del enfermo⁶⁵⁹. El texto se centraba en los cuidados y tratamiento del tuberculoso. No obstante, al inicio le dedica una porción a la “tisiophobia”, la cual define como “esa aberración del sentido común, producto de la ignorancia y del egoísmo humano”⁶⁶⁰. En otras palabras, el fóbico, al dejarse ir por sus emociones era no solo egoísta sino ignorante. Era preciso que el tuberculoso conociese la “naturaleza de su enfermedad” y se “familiarizara con todos los detalles de su tratamiento”. De esta forma se convertía en un “tuberculoso educado” que “sabe lo que tiene que hacer para curarse y para proteger a los demás contra el contagio, deja de ser un enfermo peligroso. Con tal paciente se puede vivir en la misma casa sin miedo alguno de contagiarse”⁶⁶¹.

Según el tisiólogo, los tuberculosos maleducados tosían de forma desmedida y sin tomar las debidas precauciones⁶⁶², en oposición al tuberculoso educado que se cubría al toser, era más silente y evitaba el contacto con los demás⁶⁶³. De esta forma, el galeno nos dice que tuberculoso educado

tisis). Ya esto lo discutiremos más adelante. Para detalles sobre el caso argentino ver Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: Edhasa, 2007): 258-69. En términos a las primeras acepciones del término ver Real Academia Española. “Tisiophobia (1891-)”. *Diccionario histórico de la lengua española*, 31 de marzo de 2021. Recuperado en <https://www.rae.es/dhle/tisiophobia>; Real Academia Española. “Tisiófobo (1914)”. *Diccionario histórico de la lengua española*, 31 de marzo de 2021. Recuperado en <https://www.rae.es/dhle/tisi%C3%B3fobo>.

⁶⁵⁹ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 3.

⁶⁶⁰ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 5.

⁶⁶¹ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 24.

⁶⁶² El tisiólogo apuntaba, de forma muy enfática, a la mala costumbre de toser demasiado —según el especialista la mayoría de los pacientes tosían de más— o de inclusive no saber toser correcta o educadamente. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 19, 25.

⁶⁶³ Según Rodríguez Pastor, el “tuberculoso *educado* no escupe nunca en el piso, sino en recipientes especiales de cartón, que quema después para destruir así los gérmenes”, tampoco “tose ni estornuda sin antes cubrirse la boca y la nariz”, “duerme solo”, “no besa a los niños, ni los coge al hombro ni juega con ellos”, “nunca se traga su propio

es un sujeto que puede tenerse cerca, con quien se puede interactuar porque inclusive no tose demasiado y se cubre de forma adecuada⁶⁶⁴; y en ese sentido pasar un rato con dicho paciente, siempre y cuando fuese en un espacio ventilado, no constituía un peligro⁶⁶⁵. El paciente educado también reconocía la necesidad de ir al médico⁶⁶⁶, seguir sus instrucciones y evitar los medicamentos patentizados y no autorizados por médicos⁶⁶⁷. A través de esta imagen del “tuberculoso educado” se articulaba también la imagen terrorífica del tuberculoso ignorante y negligente, que incluía tanto aquel que no seguía los debidos pasos de tratamiento, como aquel que estando enfermo no buscaba ayuda; entiéndase el trabajador que ignoraba sus síntomas e infectaba a los demás⁶⁶⁸. Así como se criticaba al trabajador ignorante y tuberculoso “mal educado” se reconocía que la educación higiénica no servía si el individuo vivía o retornaba, después de su tratamiento, a una vivienda insalubre o si el paciente ganaba “escasamente lo suficiente para vivir en la más espantosa miseria”. Por esa razón varios médicos insistieron en que se construyesen más instituciones, como los sanatorios para los casos menos avanzados y curables (que además operaban como espacios “educativos”) y los hospitales especializados⁶⁶⁹.

Cuando analizamos las condiciones históricas del contexto sanitario y socioeconómico de Puerto Rico este enfoque médico en la tisiophobia resulta muy sugestivo y problemático, y va de la

esputo”, “siempre se lava las manos cuidadosamente antes y después de cada comida”, “rara vez se le oye tose” (porque “las tos puede dominarse perfectamente en la mayoría de los casos”). Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 24-25.

⁶⁶⁴ Rodríguez Pastor enumera lo que debe evitarse: no “está bien besar ni abrazar a un tuberculoso, ni menos acercarse mucho a un tuberculoso que tose continuamente sin cubrirse el rostro, y no es prudente visitar sin necesidad a tuberculosos ignorantes que escupen en el piso y no se mantienen limpios”. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 6.

⁶⁶⁵ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 6.

⁶⁶⁶ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 3.

⁶⁶⁷ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 20-21.

⁶⁶⁸ Por ejemplo, en el 1933 Manuel Guzmán Rodríguez criticaba la falta de una verdadera aproximación preventiva, una “lucha” para educar al “trabajador ignorante”. Se trataba de aquel era “sordo por conveniencia” y que solo reaccionaba cuando ya tocía sangre, en gran parte porque, como bien reconocía el galeno el diagnóstico definitivo “solo significa la insólita certidumbre, de que las puertas del trabajo se han cerrado para siempre”. Ver Manuel Guzmán Rodríguez, “El problema de la tuberculosis y el obrero”, *BAMPR XXV*, nº4 (1933): 272-73, 272

⁶⁶⁹ El sanatorio, según Costa Mandry, era “la academia o universidad del tuberculoso; en él aprende a protegerse y a proteger a los demás”. Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 236.

mano con el modo en el cual se patologizó a los soldados y ciudadanos con un diagnóstico de fobia neurasténica durante la Segunda Guerra Mundial⁶⁷⁰. Lo que encontramos a través de estos argumentos “educativos” y clínicos es una representación del fóbico como un sujeto miedoso, cobarde, ignorante, peligroso y traicionero. Dicha representación se le atribuía tanto al que padecía la enfermedad como a los familiares y personas de la comunidad que abandonaban al enfermo, le daban falsas noticias o le metían miedo innecesariamente. Aún para finales de la década de los cuarenta, encontramos este reclamo en torno a los problemas de esa “actitud de rechazo” y de cómo la “actitud de nuestra comunidad constituye otro factor negativo hacia la rehabilitación del tuberculoso”, dado al temor que infundía e incertidumbre provocando rechazos y aislamiento en el paciente⁶⁷¹. Obviamente, el asunto no es confirmar si existieron o no personas que, por una razón u otra, estigmatizaron a colegas y familiares, sino señalar cómo se buscó responsabilizar a los individuos de su propia salud, pese a todas las limitaciones obvias que, muy a sabiendas de los médicos, existían en el “medio”. En donde mejor podemos notar esta contradicción y ceguera selectiva es cuando se discute el régimen de recuperación del tuberculoso.

En la cartilla de Rodríguez Pastor se repetía algo harto conocido: la luz, la buena ventilación, y el descanso eran beneficiosos⁶⁷². Todo esto pudiese sonar sensato, pero en dicha cartilla se ofrecen detalles que nos presentan un régimen muy estricto y difícil de conllevar para lograr tales beneficios. Recordemos las recomendaciones dadas por Rodríguez Pastor, entre las cuales teníamos estar solos en una habitación bien ventilada, tener acceso a poder tomar sol al aire libre mientras está en una cama bajo una carpa, tomar varias siestas (además de dormir al menos 8 horas), mantener una dieta nutritiva (pesándose y tomándose diariamente la temperatura) y evitar

⁶⁷⁰ Vale recordar lo discutido en una de las secciones anteriores en torno a la neurastenia de guerra. Ver sección “La psicología del miedo y la psicopatologización del ‘cobarde’ y el desobediente en tiempos de guerra”

⁶⁷¹ Jiménez, “El problema”, 16.

⁶⁷² Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 17, 24.

cualquier tipo de agotamiento o esfuerzo físico (incluyendo, dialogar por las noches). Vale cuestionarse ¿quiénes, entre los más afectados por la enfermedad, podían llevar a cabo todas estas directrices y régimen? ¿Cuántos obreros podían estar en una habitación solos, en un espacio bien ventilado y con la posibilidad de poner una tiendita afuera para gozar del aire y el sol por lo menos ocho horas? ¿Cuántos podían contar con al menos ocho horas de descanso constante (y no estamos si quiera contando las horas de sueño), sin ejercer esfuerzo alguno? A su vez, el régimen de descanso debía conllevarse de forma rutinaria a nivel domiciliario y requería de atención constante (sin la ayuda de un médico)⁶⁷³.

Por ejemplo, se recomendaba que si el paciente tenía una fiebre de 37. 5° centígrados y un pulso de 90, no debía “levantarse de la cama bajo ninguna circunstancia”⁶⁷⁴. Este tipo de escenario debió de ser excesivamente común, particularmente en hogares calientes y en circunstancias que, por lo general, eran poco relajantes (además de que no son medidas, de suyo, patológicas ni anormales⁶⁷⁵). Aunque se enfatizaba que la enfermedad era curable, dicho proceso era también “muy lento” y “puede destruirse con cualquier esfuerzo corporal” y el tratamiento es “con más frecuencia cuestión de años que meses”⁶⁷⁶. A partir de lo expuesto, vale preguntarse si los temores y resistencias que tenían las personas a la enfermedad eran realmente irracionales, en particular cuando la recuperación era lenta conllevaba desempleo (y una compensación insuficiente), cuidado constante por parte de la familia y la advertencia de que podía retornar al primer desliz o

⁶⁷³ El tisiólogo insistía “no debemos olvidar esto”, que la enfermedad requería de “continua atención”. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 12.

⁶⁷⁴ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 9.

⁶⁷⁵ Considérese que hoy en día (y aún en aquella época), una fiebre es mayor a 38° y un pulso de 90 son altos, pero no se considera necesariamente alto o signo de fiebre. Esto es siguiendo los criterios para informar e identificar fiebres según el CDC, quien además consideraría otros síntomas (no presentes aquí). Ver CDC, “Quarantine and Isolation” recuperado en <https://www.cdc.gov/quarantine/air/reporting-deaths-illness/definitions-symptoms-reportable-illnesses.html>. Para información actualizada en torno al pulso, según la *American Heart Association*, ver AHA “All about heart rate (pulse)”, recuperado en <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/the-facts-about-high-blood-pressure/all-about-heart-rate-pulse>.

⁶⁷⁶ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 12.

descuido. Hay que notar la contradicción que esto entretiene cuando, a la misma vez, se decía que la enfermedad no era tan fácil de contagiar (y esto se le decía a la familia), pero debía identificarse rápidamente, aislando al enfermo (ahora vuelto desempleado), para así evitar contagiar a los demás empleados. Asimismo, la insistencia en hospitales y sanatorios se hacía justamente porque se sabía que las condiciones de retorno no eran óptimas.

Tomando todo esto en consideración, vemos que el problema mayor no era la ignorancia y prejuicio de las personas, sino las condiciones del “medio”, en particular aquellas que no podían ser controladas por la familia (calidad y cantidad de agua, aire, comida, visitas médicas domiciliarias, medicamentos e ingresos). Los médicos promovían una imagen idealizada del sujeto saludable como un individuo quieto, una especie de “vago” obediente y sano. Sin embargo, la “gente humilde” (eufemismo muy típico de la época) no tendía a guardar cama. Las resistencias a seguir el régimen de descanso no se daban por simple ignorancia sino por el temor de perder los pocos ingresos que sostenían la familia, en particular en aquellos espacios que se dependía de un salario para sobrevivir (y no de los frutos de un terreno). Dichas resistencias parecían ser la norma⁶⁷⁷.

Este escenario de individuos enfermizos que vivían en un “medio” desventajoso parecía confirmar, de forma muy conveniente, las advertencias eugenésicas y neomaltusianas de la época: existían individuos que no estaban aptos a sobrevivir en los “medios” que habitaban, a menos que recibiesen ayuda adicional, asistencia y otros gastos. El modo selectivo mediante el cual se correlacionaban salud y pobreza acentuaba que el problema era, en última instancia, de

⁶⁷⁷ En otras palabras, a menos que la persona estuviese muy grave e incapaz de levantarse para “ganarse la vida”, era raro que una persona, de las clases trabajadores, pobres o “humilde” guardase cama y lo común era resistir a estar/quedarse postrado. Por ejemplo, en el 1939 Morales Otero, junto a otros investigadores, señalaba “la clase humilde, no acostumbra a guardar cama sino en las enfermedades graves, cuando se sienten realmente imposibilitadas e incapaces de levantarse y ganarse la vida”. Ver Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 331; hay un señalamiento similar en Arbona, “Are we”, 203.

reproducción de natalidad más que uno de desigualdades socioeconómicas. Otra vez, la educación aparece aquí como una tecnología útil para persuadir y convencer a que los ciudadanos, en particular los pobres, obedecieran los mandatos sanitarios y médicos y optaran por no procrear.

2. Los “no aptos” y la educación eugenésica y maltusiana/esterilización voluntaria

Para los médicos no era novedoso apuntar que en Puerto Rico existía la pobreza y que dicha pobreza llevaba a problemas de salud. Lo que sí es distintivo durante este periodo es proponer que economía y salud estaban tan ligados que una solución económica era prácticamente idéntica a una médica. En este caso, los médicos defienden el neomaltusianismo como una solución económica y médica, de forma muy similar a cómo Valle Atilles había apalabrado de forma nihilista la necesidad de soluciones eugenésicas: no es lo ideal, pero ante un escenario de ignorancia, indiferencia y de falta de voluntad de cambio, sea ya del pueblo o del Gobierno, se requerían medidas excepcionales de índole preventivo para el beneficio de las futuras generaciones. Este nihilismo eugenésico justificaba la aceptación de estas medidas como alternativas racionales y optimistas.

Por ejemplo, Costa Mandry va a proponer, desde el 1931, al neomaltusianismo como una solución ante la continuación de las deprimentes condiciones económicas, las cuales posibilitaban la prevalencia de “miseria e ignorancia”, de mujeres irresponsables que traen más niños de los que se pueden mantener y con ello hacerlos víctimas de “los temibles virus sociales y patológicos”⁶⁷⁸. Igual a Lanauze y Valle Atilles, el galeno propone el control de la natalidad como una solución ante la indiferencia y el sentimentalismo, criticando las objeciones religiosas que mantenían la inercia de dicho escenario y no permitía que funcionasen los “remedios sociales”⁶⁷⁹. Ante la

⁶⁷⁸ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 238.

⁶⁷⁹ No queda claro a qué “remedios sociales” se refiere concretamente el galeno, o si se trata de un argumento circular, dado que el único remedio que propone (y que no había sido aceptado aún por razones religiosas, entre otras razones)

acusación de que las medidas maltusianas eran inmorales, el galeno señalaba la necesidad de ver estos asuntos desde una perspectiva social y biológica. Con ello sugiere que los médicos pudiesen divulgar, de forma discreta, como limitar la procreación en aquellas mujeres en contextos pobres y enfermizos (en particular cuando se trataba de la tuberculosis)⁶⁸⁰.

Hubo médicos eugenistas que se oponían al neomaltusianismo porque lo consideraban una postura inmoral. En una editorial del BAMPR, Esteban García Cabrera, experto en sifilología, se opone explícitamente al neomaltusianismo y favorece la esterilización voluntaria⁶⁸¹. El texto contiene las referencias típicas del discurso eugenista que invocaba al evolucionismo, las teorías de herencia (Darwin, Lamarck, Galton y Mendel⁶⁸²) y la adaptación de los más aptos a través de las estrategias de control de la reproducción. Cónsono con el mencionado nihilismo eugenésico, el galeno reconocía la importancia de los “factores sociales” que servían para retroceder o mejorar el progreso de la especie humana⁶⁸³, pero aclaraba que tales factores no podían transformar del todo la influencia hereditaria o del “parentesco” en el desarrollo de ciertas enfermedad y conductas (incluyendo la criminalidad)⁶⁸⁴. Bastaba una enfermedad, un “traumatismo” u otra “condición desequilibrada” para que despertase, sin posibilidad de remediarlo ni curarlo, el mal que estaba latente⁶⁸⁵. Como era propio de los eugenistas, el pronóstico era negativo en lo que concernía la

era el neomaltusianismo. Hemos de suponer, porque dicha argumentación se repite, que, antes de proponer cualquier otro tipo de reforma social, se debía primero controlar la natalidad para que así, esos otros “remedios sociales”, fuesen efectivos.

⁶⁸⁰ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 239.

⁶⁸¹ Dicho artículo también se publica en *El Mundo* en el 1932. Ver Torres-Degró, “Discusión legislativa”, 66.

⁶⁸² Esteban García Cabrera, “Problemas Médico Sociales: La Esterilización sin Asexualización”, *BAMPR XXIV*, n°196 (1932): 75-82, 75-6.

⁶⁸³ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 76.

⁶⁸⁴ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 76.

⁶⁸⁵ Aún si el galeno admite que hay “misteriosas modalidades” y aspectos desconocidos, insiste en que “el hecho existe” de que un “traumatismo, una enfermedad u otra condición desequilibradora” podía operar como una “causa excitante”, y la “herencia latente aparece”. Para ello remite al caso, siempre muy citado entre los eugenistas, de la familia Kallikak, en la cual el hijo ilegítimo de una imbecil llevó a varias generaciones de anormales; y a los Jukes, que en seis generaciones tuvieron a 1200 defectuosos. Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 79.

relación entre medio y herencia biológica: el medio sirve para “impregnar” de venenos, “adulterar” y deformar la herencia⁶⁸⁶. Desde esta perspectiva, los problemas sociales y asociados al medio (como la depresión económica y los efectos de la Guerra Mundial) son percibidos como azarosos e incontrolables, y que operan en contra de la herencia⁶⁸⁷. Nuevamente encontramos aquí alusiones a Nietzsche⁶⁸⁸ y a ese voluntarismo que cree en la superación como una actitud cónsona con la eugenesia, en particular con la esterilización.

Según el urólogo, el neomaltusianismo era un fracaso por su inmoralidad⁶⁸⁹, dado que era usado por los más aptos (los de “pura estirpe”) para gratificar sus placeres y disminuir sus familias, mientras continuaba la procreación de los “anormales”⁶⁹⁰. También describe dicha práctica como “desagradable” y que iba en contra de la evolución biológica, psíquica y armoniosa del acto (en otras palabras, tener sexo y copular como Dios o la Naturaleza manda)⁶⁹¹. Por esa razón argüía que la esterilización era una de las “medidas energéticas y radicales” de la eugenesia, y consideraba que era una mejor opción que los proyectos de ley sobre la enseñanza y proporcionar medios para la limitación de la prole⁶⁹². La esterilización era un “remedio moderno”, propio de la “consciencia

⁶⁸⁶ Esta imagen de una “impregnación patológica” la toma del Louis Vervaeck, discípulo de Lombroso. La cita a Vervaeck no es accidental: este consideraba que la mayoría de los criminales padecían de un carácter hereditario morboso, y “que el medio no crea nada, sólo desarrolla o restringe el brote de los caracteres hereditarios”. García Cabrera, amparándose en las conferencias de un médico en Bruselas (1928), consideraba la herencia como si fuese un análisis químico. García Cabrera traza de esta forma una analogía con la herencia según Vervaeck y cómo podía ser “adulterada” por los “venenos”. Utilizaba como ejemplos (sin traer datos ni evidencias concretas) la sífilis y el alcoholismo, las cuales llevaban a “deformaciones nuevas” o a que se recrudescieran los atavismos. Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 77; Luis Rodríguez Manzanera, *Criminología* (México: Editorial Porrúa, 1981), 282.

⁶⁸⁷ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 77.

⁶⁸⁸ Se alude a Nietzsche —“no solo debes reproducirte sino superarte”— como si tal justificase la necesidad de que se “constituya una ciencia para el perfeccionamiento de la raza humana”. Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 77.

⁶⁸⁹ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 77.

⁶⁹⁰ García Cabrera se lamenta de cómo las “sangres de pura estirpe” han limitado su prole hasta el punto de extinguir la familia mientras que los que “degeneran la raza” y llevan “al suicidio de la familia” se multiplican. Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 78.

⁶⁹¹ Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 78.

⁶⁹² Curiosamente, García Cabrera considera esta medida como exclusivamente maltusiana (y no también eugenésica, como lo será en el 1937) y que iba en contra del evolucionismo. Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 77.

eugenésica del hombre civilizado” que reconocía los “defectos del medio” y exigía un “remedio humano pero efectivo”, uno que fuese verdaderamente caritativo⁶⁹³. García Cabrera no solo alude a la supervivencia de los más aptos como un dato incontestable y natural, sino que también deja claro que toda institución caritativa, la cual considera además hipócrita (porque en realidad le aborrece a los “débiles”), lo que ha hecho es promover que los defectuosos continúen procreando⁶⁹⁴. Esta crítica incluye también la inversión en Puerto Rico de instituciones de caridad pública, las instituciones correccionales y de beneficencia pública (la cual consideraba inútil y costosa)⁶⁹⁵.

La solución fácil, factible e inteligente era la esterilización, y le inquietaba que el País fuese lo suficiente inconsciente e ignorante de sus problemas para no asumir esta solución hasta que fuese demasiado tarde; cuando ya no pueda “subsistir como un pueblo sano e inteligente”⁶⁹⁶. El tono de urgencia no es nada novedoso en este tipo de texto, y vemos aquí nuevamente como los defectuosos son representados como un “gasto” y una “amenaza” contra el “Progreso de la Civilización”; como defectos que desprovistos del “gran don de la inteligencia y la razón” no deberían nacer/existir⁶⁹⁷. El urólogo apunta a los logros de la esterilización, particularmente en Estados Unidos⁶⁹⁸, y cómo tal procedimiento era cónsono con la “medicina moderna” y sus adelantos tecnológicos (en este caso quirúrgicos)⁶⁹⁹.

⁶⁹³ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 82.

⁶⁹⁴ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 78.

⁶⁹⁵ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 79.

⁶⁹⁶ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 79-80.

⁶⁹⁷ García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 80.

⁶⁹⁸ El galeno procede a hacer un breve recorrido histórico de algunos países en donde se legitimó la esterilización (por ejemplo, la vasectomía en Suecia en el 1894), como fue el conocido caso del estado de Indiana en Estados Unidos en el 1907, California en el 1909, Virginia en el 1916, entre otros a través de la década de los veinte (también remite a la reconocida frase del juez en Buck vs. Bell “Tres generaciones de imbéciles es suficiente). Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 80-81.

⁶⁹⁹ Lo atractivo y moderno de la esterilización es que, de forma muy especializada, solamente impedía la paternidad o maternidad y no el acto sexual —una “esterilización sin asexuación”—. Ver García Cabrera, “Editorial: Problemas Médico Sociales”, 80.

Una eugenesia negativa antagónica al neomaltusianismo, como la propuesta por García Cabrera, no era atractiva dentro de este contexto (como tampoco lo fue en los Estados Unidos)⁷⁰⁰. Lo interesante es notar que se cumplieron ambos objetivos (el eugenésico negativo y el neomaltusiano), uno con la Junta Insular de Eugenesia y el otro, con las leyes que permitieron la educación contraceptiva, la cual también incluía consejos eugenésicos. En otras palabras, en Puerto Rico podemos ver cómo los argumentos eugenésicos pudieron convivir y pervivir (aunque no sin algunas tensiones y disputas) en los argumentos neomaltusianos. A nivel historiográfico se ha apuntado a los vínculos entre el *birth control* estadounidense, con la figura de Sanger, y la eugenesia; pero se pasa por alto cómo la transición de una contracepción guiada por preocupaciones sobre las “herencias mórbidas” (una preocupación explícitamente eugenista) a una contracepción centrada en la biología de la reproducción⁷⁰¹ no implicó el fin de prácticas eugenésicas de carácter racista y clasista. La historiografía de las últimas décadas ha señalado como una esterilización sesgada y prejuiciada continuó después del finalizar la Segunda Guerra Mundial y, en el caso de Puerto Rico, se recrudeció después de la década de los cincuenta. El caso de Puerto Rico, durante las décadas de los treinta y cuarenta permite ver (y de forma más visible que en Latinoamérica) como eugenesia y neomaltusianismo confluyeron, en particular porque el objeto y el objetivo no cambió significativamente: “exterminar” la pobreza, o aquello que empobrece y degenera la “raza”/“especie”, a través del control de la natalidad. El énfasis en una

⁷⁰⁰ A su vez, no fue raro que algunas autoridades científicas y asociadas al eugenismo se opusieran, por razones sexistas, políticas o ideológicas, a la contracepción y al aborto (por ejemplo, Charles Davenport evitó asociarse con las políticas contraceptivos o de *birth control* de Margaret Sanger, considerándola muy “radical” al proponer métodos contraceptivos accesibles a todos). Ver Paul A. Lombardo, “Disability, Eugenics and the Culture Wars”, *Saint Louis University Journal of Health Law & Policy*, II, n°1 (2008): 57-80, 75-77.

⁷⁰¹ Algunos análisis históricos aún ven esta transición de una forma muy nítida, de una contracepción eugenésica a una centrada *biological reproduction* o *reproduction health*, como si hubiesen sido giros paradigmáticos explícitos y generales. Para una discusión respecto al vínculo inicial entre biología, eugenesia y contracepción ver Merriley Borell, “Biologists and the Promotion of Birth Control Research, 1918-1938”, *Journal of the History of Biology*, XX, n°1 (1987): 51-87, 85-86.

solución químico-biológica contraceptiva, que fue la impulsada por las filantropías estadounidenses y la colaboración de médicos, enfermeras y trabajadores sociales puertorriqueños, se amparaba asimismo en una postura típicamente eugenésica: la gente pobre no era suficientemente apta para aprender las técnicas más complejas y lo propio era educarles a utilizar un método más fácil y, dentro de lo posible, permanente. Después de todo, el ideal de Valle Atilés era que las personas pobres y anormales eligieran voluntariamente esterilizarse.

Ante la aprobación legislativa de las leyes que facilitaban la esterilización y la contracepción en el 1937 —leyes que Belaval describía como “varias leyes de carácter Neomaltusiano y eugenésico”— el rol educativo del médico consistía en asegurarse que las medidas neomaltusianas fuesen entendidas y asimiladas. Por eso vemos que Belaval publica un artículo para aclarar el “injustificado clamoreo” y los “pretendidos perjuicios” de las prácticas contraceptivas⁷⁰². Belaval presenta dichas medidas como parte de una educación profiláctica, preventiva e higiénica sobre métodos científicamente comprobados como sanos y seguros que permitían exterminar el espermatozoide indeseado (o de los indeseables) y proteger una natalidad “inteligente”⁷⁰³. Belaval estaba muy consciente que dichos métodos no eran una panacea, pero sí podían evitar muchos problemas futuros⁷⁰⁴. Vale notar que este tipo de argumentación, que aparenta ser muy sensata y racional, servía para legitimar los métodos contraceptivos como científicamente validados, y no ideológica o emocionalmente motivados. Los datos que brindaba Belaval buscaban demostrar la eficacia de una educación contraceptiva y voluntaria, la cual era un primer paso en reformar las condiciones económicas del país.

⁷⁰² José Belaval, “Métodos contraceptivos”, *BAMPR* XXIX, n°11 (1937): 483-91, 483, 485.

⁷⁰³ En el mismo año que se legalizaron las medidas neomaltusianas y eugenésicas (1937), Belaval informaba que, a partir de más de 3,000 casos atendidos en las clínicas de Salud Maternal, las “medidas contraceptivas hoy en voga” eran “inofensivas y en nada perjudican la salud”. Resulta impresionante cómo, de forma tan expedita, Belaval había logrado analizar 3,000 casos. Claro, el galeno no ofrece muchos detalles, pero sí informa conclusiones definitivas. Ver Belaval, “Métodos”, 483.

⁷⁰⁴ Belaval, “Métodos”, 484.

En Belaval también podemos ver, como era propio de los discursos eugenistas, cómo el discurso preventivo podía presentarse como las antípodas de las instituciones de beneficencia y de tratamiento⁷⁰⁵. El tocólogo declaraba que los remedios aparentemente caritativos y beneficiosos eran en realidad inútiles, y que eran adoptados por ignorancia, negligencia o inclusive herencia (en el sentido de que se repetían por “costumbre”). Lo preventivo, según el tocólogo, atacaba la raíz y para ello se debía resolver los problemas de la ignorancia, los vicios y las “taras morbo hereditarias”⁷⁰⁶. Notemos como aquí la etiología de la enfermedad no era una bacteria sino ciertas conductas y medios calificados como degenerados. Pese a que se hablase de una educación en métodos contraceptivos, los que fueron más promovidos como eficaces eran aquellos que requerían menos voluntad del individuo (que los recibía) y tenían efectos más duraderos, cuando no permanentes.

Para el 1947 Christopher Tietze, un médico estadounidense que defendía el *birth control*, publica un artículo en donde señalaba que, a partir de los testimonios de “observadores competentes” (asumimos que se refiere a médicos, especialistas y enfermeras) “la operación” (nombre para referirse a la esterilización) es más conocida entre los puertorriqueños que otros métodos contraceptivos⁷⁰⁷. Tietze ofrece un estimado, que considera conservador, de al menos 1,200 esterilizaciones en los últimos tres años en siete hospitales (cinco públicos y dos privados)⁷⁰⁸. Tietze declaraba que no le gustaba esta tendencia, pero igualmente justificaba dicha

⁷⁰⁵ Ver Belaval, “Métodos”, 483.

⁷⁰⁶ Belaval identificaba a la “ignorancia, el vicio, la miseria y las taras morbo hereditarias” como problemas que continuaban “poblando al Mundo”, e invocaba porque se debía “permitir” y “consentir” que se continuara “esta degradante factoría de seres enfermizos, degenerados, incapacitados para llevar una vida normal y destinados a sufrir las consecuencias de la ignorancia o negligencia de sus progenitores”, sin otra “esperanza” que terminar en una de las instituciones médicas y causando un “pesado fardo para el erario público”. Se debía educar y divulgar los métodos contraceptivos especialmente a “las clases desheredada de fortuna”. Ver Belaval, “Métodos”, 484.

⁷⁰⁷ Es importante destacar aquí el significativo de “conocer”, y como ello refuerza que el rol de la educación en esta tendencia.

⁷⁰⁸ La esterilización era realizada en hospitales públicos y privados, usualmente 24 a 48 horas después de parir. Análisis

tendencia radical como un “arma”/remedio necesario ante la ignorancia y apatía de la gente⁷⁰⁹. Como si fuese un destino inevitable, el País era descrito, pese a la insistencia en campañas educativas, como una masa fecunda de ignorantes que, a partir de la década de los cuarenta, continuaban multiplicándose sin mucho obstáculo (en particular, cuando se fue reduciendo la mortalidad).

Notamos que, una y otra vez, cuando los médicos argüían o teorizaban respecto a los problemas de la economía del País, dejaban entrever los prejuicios de la época y sus intereses de clase. Otro ejemplo lo encontramos en uno de los pocos textos médicos con alusiones marxistas⁷¹⁰, escrito por Ramón Lavandero y dirigido a una audiencia de maestros, en donde se criticaba cómo el industrialismo puertorriqueño no fue como el estadounidense, dado que llevó a un aumento de enfermedades, como la tuberculosis. La razón para dicho fallo fue la sobrepoblación y la dependencia en un capital azucarero que era esencialmente extranjero⁷¹¹. Además del hecho de que Lavandero favorece el neomaltusianismo⁷¹², lo pertinente es ver cómo su mensaje suponía ser un análisis económico por un médico y por lo tanto, suficientemente válido para impartir lecciones a pedagogos. Según Lavandero, mucho de los problemas económicos que se estaban viviendo en

históricos estiman que para el 1946, 6.5% de todas las mujeres puertorriqueñas habían sido esterilizadas en hospitales privados y públicos, para el 1953 esta cifra aumentó a 17% y en el 1974 llegó a 35%. Ver Tietze, “Fertility”, 40; López, *Matters*, 8.

⁷⁰⁹ La retórica empleada por el médico es curiosa, evocando un apego paternalista por la gente de Puerto Rico, a la misma vez que los culpabiliza de esta decisión de esterilizarse. Resulta difícil saber si con ello busca promulgar que se invierta más en otros métodos contraceptivos o si simplemente siente lástima por un pueblo que percibe como incapaz, en términos intelectuales y sociales, y cuya única solución viable es esta, tan extrema: “The present author is not enthusiastic about this development. He likes the people of Puerto Rico; he is unhappy about the apathy and frustration he senses behind the preference for “planned sterility. He admits, however, that the low level of general education prevailing in many parts of the island and the desperately poor living conditions may make voluntary sterilization a necessary weapon in the struggle against excessive growth”. Ver Tietze, “Fertility”, 40.

⁷¹⁰ Lavandero, “La clase médica”, 156-57.

⁷¹¹ Lavandero, “La clase médica”, 160.

⁷¹² Vale notar que Lavandero tradujo dos artículos de *American Mercury* (los dos aparecen referenciados en este capítulo) y ambos artículos criticaban asuntos económicos; uno, el de Anthony M. Turano defendiendo el neomaltusianismo, y otro, por el médico George W. Aspinwal criticando la *State Medicine* (que tocaremos más adelante). Ambos reflejaban simpatías neomaltusianas.

aquel momento (en el 1935) habían sido ya pronosticados por los médicos: elevada natalidad, la alta mortalidad infantil, la falta de recursos médicos e incluso los problemas de enfermedades hereditarias⁷¹³. Evocando una imagen muy similar a la provista por Isern en la década de los veinte, Lavandero comparaba la reproducción natal con una maquinaria que solo puede ser buena si es útil, de lo contrario es un “hierro viejo que estorba”⁷¹⁴.

La imaginería evocada aquí es consecuente con la eugenesia y el neomaltusianismo, y reduce la complejidad de los problemas económicos a la calidad de la maquinaria o los modos de producción; obviando así analizar y criticar los que dominaban los medios de producción. La analogía es terrible, no solamente porque obvia la crítica marxista a las condiciones y clases que dominaban los medios de producción, sino porque asume que algo es riqueza si es útil. No queda claro qué es útil en este contexto, pero la argumentación es muy similar a la que hemos vistos con otros eugenistas y neomaltusianos que consideraban la caridad y la Beneficencia inútil porque no lograba regenerar, renovar o hacer más aptos a aquellos indeseables que eran “estorbos” y “gastos”.

Es importante recalcar que estas analogías y correlaciones, que reducían los problemas socioeconómicos a la sobrepoblación de los pobres y de los degenerados, fueron articuladas desde un discurso higiénico preventivo que supuestamente buscaba incentivar la rehabilitación social. Esta medicalización de los problemas socioeconómicos nos permite ver el reduccionismo de un pensamiento médico que recetaba medidas contraceptivas y eugenésicas como si fuesen un fármaco. Dicho pensamiento, cuando trascendía las fronteras de su saber, no tenía el refinamiento de sus saberes y técnicas más especializadas, sino que reflejaba su carácter modestamente limitado,

⁷¹³ Lavandero, “La clase médica”, 162.

⁷¹⁴ Lavandero menciona el problema de la población, con el cálculo de 466 habitantes por milla cuadrada, recalando que la población “no es la mejor riqueza de un pueblo”, y la compara con una “espléndida maquinaria”, diciendo que es riqueza cuando puede ser empleada en algo “útil” y no “hierro viejo que estorba”. Ver Lavandero, “La clase médica”, 158.

el cual reproducía ideologías, prejuicios y mucha ignorancia culta. Por eso, como veremos en la próxima sección, sus nociones de educación y política no trascendían a nivel discursivo los usuales tropos moralistas y clasistas de la época.

3. El médico como educador y líder político

Hasta cierto punto, podemos argüir que durante este periodo no encontramos cambios significativos, en términos discursivos, sobre la imagen y rol del médico como una suerte de “educador”. La educación que brindaban los médicos al vulgo era higiénica y moral, asimismo los médicos buscaban educar e influir en asuntos de legislación sanitaria. Sin embargo, lo que cambia durante este periodo es el alcance de esta autoridad, logrado en gran parte por la expansión de los servicios de salud (vía la construcción de Unidades, hospitales y dispensarios); y con ello se hacen también más visibles las tensiones en torno al rol del médico ante el Estado, sus regulaciones e influencias políticas.

Fernós Isern declaraba que parte de la labor y responsabilidad sanitaria de la clase médica se lograba “formando en la conciencia del ciudadano” los conocimientos de la prevención y la sanidad⁷¹⁵. Esta responsabilidad se amparaba en la influencia que tenía la clase médica en educar la opinión pública en torno a las enfermedades más peligrosas (como la tuberculosis)⁷¹⁶. Una y otra vez se insistirá en la necesidad de la educación para convencer a la gente a cooperar en cualquier programa sanitario nacional, y aprender a protegerse porque uno de los obstáculos era la ignorancia del vulgo⁷¹⁷. Esta perspectiva y tono no va a cambiar mucho durante esta época y ejemplo de ello es Pons, quien en el 1947 declaraba que era pertinente usar la educación para romper contra la “muralla de la ignorancia”, la falta de iniciativa, la superstición y el egoísmo que

⁷¹⁵ Antonio Fernós Isern, “Concepto Moderno de la Salud Pública”, *BAMPR* XXIV, n° 202 (1932): 297-308, 300.

⁷¹⁶ Ver, por ejemplo, a Amadeo, “Editoriales: Responsabilidad”: 309-10; Amadeo, “Editorial”, 450.

⁷¹⁷ Ver, por ejemplo, a Costa Mandry, “Public Health”, 263; Manuel Quevedo Báez, “A la memoria, siempre grata, del Dr. Francisco Sein y Sein”, *BAMPR* XXXVI, n°7 (1944): 326-27, 228.

privaban al ciudadano de sus deberes, responsabilidades e incluso del deseo de mejorar⁷¹⁸.

Los médicos se percibían, a sí mismos, no solo como educadores sino como figuras clave y ejemplares de liderazgo político⁷¹⁹, un arquetipo ideal que había regido determinados momentos históricos⁷²⁰, cumplía el ideal del estadista platónico y era un salvador en el sentido nietzscheano, que salva sin aludir a magia ni milagros sino al uso de la razón⁷²¹. Por un lado, los médicos recalcan, particularmente en la AMPR, un abandono de las actividades políticas y los puestos concedidos por razones políticas⁷²². Inclusive, dichas afiliaciones se veían como un atentado contra la unidad y solidaridad de la profesión. Por el otro lado, tenemos que los médicos insistían en el rol del médico como educador y como figura clave que pudiese regular y transformar las leyes y la organización político-económica del País, en particular el rol de los municipios y la estatización de la medicina (el cual discutiremos en otra sección). A tono con esto, la AMPR consideraba que tenía un “papel dirigente” capaz de llevar a ese “impulso hacia la acción redentora”, en nombre de la ciencia y el patriotismo (y sin así decirlo, también la religión)⁷²³, en particular en tiempos de guerra⁷²⁴.

⁷¹⁸ Ver Pons, “Discurso”, 252.

⁷¹⁹ Por ejemplo, García de Quevedo se refería a la “sufrida clase médica puertorriqueña”, que en el siglo XIX, bajo un régimen de los “opresores”, fue “iniciadora del movimiento de protesta, y muchos médicos dejando a un lado su labor profesional por el momento dedicaron sus energías a la política, campo muy peligroso entonces para el nativo”. Ver Luis García de Quevedo, “La clase médica y la crisis financiera del país”, *BAMPR* XXIV, n°201 (1932): 267.

⁷²⁰ Por ejemplo, según Lavandero, las “grandes figuras de la medicina han sido las que han representado en todos los tiempos el arquetipo ideal porque se ha regido la sociedad en determinado momento histórico”. Ver Lavandero, “La clase médica”, 157.

⁷²¹ Lavandero, aludiendo a Nietzsche y cierto tipo de biologicismo redentor a través de la figura heroica y arquetípica del médico: “¿Quién con mayor altitud y heroísmo, en este momento del renacer insólito de las ciencias biológicas, puede ponerse al servicio de un ideal colectivo y salvaguardar los intereses de la humanidad mejor que el médico? Si con ello pierde privilegios personales, ganará consideración, poder, respecto e influencia hasta convertirse en un estadista de tipo platónico y llegará a ser en cierto sentido “un salvador”—como dijo Federico Nietzsche— “sin que tenga necesidad de hacer milagros, pero sin tener tampoco que someterse a la crucifixión””. Ver Lavandero, “La clase médica”, 157.

⁷²² Ver Font, “Discurso”, 9; “Notas editoriales: La Política y Los Servicios Médicos”, *BAMPR* XXXVI, n°8 (1944): 376-77, 377.

⁷²³ Lavandero, “La clase médica”, 162.

⁷²⁴ Por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial podemos ver cómo los médicos utilizaban una retórica patriótica de sacrificio y de horror para auspiciar que donase sangre a los soldados. El Banco de Sangre se fundó en el 1942,

Para contextualizar algunas de las tensiones en torno a la imagen dual del médico como educador y político, vamos a tomar en consideración dos eventos, en apariencia menores, pero muy reveladores. El evento primero es una suerte de regaño, lleno de eufemismos, por parte de una autoridad gubernamental en torno al rol político de los médicos. El segundo evento fue una suerte de sisma que ocurre dentro de la AMPR, en donde sobresale una retórica bélica e higienista de solidaridad que se oponía a los partidismos y a cualquier tipo de “disidencia”.

En el 1932, José Padín⁷²⁵, en aquel entonces Comisionado de Educación y Gobernador Interino, criticaba que los médicos intervinieran en asuntos, como la política, que no eran de su especialidad. Lo interesante de esta crítica, expresada en la Asamblea Anual de la AMPR, es cómo Padín la enmarca dentro del discurso en torno a la especialidad: los médicos eran “profetas malentendidos” y “gente de provecho” que padecían del “mal” de querer participar de la política, la cual distraía de los objetivos nobles de la medicina. Aún si laudaba al médico como un “líder nato”, la política no era un espacio para todos y cada profesión tenía y debía reconocer su lugar porque de lo contrario se entorpecía la práctica de su profesión y vocación⁷²⁶. No dejan de aflorar

organizado por el Comité de Defensa Civil. Como había sido el caso con cierto tipo de educación sensacionalista, vemos nuevamente como algunos galenos (y se destaca aquí otra vez Quevedo Báez) utilizaban imaginería mórbida y sentimentalismo para persuadir y convencer. Por ejemplo, decía Pila: “Cotejad vuestra sangría bienhechora y cómoda con la dolorosa y mortal del combatiente y os daréis cuenta de la desigualdad de sacrificios (...) A fuer de patriota, estáis obligados a esta cooperación (....) Es con actos, *sufriendo*, como se demuestra el patriotismo”. Asimismo, Quevedo Báez recalca la obligación de los ciudadanos a “ofrendar su sangre” para aquellos soldados que “ofrendaban” su vida: “¡Cuántos soldados, en pleno combate, por la defensa de sus patrias pelean y ofrendan, valientemente, sus vidas, que es mucho más, que ofrendar su sangre! Y la ofrendan, decididos y resueltos, porque la hora sagrada de la historia, es para salvar los fueros conculcados de la democracia y aquellos tan respetables de la justicia, de la civilización y de la historia”. Ver Manuel E. Paniagua, “El Banco de Sangre: su labor y significación”, *BAMPR XXXIX*, nº3 (1947): 97-100, 97; Manuel de la Pila, “Pro Banco de Sangre: No hay patriotismo sin sacrificio”, *BAMPR XXXIV*, nº7 (1942): 261-262, Manuel Quevedo Báez, “La patria pide a sus ciudadanos unas cuantas onzas de sangre”, *BAMPR XXXIV*, nº7 (1942): 262-64, 262-63.

⁷²⁵ José Padín (1886-1963) era maestro de profesión y fue Comisionado de Educación del 1930 al 1937. Como Comisionado de Educación decidió proponer, en el 1934, la instrucción en español de las clases en las escuelas (y no en inglés como había sido desde inicios del siglo XX). Fue gobernador interino durante las ausencias de los gobernadores Theodore Roosevelt, Jr., James R. Beverly y Blanton R. Winship. Ver Grupo Editorial EPR, “Padín, José”, *Enciclopedia de Puerto Rico*, recuperado en <https://enciclopediapr.org/en/encyclopedia/padin-rodriguez-jose/>.

⁷²⁶ Padín aconsejaba a los médicos: “No es posible crecer profesionalmente si uno dispensa su atención y energía y si reporte su devoción entre diversos ideales. Cultive cada cual su jardín”. También advertía que la práctica de la política

las contradicciones en el discurso del pedagogo y Gobernador Interino, que además argüía que ya sobraban los que se dedicaban a la política. Por ende, el “problema”, según Padín, no era tanto que los médicos no supiesen de política, sino que no convenía que se distrajesen los pocos médicos que había en el País en tareas políticas⁷²⁷.

Las imágenes y los razonamientos de Padín nos permiten ver la confluencia problemática entre la noción de división de trabajo y la de profesiones y saberes especializados, evocando de esta forma que solo los que saben de política deben hacer política (pese a las contradicciones que esto entretenga)⁷²⁸. Padín había hecho un reverso al discurso médico (sin aplicarlo asimismo a los maestros u otras profesiones) y lo justifica invocando los tiempos de crisis y la necesidad de que los médicos, ahora más que nunca, ejerzan su profesión. Es interesante notar inclusive cómo Padín usa los propios imaginarios utilizados por la clase médica, que la política es corrupta, violenta y un “mal”, para descalificar la participación médica en asuntos políticos⁷²⁹. Desconocemos cuáles fueron los efectos reales que pudo haber tenido el discurso de Padín (más allá de su publicación en el BAMPR), pero su simple presencia nos permite apreciar ciertas contradicciones en torno al rol político de los médicos.

Vale recordar que en todos los partidos políticos hubo médicos, algunos ejerciendo puestos de liderazgo, sea ya en el Partido Nacionalista (desde su fundación en el 1922), la Coalición (Coalición Republicano Socialista) y el Partido Liberal; y no pocos de ellos fueron figuras clave

podía “entorpecer la práctica sistemática de su profesión y a alejarlo de su técnica y de su verdadera vocación”. Ver José Padín, “Discurso del doctor José Padín, gobernador interino de Puerto Rico, en la sesión inaugural de la Asamblea Anual de la Asociación Médica—Diciembre 9, 1932”, *BAMPR XXV*, n°1 (1933): 41-43, 41, 43.

⁷²⁷ Además, recordaba Padín, que el médico debía sentirse afortunado de haber elegido su profesión porque tal se había salvado del “desempleo tecnológico”, causado por el exceso de técnicos, y nunca carecía de clientes, aun en tiempos de Depresión. En aquel momento, la cantidad de médicos no pasaba de 400, cuando se necesitaban, según Padín, unos 3,000 médicos para atender debidamente al País. Ver Padín, “Discurso”, 41-42.

⁷²⁸ Evidentemente, los que hacían política no estudiaban ni se doctoraban en política, y la relación que establece entre las profesiones de Leyes y Educación como cónsonas con la política tiene poco sentido (si consideramos que Padín era pedagogo y político).

⁷²⁹ Padín, “Discurso”, 42.

dentro de la clase médica, incluyendo ambos Comisionados de Sanidad (Fernós Isern y Garrido Morales) y algunos de los médicos que hemos mencionado, como Leopoldo Figueroa⁷³⁰. Por ende, no era raro que hubiera médicos que participasen de quehaceres políticos y el ser médico no quitaba, como aclaraba Fernós Isern (poco después en el 1935), que el médico no pudiese participar de “hacer política” dado que la “cosa pública es un derecho y un deber ciudadano”⁷³¹. También hay que tomar en consideración cómo, durante la década de los treinta, fueron aumentando las tensiones entre los nacionalistas y las autoridades estadounidenses; y, por esa razón, cualquier discurso que cuestionase las autoridades coloniales no era ya simplemente “político” sino que era resignificado como “disidente”, “extremista” y “buscaba desarmonizar”⁷³². Por lo general, en el BAMPR, lo político fue representado como un obstáculo al quehacer supuestamente objetivo y desinteresado del médico, y asociado a la corrupción municipal. Hay un silencio relativo en torno a las tensiones políticas en el País, y hasta cierto punto las discusiones políticas se centraban a los asuntos que afectaban directamente el ejercicio de la profesión, en particular su imagen de autoridad, autonomía y privilegio, la cual selectivamente se asociaba a su educación, sus sueldos, su autonomía profesional y la calidad de sus servicios.

⁷³⁰ Desde la fundación del Partido Nacionalista en el 1922, tenemos dos médicos que ejercieron cargos de liderazgo (Guillermo Salazar y Manuel Guzmán Rodríguez), además de otros que ejercieron otros roles dentro del partido (por ejemplo, Rafael Bernabe operó como secretario del partido y L. Villalón era un portavoz). Inicialmente, Leopoldo Figueroa defendió la independencia como opción cuando formó parte de la Asociación Independentista en el 1920 (junto a José S. Alegría). Sin embargo, después formó parte de la Alianza, compuesta de miembros del Partido Unión y republicanos. Posteriormente, en la década de los cuarenta, asumió una postura estadista republicana. Garrido Morales fue miembro de la Coalición y Fernós Isern fue uno de los fundadores del PPD (en el 1938). Para más detalles, favor ver Apéndice: Breves anotaciones biográficas de algunos médicos en Puerto Rico. En el apéndice pueden apreciarse los puestos y afiliaciones políticas de varios de los médicos analizados en esta disertación. Ver también Arana Soto, *Diccionario*, 48, 245-46, versión digital de Bolívar Pagán, *Historia de los Partidos Políticos Puertorriqueños (1898-1956)*, recuperado en <https://estado51prusa.com/?p=506>.

⁷³¹ Antonio Fernós Isern, “Editorial”, *BAMPR* XXVII, n°6 (1935): 165-66, 165.

⁷³² En particular, hay que considerar la masacre de Ponce del 1937 y el rol del Gobernador Winship en querer reprimir a los nacionalistas y descalificarlos como “terroristas”, “extremistas” y “fanáticos”, a la vez que respaldaba a organizaciones fascistas (como los franquistas). Ver Winship, *39th Annual*, 71, 89. Sobre la relación de Winship con agrupaciones fascistas en Puerto Rico (o como las encubría y favorecía) ver Emilio F. Ruiz Sastre, *Una Universidad posible en tiempos de Jaime Benítez (1942-1972). Los intelectuales españoles acogidos en la Universidad de Puerto Rico a raíz de la Guerra Civil Española* (Disertación doctoral: España/Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2015), 32-33.

Esto puede notarse mejor cuando vemos cómo Ezequiel Martínez, en el 1936, proponía que la clase médica era “indisoluble” y “potente”, un “noble sacerdocio” y uno de los “pilares más sólidos y fuertes en que descansa el conglomerado social”, con un deseo de unión, anhelo de paz y concordia que era imprescindible para el “engrandecimiento” del País⁷³³. La retórica empleada por Martínez es muy sugestiva porque buscaba presentar a la AMPR como un ejemplo de lo que era armonía, confraternidad y solidaridad ante un mundo desconfiable, receloso, temeroso y desilusionado. Asimismo, evocando y combinando analogías religiosas (del “Templo de Esculapio”) y de armonía familiar (“una misma familia”), el galeno advierte: detecten los síntomas de aquellas “semillas de discordia” o “separatismo” y expúlsenlos⁷³⁴. Pide que, como buenos higienistas y cirujanos, se deben amputar dichas “semillas”. La imagen evocada por el galeno se fundamentaba en la supuesta sinonimia que existía entre la prevención y la extirpación de “un mal” para evitar que se contagiara el cuerpo. En dicha imagen, el contagio orgánico de una enfermedad era equiparado con las palabras y acciones de médicos que buscaban, a través de la desunión, deshacer la armonía y enfermar la Voluntad de la clase médica. Notemos que, en estas analogías, la terapéutica tiene un carácter bélico que equivale salud con armonía, unión y obediencia; y a la vez profilaxis y exterminio eran equiparados en términos terapéuticos en pro de la prevención.

El tono pudiese parecer un poco excesivo, y por esa razón hay que contextualizarlo: es el

⁷³³ Ezequiel Martínez Rivera, “Editorial”, *BAMPR* XVIII, n°10 (1936): 241-43, 241-42.

⁷³⁴ Martínez aconseja y pide a sus colegas:

Si en el mañana hubiese un osado que por cualquier motivo o pretexto se atreviese a franquear el portal de nuestro hogar médico llevando en su corazón la semilla de la discordia o del separatismo, si notáis —médicos que sois al fin— los primeros síntomas premonitores de la incubación de una nueva disidencia, buscad con valor el germen responsable del movimiento díscolo, llámese como se llame, ocupe él el puesto que ocupe dentro o fuera de la Asociación, y expulsadlo inmediatamente por indigno de pertenecer a un conjunto de hombres decentes y honorables, para que ello sirva de ejemplar escarmiento a otros que no tardarían en seguirlo en su nefasta obra.

Sois cirujanos y sabéis que más vale amputar a tiempo un miembro gangrenoso que permitir se extienda a todo el organismo el virus morboso de un mal que puede hacerlo sucumbir si no se conjura a tiempo.

Sois higienistas y sabéis que la profilaxis es mucho más eficaz que la terapéutica

Ver Martínez Rivera, “Editorial”, 242.

mensaje de (re) conciliación ante una discusión y fractura que hubo en la AMPR dos años antes. El incidente que llevó a la “fractura” sucedió en el 1934, cuando una “facción”, considerada por los editores de la AMPR como “insurgentes” (médicos de afiliación republicana), buscó impugnar las elecciones de la directriz de la AMPR. Esto llevó a que, por un momento, hubiese dos presidentes y, según lamentaba Lavandero, se desarticulasen esos ideales de “afectuosa camaradería” a través de actos “revolucionarios”, “ilegítimos” y “antirreglamentarios” (y vale notar como los tres términos son usados como si fuesen coetáneos y sinonímicos)⁷³⁵. . Durante el periodo no parecen haber habido otros incidentes de esta magnitud, pero sí hubo otras fricciones entre lo que aparentaba ser un grupo “neutral” y otro de “disidentes”. La retórica empleada por aquellos que consideraban lo sucedido una “disidencia” nos permite ver como ciertas afiliaciones ideológicas podían ser articuladas como “neutrales” mientras que las otras eran vistas como las “políticas” en un sentido negativo. Durante la década de los treinta, la Coalición era el partido en poder y en el caso del incidente aludido los médicos “disidentes” eran republicanos⁷³⁶. Entre los

⁷³⁵ En la asamblea anual del 1934, Morales Otero había exhortado a “permanecer libres de particularismo”, lo cual parecía indicar, según Lavandero, que se evitasen los partidismos políticos en las próximas elecciones de la nueva directiva de la AMPR. En ese mes se dieron una serie de “disidencias” y “disparidades” que llevaron a que Morales Otero tuviese que dimitir (porque no había sometido a tiempo su renuncia como delegado a la Cámara de Delegados). Los que buscaron impugnar a Morales Otero eran, según Lavandero, un “grupo de compañeros” que simplemente querían impulsar a su candidato, siendo todos ellos del mismo partido político. Esto llevó a que hubiese una división dentro de la AMPR y mientras tanto se nombró a García Cabrera, a quien dicho grupo “disidente” no reconoció como legítimo. El Dr. Blas Herrero convocó una asamblea el 29 de diciembre que fue considerada ilegítima por parte de García Cabrera. Dicha asamblea fue considerada un “acto insurgente” y se tildó de “facciosa”. Belaval se opuso a dicha asamblea junto a Quevedo Báez. En dicha asamblea se decidió una nueva directiva, liderada por González Martínez y con Guzmán Rodríguez (hijo, no el padre). Sin embargo, la impugnación anterior fue derrotada en enero del próximo año. Se alude a que el partido en poder era el de los “inconformes” y, tomando en consideración que Guzmán Rodríguez era republicano, pareciese que fue una “insurgencia” por parte de los médicos republicanos. González Martínez había formado parte del Partido Alianza Puertorriqueña (de republicanos), al igual que Leopoldo Figueroa, Blas Herrero, López del Valle, Ramón Sifre, Víctor Gutiérrez Ortíz y otros. Estos médicos eran parte del Partido Unión Republicana, que era parte de la Coalición, la cual tuvo la mayoría de los votos (combinados, junto al Partido Socialista, hasta el 1940). Ver Ramón Lavandero, “Editorial”, *BAMPR* XXVIII, n°1 (1935): 24-26; 24; Ramón Lavandero, “Editorial”, *BAMPR* XXVIII, n°2 (1935): 56-58. Sobre la Coalición y los partidos políticos mencionados ver Blanca G. Silvestrini y María Dolores Luque de Sánchez, *Historia de Puerto Rico: Trayectoria de un pueblo* (San Juan: Ediciones Cultural puertorriqueña, 1987), 478-82; la versión digital de Pagán, *Historia de los Partidos Políticos*

⁷³⁶ Se sabe que la Coalición no coincidía con PRERA ni PRRA, dado que consideraban, entre otras cosas, que dichos programas favorecían al Partido Liberal. Ver Silvestrini y Luque de Sánchez, *Historia*, 486-88; Fernando Picó, *Historia general de Puerto Rico* (Rio Piedras: Ediciones Huracán, 1988), 253-54

médicos que se presentaban como “neutrales” estaban aquellos afiliados a (o que simpatizaban con) PRRA (como Morales Otero⁷³⁷), al Partido Liberal o que simplemente no simpatizaban con los republicanos (por ejemplo, Lavandero⁷³⁸). Por ende, más que un discurso genuino entre grupos “neutrales” y otros sesgados, lo que tenemos es cómo ciertos grupos médicos defendían la supuesta autonomía de sus intereses políticos y de clase ante una percibida amenaza a tal autonomía.

Lo que aquí interesa no es defender un bando político más que el otro, sino enmarcar y cuestionar cómo ciertos médicos, en particular aquellos con autoridad gubernamental, van a defender sus posturas como objetivas y no sesgadas políticamente. También nos interesa apuntar cómo en estos casos las discusiones y tensiones internas en la AMPR reflejaban intereses de clase económica y social, más que intereses científicos, educativos o en pro del bienestar social. Estos intereses van más allá de asuntos sobre la dirección de la AMPR e incumben a asuntos que afectaban también el ejercicio de la medicina en el país. Sea ya para oponerse a que hubiese una escuela autóctona de medicina, se contratasen médicos extranjeros o se conformase una medicina estatal, las razones ofrecidas aparentaban ser científicas, pero en realidad proyectaban las preocupaciones e inseguridades de una clase que buscaba sostener su estabilidad financiera y su autoridad económica, moral e intelectual.

Por ejemplo, las Unidades fueron objeto de disputa médico-política, al ser percibidas como afiliadas al Partido Liberal (y después el PPD) debido a su expansión bajo el Plan Chardón y la

⁷³⁷ Pablo Morales Otero era un miembro activo del PPD, además de tener varios cargos gubernamentales (como director de la División de Sanidad de PRERA) y haber sido director de la EMPR. Grupo Editorial EPRL, “Morales Otero, Pablo”, *Enciclopedia de Puerto Rico*, recuperado en <https://enciclopediapr.org/encyclopedia/morales-otero-pablo/>.

⁷³⁸ Desconocimos a qué partido político estaba afiliado Ramón Lavandero. No obstante, sabemos que tanto Lavandero, como Tomás Blanco eran médicos simpatizantes de los republicanos españoles exiliados en Puerto Rico. Se puede inferir una antipatía con los republicanos puertorriqueños y estadounidenses tiene que ver con el respaldo que dio Rafael Martínez Nadal (líder del Partido Republicano de Puerto Rico) a los franquistas (al igual que el gobernador Winship y los obispos estadounidenses, Alousius Willinger y Edwin Byrne). Ver Ruiz Sastre, *Una Universidad*, 32, 131, 209, 365.

dirección de Fernós Isern. Las Unidades no eran solo un servicio médico sino un sistema político regional que podía potencialmente tanto aumentar la autonomía de los municipios como sujetarlos a una paulatina estatización de los servicios médicos y de la Salud Pública. En la actualidad, este sistema ha sido selectivamente interpretado como un reflejo de la “regionalización” y la “democratización” del PPD, debido al rol de Fernós Isern en su formación y expansión⁷³⁹. Fuesen o no las Unidades un reflejo genuino de los intereses políticos de Fernós Isern, sí sabemos que su mera implicación llevó a conflictos con la Coalición, en particular con Garrido Morales. Se arguye que las diferencias de partido influyeron en hacer más lento el proceso y reducir los dispensarios y centros rurales⁷⁴⁰. Garrido Morales ejerció como consultor para PRRA, pero se oponía a este proyecto, considerándolo una organización política que buscaba deshacerse de los partidos en el País (como la Coalición) y la función central del Departamento de Sanidad⁷⁴¹.

Sin embargo, resulta difícil atinar cómo las diferencias ideológico-partidarias se oponían y lograron obstaculizar estos proyectos, y nos parecen más llamativas las confluencias que hubo en torno a cómo las Unidades, en tanto y en cuando un sistema de Beneficencia pública, fueron conceptualizadas como un proyecto de selectiva centralización gubernamental, siempre y cuando no afectase con la autonomía e intereses de los médicos como clase social y profesional. En vez de ver el asunto como un problema de discordias entre liberales/populares y republicanos, lo llamativo es cómo ciertos médicos criticaban los aparentes atentados, fuesen republicanos o

⁷³⁹ Un ejemplo de este tipo de interpretación la podemos ver en Héctor Luis Acevedo, “Dr. Antonio Fernós Isern: arquitecto de ideas, forjador de realidades”, en *Dr. Antonio Fernós Isern: De médico a constituyente*, ed. Héctor Luis Acevedo, (San Juan: CIEDP, 2014), 1-93, 47; Rodríguez Vázquez, “Dr. Antonio Fernós Isern”, 277

⁷⁴⁰ Por ejemplo, Eduardo Rodríguez Vázquez arguye que, cuando Garrido Morales fue Comisionado de Sanidad en el 1933, se opuso a la continuación de las Unidades y los dispensarios rurales de PRRA “por razones estrictamente políticas”. No obstante, esta aparente oposición no detuvo realmente la extensión de las Unidades, inaugurándose la última Unidad en el 1937 (en Orocovis). Curiosamente, Arbona pone como fecha de terminación el 1939 (también en Orocovis). Ver Rodríguez Vázquez, “Dr. Antonio Fernós Isern”, 270, 272; Arbona, *Memorias*, 41.

⁷⁴¹ Burrows, *The New Deal*, 140.

liberales/populares, a la imagen de autonomía y privilegio de los médicos. En donde mejor podemos ver las confluencias y tensiones de este discurso en torno a la centralización es en la Beneficencia o el acceso a servicios médicos a nivel municipal a mediados de la década de los treinta. Igualmente, vemos esta tensión cuando se discute la necesidad de una escuela nacional y autóctona puertorriqueña de medicina y las preocupaciones financieras de los médicos. Para entender esto, es preciso que discutamos los intereses de clase en los médicos y cómo estos representaban dichos intereses como si fuesen universales, necesarios e inevitables.

C. La organización e imaginarios de la clase médica: memorias selectivas y reclamos de autonomía

A tono con lo que hemos hecho en los capítulos anteriores, nos acercamos ahora a discutir cómo la clase médica representa y discursa sus intereses como clase social y profesional; de ese modo apuntando a las correspondencias, contradicciones y tensiones que hay entre tales discursos de clase social y los que ya hemos aludido en torno a los ideales de objetividad, neutralidad y politización del médico y su rol. Nos centramos primero en los debates en torno a la centralización y descentralización del sistema médico, la necesidad de fundar una escuela de medicina autóctona y los modos en que la clase médica se representa asimismo como distinta a otras clases sociales. En estas últimas secciones vamos a concentrarnos en cómo opera la “memoria médica”, entiéndase el modo en que los médicos buscan ser recordados y recuerdan sus roles en la historia del País. Para ello es imprescindible que retomemos la figura de Ashford, quien fallece en este periodo (1934), y discutir como tal figura fue representada y rememorada por las autoridades sanitarias puertorriqueñas y estadounidenses en el País. Cerraremos analizando la autobiografía de Ashford y sus particulares memorias selectivas, así como lo que dicen en torno a cómo Puerto Rico, sus habitantes y médicos fueron representados. A estas alturas, y a tono con todo lo que hemos

discutido hasta el momento, no debe sorprendernos que encontremos distorsiones, imaginarios, prejuicios y sesgos de clase y raza en estas memorias selectivas.

1. Política médica: la centralización, el *State Medicine* y el ideal de la autonomía del profesional médico

De un modo u otro, los debates en torno a la centralización de los servicios médicos remiten a la necesidad de reformar los servicios sanitarios y médicos municipales, los cuales se asociaban a la Beneficencia. La Beneficencia Municipal⁷⁴² debía reformarse porque, según Fernós Isern, el 80-90% de los pacientes la usan⁷⁴³. En el 1935 se señalaba que lo ideal era reducir la “dependencia” de la mayoría de las personas de dichos servicios, pero esto no era factible aún. Por ende, como parte de los planes de reconstrucción de economía, se debía reformar primero el sistema municipal⁷⁴⁴. En ese mismo año, Figueroa somete un proyecto para la construcción de siete hospitales municipales que es aceptado, pese a las resistencias de la AMPR y un comité especial de médicos (que incluía a Fernós Isern) que denunciaron que dicho proyecto era anticientífico, estaba motivado por “egoísmos políticos” y favorecía la *State Medicine*, la cual iba en contra de los intereses de la clase médica⁷⁴⁵. En la versión aceptada del proyecto⁷⁴⁶ se construyeron solo

⁷⁴² Respecto al problema de la Beneficencia municipal el BAMPR dedicó en ese año (1935) un número a reproducir ciertos documentos históricos y legales, para entonces ofrecer una “crítica sintética” de uno de sus “más prestigiosos compañeros” (Fernós Isern) y criticar las “ambiciones egoístas y de baja categoría” de *politicians*. Ver La redacción, “Introducción”, *BAMPR XXVII*, nº3 (1935): 59. No hay razón o explicación para el uso en inglés del término *politicians*.

⁷⁴³ Memorial de la Asociación Médico de Puerto Rico en relación con la Beneficencia Municipal”, *BAMPR XXVII*, nº3 (1935): 71-79, 71-72; Fernós Isern, “Editorial”, 87.

⁷⁴⁴ Esto había sido recomendado, nuevamente, al Gobierno en el periodo de 1933-34. “Memorial”, 72.

⁷⁴⁵ En el 1935, Figueroa y otros médicos proponían un proyecto en torno a la Beneficencia Municipal. La AMPR y un comité especial de médicos (que contenía a Fernós Isern, Belaval y Rodríguez Pastor) se oponía a este proyecto porque favorecía el “*State Medicine*”, era una postura motivada por “egoísmos políticos” además de “impracticable”, “atentatorio a la libertad profesional, a la autonomía municipal, antieconómico, anticientífico, excesivamente esquemático, rígido y anquilosado”. Ver “Memorial de la Asociación Médico de Puerto Rico en relación con la Beneficencia Municipal”, *BAMPR XXVII*, nº3 (1935): 71-79, 71-72, 79; “Proyecto de ley reorganizando la beneficencia pública en los municipios de segunda y tercera clase en P.R., presentado en la cámara de representantes por los doctores Figueroa, Herrero y Villamil”, *BAMPR XXVII*, nº3 (1935): 60-70.

⁷⁴⁶ No queda claro si Leopoldo Figueroa acomodó las sugerencias de la AMPR o no (pareciese que sí las integro parcialmente), pero al año siguiente se somete la ley que llevó a la construcción de dichos hospitales. La AMPR

cuatro hospitales y la AMPR criticó que la falta de regulación estatal debida hizo que se hicieran todos en el norte, ignorando así las necesidades del sur de la Isla⁷⁴⁷. El asunto de la falta de regulación y recursos va a persistir a través de la década de los cuarenta, y va a insistirse en la necesidad de que el Estado regule la asignación de fondos y la selección de médicos municipales⁷⁴⁸.

Lo curioso es que algunos, como Fernós Isern, defendieron una mayor centralización, siempre y cuando no llevase al llamado *State Medicine*. Para entender mejor esto, hay que fijarse en cómo Fernós Isern, en el 1935 (estando Garrido Morales como Comisionado) definía la llamada *State Medicine* como la “organización de los servicios médicos de la comunidad como función pública a cargo del gobierno”⁷⁴⁹. El comité de la AMPR se oponía a ello “por entender que la profesión médica debe seguir siendo una profesión libre” y que “la relación voluntaria, individual y privada entre paciente y médico debe subsistir y que el sistema de ‘state medicine’ es injusto para la profesión médica y mata los estímulos para el progreso profesional”⁷⁵⁰. El comité además criticaba que los médicos terminasen como subalternos, bajo el control de una Junta de políticos y con un sueldo fijo (como empleados de Gobierno)⁷⁵¹. En un tono similar, Pila argüía que la

recomendó una mayor centralización que la ofrecida por la Junta de Beneficencia y con ello coordinar mejor dentro del Departamento de Sanidad la construcción de hospitales a otras regiones. Ver Ezequiel Martínez Rivera, “Editorial: La Beneficencia Municipal”, *BAMPR* XXIX, n°5 (1937): 250-51; ver también Costa Mandry, “Memorandum”, 207; Pila, “La Institución”, 265.

⁷⁴⁷ Costa Mandry, “Memorandum”, 206.

⁷⁴⁸ En el 1942 se llevó a cabo una reunión de la AMPR para retomar la “grave crisis de la asistencia médica pública” y varios médicos redactaron un informe (entre ellos Koppisch y Morales Otero) que identificaba los “defectos, irregularidad y contingencias” de tales servicios, tanto en lo que concernía la paga de los médicos, la desorganización de los hospitales y de locales “inadecuados para consultas y examen de pacientes”, además de la “falta de medicinas para el pobre”. Se pedía que de ser “necesario” dichos servicios debían ser completamente reorganizados por el Estado. Este mismo reclamo se se retoma nuevamente en el 1947 y en el 1948, y enfatizaba el problema de la selección de los médicos municipales no por méritos profesionales sino políticos. Ver Astor, “Notas Editoriales”, 151-52; Arbona, “Public Health”, 152.

⁷⁴⁹ Al respecto, Fernós Isern declaraba que la profesión de la medicina “no debe ser una función pública”. Fernós Isern, “Editorial”, 165.

⁷⁵⁰ “Memorial”, 73.

⁷⁵¹ “Memorial”, 73-4.

nacionalización, socialización y soviétización (y notemos como estos tres podían confundirse) de la medicina era contrario “al principio y moral fundamental de nuestra profesión, es decir, contrario al libre ejercicio de nuestra profesión en bien de la humanidad que es el fin de nuestra carrera”⁷⁵². En otras palabras, uno de los peligros de la centralización, al modo de la *State Medicine*, era que el médico se convertía en un empleado gubernamental, lo cual lo “hace político” y lo obliga a “aceptar la condición política”, además de hacerle perder el trato íntimo y privado con el paciente⁷⁵³.

Según Fernós Isern, el modo correcto para reformar la Beneficencia (y de forma indirecta, todo el sistema público de servicios médicos) era armando y reformando una “máquina administrativa” que regulase lo hecho a nivel local. Se debía cooperar con los aparatos del Estado y conformar normas que salvaguardaran también la libertad profesional y no cayeran en “intereses particulares y partidistas”⁷⁵⁴. Lo ideal era apostar por la autonomía municipal y la libertad profesional. Esta postura la encontramos parcialmente en el 1932, cuando Fernós Isern, entonces Comisionado, argüía que el uso de las Unidades buscaba una “gradual descentralización” que evitase los errores anteriores antes al tomar los dos extremos, una centralización absoluta (como fue el Consolidado en el 1911⁷⁵⁵) o una absoluta autonomía local (como fue, hasta cierto punto, en el 1921⁷⁵⁶). El ideal era una impulsar una “gradual descentralización” que despertase la “responsabilidad local” a través

⁷⁵² La preferencia de Pila era el “mutualismo” de la “Blue Cross Plan”, más cercano a la contratación privada por servicios. Pila, “Modernas orientaciones”, 207.

⁷⁵³ Antonio Fernós Isern, “Editorial”, *BAMPR XXVII*, n°3 (1935): 84-87, 84.

⁷⁵⁴ Lo ideal era llevar a cabo contratos bilaterales y no regulados completamente por el Gobierno y establecer una Junta Insular de Beneficencia que regulase mejor estos asuntos. Nuevamente, vale notar como la educación y formación del médico era ideal porque depolitizaba y por esa razón era descrito como poco práctico y anticientífico someter a los médicos al *State Medicine*. Lo curioso es como Fernós Isern asocia esto con la “intimidad” de la relación paciente y médico y advierte que el Estado no debe “invadir ni destruir la relación íntima, personal, discreta, que debe establecerse siempre entre médico y enfermo. Una cosa es pagar porque se cure y otra es curar, organizar la cura a través de subalternos oficiales”. Ver Fernós Isern, “Editorial”, 87; Fernós Isern, “Editorial”, 165-66.

⁷⁵⁵ Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 301.

⁷⁵⁶ Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 301.

de una “organización local poderosa, fuerte, representada por las Unidades de Salud Pública en cada municipio”⁷⁵⁷. Sin embargo, lo que aparenta ser una crítica político-administrativa también deja entrever una crítica hacia la supuesta pasividad tradicional del público, de esa supuesta actitud irresponsable de la gente que esperaba que el Gobierno lo hiciese todo⁷⁵⁸. En el discurso de Fernós Isern, el acento en la autonomía local iba de la mano con un discurso de responsabilidad y *self-reliance* que, por un lado, apuntaba a la responsabilidad social de la gente pobre y, por el otro, apuntaba a la apolitización y autonomía financiera del médico. Lo interesante es notar cómo este discurso coincidía con las posturas de los médicos estadounidenses, con “salvar” a la clase media y, consecuente con esto, evitar que los médicos muriesen “pobres”⁷⁵⁹.

En otras palabras, encontramos en estos argumentos una defensa por los intereses materiales del médico que no solo contradice lo conocido en torno a los salarios de la mayoría de las familias del País, sino que se amparaba en especulaciones poco científicas. Se reforzaba también y nuevamente la preocupación por distinguir a los pobres de verdad y los que podían pagar al ofrecerse servicios médicos gratuitos⁷⁶⁰; pese a que los estudios económicos, conocidos y citados también por los médicos, apuntaban a que la mayoría de la población no tenía los medios para pagar dichos servicios⁷⁶¹. Varios médicos insistían en el hecho de que la gente, por lo general, y

⁷⁵⁷ Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 301.

⁷⁵⁸ Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 302.

⁷⁵⁹ Por ejemplo, Belaval advertía que había que atender los intereses de la clase media, la cual tenía muchas necesidades y dependía de la asistencia médica privada. Otros, como Arturo Cadilla consideraban que los servicios estatales/públicos eran parte del problema, y estos “desacreditaban” y “arruinaban” la profesión, causando inclusive que casi todos los médicos muriesen pobres. Cadilla supuestamente enunciaba “una verdad” compartida por “todos los compañeros médicos”, y en ese sentido hablaba en nombre de todos los médicos y veía la necesidad de expresar estas “palabras redentoras” (como había hecho, según aclara el galeno, Cristo ante el sepulcro de Lázaro). Dichas palabras “redentoras” no hacían más que resaltar que la mayoría de los médicos morían pobres gracias a la organización de servicios públicos de una *State Medicine*. Ver Belaval, “Consideraciones generales”, 46; Arturo Cadilla, “Editorial: Problemas del médico”, *BAMPR* XXVIII, n°5 (1936): 105-106.

⁷⁶⁰ “Memorial”, 73.

⁷⁶¹ Por ejemplo, Fernós Isern consideraba que en la *State Medicine* la “línea que separa al indigente del pudiente se esfuma”. Ver Fernós Isern, “Editorial”, 166.

en particular los que tienen dinero, no pagaban⁷⁶². El problema era tan grave, según Belaval, que esto llevaba a que muchos médicos tuviesen que depender de trabajos gubernamentales (resaltando nuevamente como perdían su independencia financiera)⁷⁶³. Pese a la imagen contradictoria, que reconocía el no pago de la clase alta, se proponía un sistema que salvase a la clase media (una clase supuestamente “desatendida”). En otras palabras, se comparaba, de forma indirecta, la actitud del rico que no pagaba con el *State Medicine*.

En ese sentido, los médicos favorecían la “socialización” de la medicina siempre y cuando no interviniera con la independencia del médico como clase libre. El médico no podía ser visto como alguien libre de necesidades económicas y se criticaba la imagen típica que se tenía de que el médico era rico y por lo tanto no era necesario pagarle —era, según Belaval “el último que es pagado”⁷⁶⁴—. Al respecto, el pediatra Arturo Cadilla⁷⁶⁵ exigía a sus colegas que no sucumbieran ni reforzaran ese malentendido, y con ello evitaran caer en la “tiranía” de la mayoría del público que se aprovechaba del altruismo médico⁷⁶⁶. Se resaltaba así la imagen del médico que moría pobre⁷⁶⁷ y que estaba en peligro de convertirse en proletariado⁷⁶⁸. Sin desestimar las dificultades financieras de los médicos, en especial después de la Gran Depresión, es preciso que aclaremos y contextualicemos este reclamo exagerado, inexacto y poco objetivo de una pobreza general entre

⁷⁶² Un galeno se quejaba de que las “masas son muy olvidadizas”, y con ello se refería a las personas que no pagaban al médico cuando estaban en “prosperidad”. Ver García de Quevedo, “La clase médica”, 267.

⁷⁶³ Al respecto, Belaval dirá: “es ya raro el facultativo que no se ve obligado a aceptar un puesto en el Gobierno para poder librar mediamente su subsistencia”. Belaval, “Consideraciones generales”, 46

⁷⁶⁴ Belaval aclaraba que se debía desmentir esa creencia falsa de que los médicos vivían una vida acomodada, siendo el “médico de familia” el último que es pagado. Ver Belaval, “Consideraciones generales”, 46.

⁷⁶⁵ Arturo Cadilla se graduó de medicina en el 1921 (nació en el 1895 o 1896 en Puerto Rico) en Estados Unidos y se especializó en pediatría y residió en Arecibo. Como muchos otros médicos, también publicó poemarios y obras de teatro. Ver Arana Soto, *Diccionario*, 65-65.

⁷⁶⁶ Cadilla, “Editorial”, 105.

⁷⁶⁷ Esta imagen del médico pobre aparece también en Quevedo Báez, de esa “silueta de pobreza y de miseria” al morir. Ver Manuel Quevedo Báez, “Consideraciones en torno al Seguro Médico, extraídas de la obra de Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico, del Dr. Manuel Quevedo Báez”, *BAMPR XXXIV*, nº5 (1942): 187-91, 187.

⁷⁶⁸ Por ejemplo, Belaval advertía que los médicos eran una “clase liberal” que estaba a punto de convertirse en “un proletariado académico y titulado”. Ver Belaval, “Consideraciones generales”, 47.

los médicos.

Empecemos primero con algunos datos, publicados y explícitos en el BAMPR, que contextualicen el sueldo de los médicos. En la segunda década del siglo XX los sueldos municipales variaban, desde 1,000 a 1,200 dólares anuales⁷⁶⁹ mientras que para la década de los treinta encontramos ciertas mejoras: se había regulado para que ningún médico de las Unidades, de Beneficencia o jefes de centros tuberculosos ganasen menos de 175 dólares mensuales ni menos de 3,600 anuales⁷⁷⁰. En promedio pareciera que 200 dólares era el sueldo mensual mínimo⁷⁷¹ debido a que en la década de los cuarenta tal cantidad era denunciada como el mínimo que un médico recién graduado ganaba⁷⁷² (y que dicha suma había sido así en los últimos 10 a 20 años) y un sueldo anual de 3,600 era considerado insuficiente para el 1942, exigiéndose que a nivel estatal se les pagase más a los médicos con experiencia (4,200 anuales o 350 dólares mensuales)⁷⁷³. Sin embargo, vale aclarar que a nivel municipal la paga era errática, con retrasos y en ocasiones más

⁷⁶⁹ Estas cifras aparecen en Miguel Meléndez Muñoz, *El estado social del campesino portorriqueño* (San Juan: Tip. Cantero Fernández, 1916), 107.

⁷⁷⁰ En el 1938, Figueroa y Garrido Morales habían logrado un aumento de sueldo para los médicos de las Unidades. Al parecer, dicho aumento se refiere a las regulaciones del 1937 en torno al mínimo de 175 dólares mensuales y 3,600 dólares anuales (para directores y jefes). Ver "Resoluciones aprobadas por la Cámara de delegados en su última reunión ordinaria", *BAMPR XXIX*, n°1 (1937): 34-37, 36; J.H. Font, "Informe del Presidente de la Asoc. Médica de P.R. Diciembre 17, 1937", *BAMPR XXX*, n°1 (1938): 22-31, 24-25.

⁷⁷¹ En la década de los treinta vemos anuncios que apuntaban a sueldos de este tipo en el BAMPR. Por ejemplo, en un aviso hecho por J.H. Font en el 1937 se ofrecía 200 mensuales para el municipio de Naguabo. También tenemos que para el municipio de Culebra se anunció en el 1939 una plaza en el BAMPR de 221 dólares mensuales. Ver Editorial, "Noticias Medico-Sociales. Plaza de Médico", *BAMPR XXXI*, n°6 (1939), 219; J.H. Font, "Aviso", *BAMPR XXIX*, n° (9) [no tiene página adscrita, pero está al final de dicho número]

⁷⁷² En el 1943 Pila señalaba que en el 1910 un médico titular podía vivir feliz con un sueldo de 85-90 dólares mensuales, pero ahora (en el 1943) el sueldo mínimo de "un joven recién legado" es 200 dólares "y con este sueldo ni ahorra un centavo y está lleno de deudas". Ver Pila, "Modernas orientaciones", 206.

⁷⁷³ En una editorial en la BAMPR del 1942 se lamentaba que los médicos que ingresaban recientemente en las Unidades y que trabajan en el Departamento de Sanidad ganaban "el mismo sueldo que el médico que hace quince o veinte años viene dedicado a esta tarea, y que, como es de suponer, tiene mayor experiencia y rinde al pueblo una labor más eficiente". Dicho sueldo era de 3,600 dólares anuales. Se pedía entonces que aquellos con más experiencia (más de cuatro años de servicio) ganasen 4,200 anuales en oposición a los que tenían menos experiencia (menos de cuatro años pero más de dos), que debían ganar 3,600 anuales. Entre los editores tenemos a Fernós Isern, que es quien exigió a la Legislatura estos cambios. Ver Editorial, "Médicos de Unidades", *BAMPR XXXIV*, n°3 (1942): 110.

baja de los que suponía⁷⁷⁴. Aún así, ¿eran estos sueldos para morir de hambre?

Si tomamos en consideración los datos en torno al sueldo promedio de las familias en Puerto Rico los médicos ganaban, tomando en cuenta el peor pagado hasta el médico promedio a nivel municipal, al menos de 3 a 7 (en algunos casos 10) veces el sueldo de una familia entera (que usualmente eran de más de cuatro personas)⁷⁷⁵; sin incluir los ingresos de la práctica privada y otras riquezas, recursos y propiedades que pudiesen tener los médicos. Resulta difícil tomar en serio los reclamos mortificantes de pobreza de los médicos, en particular cuando se compara la “pobreza” del médico con el resto de la población. Nuevamente, esto no desestima los problemas que hubiese con pagos erráticos; sin embargo, tampoco queda claro por qué la *State Medicine* implicaba necesariamente un empobrecimiento. El problema de la “pobreza” de los médicos era muy relativo; en este caso, relativo a lo que ganaban los médicos estadounidenses, a las “exigencias modernas del vivir”⁷⁷⁶ y a las deudas acumuladas por una educación médica (en particular, si era

⁷⁷⁴ En un informe del 1945 se encontraba que muchos municipios no tenían un médico asignado (por ende, hacían contrataciones privadas) y había 8 municipios que pagaban por debajo de 200 dólares (uno pagaba 100 dólares mensuales) y 14 que pagaban más de 300 (4 de ellos pagaban 400). El problema no era solo las cantidades, y para el presidente de la AMPR (en el 1945) un sueldo de 250 dólares mensuales era insuficiente, sino que se pagaba con retrasos. Al parecer, algunos médicos podían estar hasta seis meses sin ser pagados, aunque no se traen datos de ello. No obstante, no fuese difícil imaginar que fuese una posibilidad y un reclamo legítimo. Ver Carlos E. Muñoz, MacCormick, “Presidente Asociación Médica Aclara Manifestaciones del Senador Ortiz Stella”, *BAMPR XXXVII*, nº1 (1945) 37-39, 37-38.

⁷⁷⁵ Vale que recordemos que los ingresos del 90% de las familias en Puerto Rico, según fue publicado en el conocido informe de Mountain, Pennel y Flint del 1935, era menor de 500 dólares anuales, y es muy probable que un mejor estimado fuese que, aún durante la década de los cuarenta, un 86% tenían un ingreso anual de 341 dólares. En el caso de familias rurales, muchas tenían un ingreso total de apenas 175 dólares y un 80% de los ingresos iban a alimentación. Tomando como referente un mínimo de 1,200 anuales (100 dólares mensuales), y un promedio que fluctuaba entre 2,400 (200 dólares mensuales) a 3,600 dólares anuales tenemos que los médicos ganaban: 1) el médico más pobre ganaba de 240% a 351% más que la familia promedio (dependiendo si comparamos con 500 anuales o 341 anuales); 2) el médico con un sueldo de 2,400 anuales ganaba de 480% a 703% más que la familia promedio; 3) el médico que ganaba 3,600 anuales ganaba de 720% a 1,055% más que la familia promedio. Para datos sobre el sueldo de las familias ver Garrido Morales, *Report 1938-39*, 1; Morales Otero et al, “Estudios sanitarios y economicosociales, II”, 364, 367; Ezequiel Martínez Rivera, “Editorial”, 250; Arbona y Morales Otero, “Difficulties, 1058.;

⁷⁷⁶ Por ejemplo, Costa Mandry denunciaba “el sueldo que se paga a los médicos no está a tono con las exigencias modernas del vivir y debe nuestra Asociación preparar un memorial a tal efecto para someterlo a la Legislatura de Puerto Rico”. Además de esto, Costa Mandry criticaba que los sueldos de los médicos puertorriqueños fuesen mucho menores que el dado a los médicos traídos de Estados Unidos. Ver O. Costa Mandry, “Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico—Año 1941”, *BAMPR XXXIII*, nº 12 (1941), 481-93, 492.

en Estados Unidos)⁷⁷⁷.

El reclamo de los médicos en torno a la pérdida de autonomía era válido en tanto y en cuanto se oponía a estar sujeto a la corrupción política o a exigencias que afectasen la calidad de los servicios. Sin embargo, las críticas que encontramos se centraban más en el problema de los sueldos y de las credenciales. Cuando vemos el problema de las credenciales, este se asociaba a la calidad de la educación del médico. Este fue el argumento de la AMPR para ir contra la contratación de médicos extranjeros a partir de la Ley N°4 del 1942, redactada para remediar la escasez de médicos⁷⁷⁸. En otras palabras, la exclusión no era por ser extranjeros sino porque dicha contratación no exigía la presencia de ciertas credenciales académicas. Otros médicos denunciaban que, además de esta falta de credenciales, tales médicos estaban más dispuestos a hacer lo pedido por los alcaldes⁷⁷⁹. Esta argumentación exigía también una solución muy factible: la creación de una universidad accesible para así tener más médicos en el País. Como veremos en la próxima sección, ante la falta de médicos y profesionales sanitarias, se hacía cada vez más evidente la necesidad de una universidad nacional, y por eso sorprende la oposición de algunos médicos que invocaban selectivamente la falta de calidad y recursos en el País para lograr dicha institución, y

⁷⁷⁷ Como se quejaba García Quevedo, al comparar la inversión de años de estudio y costo educativo y el sueldo devengado: “¡Cinco años de trabajos forzados y seis mil dólares es lo mínimo que cuesta para obtenerlo!” (el diploma). Claro, hay que considerar que para si quiera pagar dichas cantidades, se requería tener capital y propiedades suficientes. Ver García de Quevedo, “La clase médica”, 267.

⁷⁷⁸ Al parecer esta ley se dio a partir de la Segunda Guerra Mundial, en donde se permitió el empleo de médicos de escuelas no reconocidas. A partir de las referencias encontradas no queda claro desde cuando se permite o no dicha contratación, ni la cantidad que hubo contratada. Se sabe que la AMPR debatió en contra del Proyecto de Senado 239, impulsado por Figueroa, la cual permitía la contratación de médicos extranjeros. Dicho Proyecto fue aprobado en el 1946. La discusión se retoma en el 1947, con la ley n°383, y la AMPR y el Tribunal de Médicos Examinadores aclaraba que no se trataba de un problema de obstinación contra médicos extranjeros sino de los credenciales de los médicos extranjeros. En el 1947 vemos que en el BAMPR se alude a un artículo en “El Mundo” y a una disputa con el senador Géigel Polanco, que denunciaba que el Comisionado y la Junta Examinadora obstaculizaban que fuesen integrados los médicos extranjeros. Sin embargo, la AMPR aclaraba que la “libre actuación a médicos no nacionales, sería lícito, por lo menos, exigir que sean médicos conscientes en sus deberes, médicos competentes, acreditados”; y esto aplicaba también a médicos estadounidenses sin las debidas credenciales. Ver Arbona, “Public Health care”, 153; “Notas editoriales: El Proyecto del Senado 239”, *BAMPR XXXVIII*, n°1 (1946): 40; “Notas editoriales: ¿Hasta cuándo?” *BAMPR XXXIX*, n°3 (1947): 120-21, 120; Fernández Feliberti y Rodríguez, “Compendio”, 8.

⁷⁷⁹ “Notas editoriales: La Política”, 376.

la pérdida de autonomía de la EMT ante dicho evento.

2. Educación médica: la necesidad y los problemas con “nacionalizar” la educación médica

Pese a la insistencia en la educación y el supuesto entusiasmo de la AMPR en torno a la creación de una escuela propia y autóctona, la fundación de una escuela autóctona era considerado por varios médicos y autoridades como un asunto que no urgía. Dicha falta de urgencia contradecía las denuncias de la falta de médicos ante tantos pacientes, a la vez que encontramos algunas renuencias y resistencias que ponen en duda el supuesto entusiasmo de la AMPR. En otras palabras, el entusiasmo por la escuela autóctona era similar a la insistencia relativa por una medicina social: era ideal que existiese dicho sistema o institución, siempre y cuando asegurase cierto nivel de calidad y prestigio que no comprometiese la “autonomía” del médico⁷⁸⁰. La existencia de dicha institución era expresada como algo “anhelado”, pero con muchas reservas si no se lograba tener los mismos “*standard* profesional” que había nutrido a los médicos jóvenes que estudiaban en Estados Unidos⁷⁸¹.

En el 1944, la Cámara de delegados se expresó a favor de la fundación de una escuela de medicina en el País, y durante ese año Costa Mandry hizo un estudio para evaluar su establecimiento y llegó a la conclusión de que era posible fundar en el País una institución de calidad⁷⁸². Sin embargo, este proyecto no se logró hacer hasta el 1950, y durante el proceso la

⁷⁸⁰ Por ejemplo, esto puede notarse en el informe del 1942, de un comité especial de la AMPR, en donde se repetía la necesidad de tener un sistema de becas para el estudio de medicina (fuera del País) y la fundación de una escuela de medicina autóctona. Dicho informe aclaraba que la fundación de tal escuela era ideal solamente si se tenía en cuenta el acceso a suficientes fondos que garantizaran que se tuviesen profesores de calidad y los debidos recursos, observación reforzada por Pila (entonces presidente de la AMPR). Ver Astor, “Notas Editoriales”, 152

⁷⁸¹ Astor, “Notas Editoriales”, 153.

⁷⁸² Costa Mandry estuvo de seis a siete meses visitando varias universidades estadounidenses y, a partir de su evaluación, determinó que era factible que se fundase. El tema se retomó nuevamente en el 1945, repitiendo el mismo

AMPR se vio obligada a aclarar que no se oponía a su fundación⁷⁸³. Dejando a un lado lo sospechoso que resultaba esta aclaración, lo que sí sabemos es que algunos médicos interpretaron el cierre de la EMT como consecuencia de la apertura de la Escuela de Medicina y de una insistencia en “nacionalizar” la educación médica, supuestamente independiente de la calidad y de los recursos. Pese a evidencias de lo contrario, algunos médicos iban a argüir, como lo hizo Arturo Cadilla, que, si aumentaban los médicos en el País, iban a morir de hambre porque no había suficiente capital para pagarles⁷⁸⁴. Invocando una imagen maltusiana, se declaraba que no se debían reproducir más médicos porque el País, imaginado como si fuese un cuerpo fecundo pero incapaz de sustentarse, era demasiado pobre o vago para nutrir a sus médicos.

Tenemos una oposición no solo a la fundación de dicha escuela sino a la estatización de instituciones científicas y médicas, argumento que fue utilizado también con la EMT, poco antes de su cierre. Algunos galenos defendían que la EMT debía permanecer privada para así garantizar su neutralidad y carácter internacional. Inclusive, como expuso un médico en una editorial del BAMPR en el 1947⁷⁸⁵, cambiar la dirección de dicha institución era señal de un “equivocado

criterio: “Establecimiento de una escuela de medicina clase A”. En ese mismo año, Costa Mandry señaló que, más que invertir en becas para que puertorriqueños entrasen a escuelas de “primera clase” (*first class schools*), la mejor opción era tener una escuela médica acreditada. Ver Rafael Rodríguez Molina, “Background for a Medical School in Puerto Rico”, *BAMPR* XLII, n°12 (1950): 709-713, 710; Astor, “Notas Editoriales”, 153; Costa Mandry, “Public Health”, 260-61.

⁷⁸³ En el 1948, una editorial en el BAMPR buscaba aclarar los supuestos malentendidos entre lo expuesto por el presidente de la AMPR y lo interpretado por el Gobierno y “el público en general”. En ese año el presidente de la AMR insistía que la AMPR no estuvo en contra del establecimiento de una escuela médica y si “no se creó la escuela en aquella época, no se puede culpar a la Asociación Médica” (inclusive, el atraso fue supuestamente por disputas respecto a si se iba a establecer en San Juan o en Ponce). Finalmente, en el 1950, se inaugura la Escuela de Medicina, poco después de cerrar la EMT en el 1949. Ver Astor, “Notas Editoriales”, 153; Rodríguez Molina, “Background for”, 709.

⁷⁸⁴ Dice Cadilla: “No hace mucho leíamos en un periódico de la mañana un escrito de un articulista que abogaba por el establecimiento de una Escuela de Medicina en nuestra Universidad, arguyendo que en Puerto Rico faltan médicos, de acuerdo con el censo de la población. Creemos que sobran, pues tal vez ignora el autor del escrito que de esa población de que él habla, el 60% no paga los servicios médicos por una razón u otra, y que, por lo tanto, con el 40% restante se morirían de hambre”. Hay que recalcar que el galeno no provee ninguna evidencia empírica para sustentar estas conclusiones. Ver Cadilla, “Editorial”, 106.

⁷⁸⁵ Aunque no se identifica claro el médico o grupo de médicos que escriben el editorial, sabemos que el editor

puertorriqueñismo” que se asociaba al “ruido” de la política local, en oposición a la “paz” y “libertad” de la EMT⁷⁸⁶. Nuevamente, se presumía que una institución privada, médica y científica era mejor, en términos de su calidad y científicidad, porque era apolítica e inmune a influencias ideológicas.

A su vez la crítica que ofrecían los galenos puertorriqueños contra la universidad nacional y la *State Medicine* no era muy original ni muy científica. Muchos de los reclamos contra la centralización, o cierta percibida centralización nacional, no son particulares ni exclusivos de los médicos puertorriqueños y reflejan inclusive una argumentación muy similar a la utilizada por los médicos estadounidenses en contra de la “socialización” de la medicina. Los médicos estadounidenses no querían tampoco perder su autoridad ni autonomía y esto se convirtió en uno de los obstáculos para promover un Plan Nacional de Salud. Estados Unidos se convirtió en la única potencia mundial que no favoreció su desarrollo y, pese a que Puerto Rico no tiene un desarrollo idéntico al estadounidense, comparte, hasta la actualidad, más similitudes con este que los sistemas de salud europeos⁷⁸⁷.

Las dificultades para la instauración de un Sistema Nacional de Salud han sido muy debatidas por historiadores y especialistas en política de Salud Pública, en particular Jonathan Oberlander. Un aspecto que vale recordar es que, cada vez que se trató, desde la década de los treinta, de instaurar un plan o seguro nacional médico en los Estados Unidos, hubo dos obstáculos que

administrador era Rafael Rodríguez Molina y los editores asociados E. Blas Ferraiuoli, Manuel Astor y Jeramfel Cordero. En torno a la editorial, el autor o autores aclaraban que la EMT era una institución de “carácter privado” y debía permanecer así: “No permitamos que se pretenda cambiar la dirección y actual funcionamiento de la Escuela de Medicina Tropical en aras de un equivocado puertorriqueñismo”. Ver “Editorial: Nuestra Escuela de Medicina Tropical está en crisis”, *BAMPR* XXXIX, nº6 (1947): 241-45, 244.

⁷⁸⁶ “Editorial: Nuestra Escuela”, 241-42.

⁷⁸⁷ Ver por ejemplo, Luis Xavier Mayol Vélez, “Una mirada comparativa a los sistemas de salud: España, Los Estados Unidos y Puerto Rico”, *Revista [IN]Genios* III, Nº2 (2017): 1-21, 8-11, 15.

repetían (además de conflictos partidistas entre demócratas y republicanos⁷⁸⁸): la *American Medical Association* (o AMA) y los prejuicios e imaginarios asociados al socialismo o a cualquier actividad “socializada” que pudiese interpretarse como una “amenaza” socialista o comunista⁷⁸⁹. Si nos fijamos en los argumentos utilizados por los médicos puertorriqueños notamos esta asociación entre nacionalizar y socializar como elementos antagónicos a la libertad (individual y profesional), antimodernos e incluso anticientíficos porque supuestamente fomentaban la dependencia y la pobreza. Inclusive, la “nacionalización”, en tanto cuando un proyecto político no científico, era visto como un proyecto guiado por la irracionalidad y la emoción.

En ese sentido, la pérdida de autonomía, tan temida por los médicos estadounidense, podía reducirse, como lo declara Oberlander, a que los médicos no tuviesen ya “la capacidad de practicar la medicina a su antojo”, además de que “querían mantener su autonomía financiera -fijar sus propios términos para los pagos”⁷⁹⁰(de ahí la oposición a un pago fijo a nivel gubernamental o ciertos tipos de prepago). Si no bastase la similitud argumentativa que hubo entre los médicos estadounidenses y los puertorriqueños, en particular Fernós Isern, tenemos también otras pistas muy sugestivas. En el BAMPR podemos encontrar la traducción de un artículo de un médico estadounidense que exigía que hubiese un *New Deal* para los médicos; quejándose de que: “la práctica de la medicina ha dejado de ser una profesión lucrativa y ya no da de sí lo suficiente para vivir de ella (...)”⁷⁹¹. Similar al comentario hecho por Cadilla, el médico neoyorquino vaticinaba

⁷⁸⁸ Para más detalles respecto a las posturas de los republicanos y de la AMA en contra de una medicina social y más accesible, ver Jonathan Oberlander “Lessons from the long and winding road to Medicare for all”, *AJPH* CIX, n°11 (2019): 1497-5000, 1497; Claire Bowes, “Por qué EE.U.U. fue la única potencial occidental que rechazó atención médica universal tras la Segunda Guerra Mundial”, *BBC New/Mundo* (26 de septiembre de 2020), recuperado en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54153402>.

⁷⁸⁹ Oberlander, “Lessons”, 1498.

⁷⁹⁰ Bowes, “Por qué EE.UU.”.

⁷⁹¹ El Artículo apareció originalmente en *American Mercury* y fue traducido por Ramón Lavandero. George W. Aspinwal, “Los Medicos Tambien Quieren un ‘Nuevo Trato’”, *BAMPR* XXVI, n°4 (1934): 162-70, 162.

una imagen neomaltusiana de médicos jóvenes muriéndose de hambre, incapaces de recibir un sueldo que los permitiera “sostenerse de una manera decorosa”⁷⁹². El médico estadounidense criticaba el “hábito nacional”, de exigir servicios médicos gratuitos⁷⁹³. Nuevamente, la paranoia de que el médico fuese pasado por alto, importunado o insultado por un ciudadano que podía pagar, que en Estados Unidos eran también una minoría, eclipsaba la realidad social y evidente de la Gran Depresión, la pobreza y las condiciones de desigualdad social. En otras palabras, los médicos temían que sus servicios fuesen sometidos a pagos fijos y objeto de supuestas decisiones políticas e ideológicas; y esta postura no hizo más que reforzar en Puerto Rico un sistema de salud que tuvo muchas de las limitaciones del estadounidense⁷⁹⁴.

En ese sentido, vemos como el ideal del médico especialista, neutral y objetivo eclipsaba que existían nociones de clase social que sesgaban la visión del médico que se pensaba pobre y desafortunado. Esto no debe sorprendernos, en particular cuando vemos cómo los médicos se representaban a sí mismos, por un lado, como especialistas neutrales, apolíticos y sin sentimentalismos y, por el otro lado, como héroes, poetas y mártires de su “sacerdocio”. Por esa misma razón, es preciso que también repitamos otra instancia que se repite durante esta época en el BAMPR: la representación e imagería religiosa, moral y heroica del médico, por parte de los

⁷⁹² Aspinwal, “Los Medicos”, 164.

⁷⁹³ El médico criticaba el “hábito nacional”, vuelto en “manía universal”, de solicitar “servicios médicos gratuitos”, apuntando a la contradicción de que muchas personas no considerarían honrado pedir comida o productos gratuitos, pero no dudan en pedirle a su médico servicios gratuitos (o dónde ir a conseguirlos); insinuando de esta manera que si las personas podían pagar por su comida también podían hacerlo para los servicios médicos. Ver Aspinwal, “Los Medicos”, 164-65.

⁷⁹⁴ Obviamente, no es este el espacio para una comparación más pormenorizada de los sistemas de salud, y tampoco queremos dar la impresión de que los médicos puertorriqueños simplemente mimetizaron lo dicho por sus análogos estadounidenses. Hasta cierto punto, el sistema de Puerto Rico llevó a cabo un tipo de descentalización muy particular, vinculado al plan de regionalización propuesto por Arbona en la década de los cincuenta. Después dicho sistema se “centralizó” en la década de los noventa bajo el gobernador y médico Pedro Roselló, lo cual llevó a un híbrido de corporaciones público-privadas. Aún en la actualidad, incluyendo con las reformas de *Obamacare*, el sistema estadounidense y el puertorriqueño dista mucho de los seguros médicos nacionales europeos y latinoamericanos, y parte del problema fue la resistencia y complicidad política y económica de la clase médica (pese tal vez a sus mejores intenciones). Para una comparación de ambos sistemas de salud ver Mayol Vélez, “Una mirada”, 10-11.

propios médicos.

3. La imagería, culto y memoria médica

Durante este periodo encontramos que aún abundan las analogías religiosas y de tono moralista cuando se describen los quehaceres y deberes médicos, significados como un “sagrado ministerio⁷⁹⁵” (o “difícil ministerio⁷⁹⁶”), labor de “misioneros⁷⁹⁷” y un apostolado⁷⁹⁸ que requería, entre otras cosas, de abnegación y sacrificio. Si la clase médica poseía un “sagrado deber⁷⁹⁹”, era de esperar que sus roles y personas fuesen igualmente descritos con alusiones religiosas y martiriológicas, que apuntaban insistentemente a la imagen del médico como un héroe trágico, incomprendido y pobre. En las publicaciones médicas, los médicos describían a la clase médica como “la más sacrificada de nuestra sociedad”, un “sacerdosio⁸⁰⁰” y una clase y profesión “falta de reconocimientos”,⁸⁰¹ malentendida⁸⁰² y de “nobles sacrificios⁸⁰³”, que se distingue por su “alto espíritu altruista y desinteresado”, usualmente “sin compensación alguna⁸⁰⁴”, aunque no por ello menos privilegiada o carente de prestigio⁸⁰⁵.

Muy a tono con lo que ya hemos discutido, encontramos una correspondencia entre las analogías religiosas mencionadas y el acento en la figura del médico como un líder y héroe con

⁷⁹⁵ Garrido Morales, “La profesión médica”, 480.

⁷⁹⁶ Manuel Quevedo Báez, “A la memoria, siempre grata, del Dr. Francisco Sein y Sein”, *BAMPR XXXVI*, n°7 (1944): 326-27, 326.

⁷⁹⁷ Malaret Tió, “La defensa”, 35.

⁷⁹⁸ Quevedo Báez, “A la memoria”, 326.

⁷⁹⁹ “Notas editoriales: La Política”, 377.

⁸⁰⁰ Por ejemplo, Quevedo Báez describió, en su óbito, a Rafael Vélez López como un “verdadero sacerdote médico”, un “verdadero apóstol, de túnica y de alma albas, pura e inmaculada”. Ver Quevedo Báez, “Discurso”, 388. Para menciones similares, pero de otros médicos, ver Figueroa, “Informe”, 326; Quevedo Báez, “Editorial: Las consultas”, 425; Quevedo Báez, “Oración”, 186.

⁸⁰¹ Manuel Díaz García, “Editorial: Siempre adelante”, *BAMPR XXIII*, 190 (1931): 249-50, 249.

⁸⁰² Quevedo Báez, “Discurso”, 389.

⁸⁰³ Esteban García Cabrera, “Editoriales: Un buen acuerdo”, *BAMPR XXV*, n°4 (1933): 265; Quevedo Báez, “A la memoria”, 326.

⁸⁰⁴ Belaval, “Consideraciones generales”, 45-46.

⁸⁰⁵ Quevedo Báez, “Editorial: Proceso”, 59.

atributos sagrados. Esto puede notarse más en las actividades de conmemoración y recordación, cuyo tono y retórica apoteósica ubicaba a los médicos como protagonistas del Progreso del País. Por ejemplo, en un homenaje en el 1932 a los expresidentes de la AMPR, Quevedo Báez compara el arte del retrato, en este caso refiriéndose a los retratos de los presidentes, con la iconografía religiosa y su experiencia⁸⁰⁶. Hasta cierto punto, dichas imágenes pervivían como reliquias y testamentos de la fe de la clase médica en su misión y quehacer. La sacralidad de los perfiles de aquellos presidentes apuntaba también a un “linaje” de médicos que era a su vez un reflejo de la evolución, progreso y avances de la Humanidad⁸⁰⁷. Es preciso notar que estos recuentos se reducen a una serie de apologías sobre los grandes hombres, fundadores y presidentes, cuyas acciones suponían ir más allá de los intereses y pasiones personales⁸⁰⁸. En otras palabras, lo que pervivía en tales imágenes no era ya los individuos ni la labor del pintor/retratista, sino el símbolo, y dicho símbolo estaba asentado en la AMPR. Un aspecto llamativo de este texto y narrativa es cómo nuevamente el médico es representado como una figura ejemplar no solo por su saber científico sino por su supuesto carácter aventurero y crítico, en teoría contrario al *status quo*⁸⁰⁹.

Este no es el espacio para recorrer los distintos actos de conmemoración de la clase médica en Puerto Rico, y por esa razón nos vamos a centrar en uno que es crucial para nuestro recorrido: la conmemoración de los legados de Ashford por parte de los médicos en Puerto Rico. En esos espacios podemos ver cómo se interpretaba el rol de Ashford, y por asociación del resto de los médicos, en la historia médica del País

⁸⁰⁶ Quevedo Báez, “Discurso”, 380.

⁸⁰⁷ Según Quevedo Báez estos “varones” representaban el progreso cultural y científico, “sembrado” por ellos, del país. Ver Quevedo Báez, “Discurso”, 382.

⁸⁰⁸ Quevedo Báez, “Discurso”, 379.

⁸⁰⁹ Quevedo Báez, el primer presidente de la AMPR, representaba esa primera clase fundadora, que se autoproclamaba tanto como “revolucionaria”, producto de jóvenes que querían cambiar la situación actual, y como clásica, fundacional y esencial. Ver Manuel Quevedo Báez, “Editorial: Proceso de creación de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR XXXI*, n°2 (1939): 57-59, 57.

4. Ashford memoriado: memorias selectivas e idealizadas

Para nuestros fines vamos a limitarnos mayormente a tres eventos pertinentes, publicados en el 1934 en la BAMPR⁸¹⁰, que nos permiten apreciar el modo que Ashford era “recordado” por los médicos de la AMPR: los discursos pronunciados durante la inauguración de su busto en la EMT, la publicación de sus Memorias *A Soldier in Science* y su óbito. Primero vamos a ver cómo los médicos recordaban y representaron a Ashford, y después vamos a detenernos en sus “memorias” /autobiografía⁸¹¹, para así notar correspondencias y tensiones entre estas representaciones. En el 16 de diciembre de 1933, se inaugura el busto en bronce de Ashford en la EMT, y en agosto se desarrolla una celebración y dedicatoria a Ashford en torno a las publicaciones de sus “Memorias”. Poco después de “festejar la aparición del último libro del maestro”⁸¹², tenemos el óbito. La necesidad de plasmarlo en un retrato era esencial, según Padín, para la memoria colectiva de los médicos y el País⁸¹³. De esa forma, recordaba un galeno, se daba a reconocer la “deuda” que tenía el País ante el supuesto “conquistador” de la uncinariasis⁸¹⁴. Igualmente, es preciso notar cómo la victoria de Ashford, al ser apropiada por el discurso médico puertorriqueño, se convertía también en un recordatorio de la relevancia de la figura del médico, científico y especialista.

Similar a la analogía de Quevedo Báez en torno a la iconografía religiosa, en estas

⁸¹⁰ Hay un número completo del BAMPR, el número 8 (volumen XXVI), que es dedicado a Ashford. Poco después de esta dedicatoria muere Ashford (el óbito es en el número 11).

⁸¹¹ Bailey L. Ashford, *A Soldier in Science* (New York: William Morrow and Co., 1934)

⁸¹² “Editoriales: Obito Dr. Bailey K. Ashford (1873-1934)”, *BAMPR* XXVI, n°2 (1934): 359-60. Aún si no toma el crédito, el editor en Jefe era E. García Cabrera y, hemos de sospechar, por el tono que tal vez fue él quien escribió el texto.

⁸¹³ Ver “Instalación de un busto del doctor Bailey K. Ashford en la Escuela de Medicina Tropical”, *BAMPR* XXVI, n°1 (1934): 32-39, 33.

⁸¹⁴ Esto puede notarse particularmente en el 1948, cuando se devela una placa dedicada a Ashford y conmemorando su labor contra la uncinariasis. Al inaugurarse la placa, Ezequiel Martínez Rivera proclama que esta era para dar el “merecido abono a una deuda de gratitud, reconocimiento y afecto contraída por nuestro pueblo”. Ver Ezequiel Martínez Rivera, “Palabras pronunciadas por el doctor E. Martínez Rivera con el motivo de la develación de una placa conmemorando el descubrimiento de la uncinariasis por el doctor Bailey K. Ashford”, *BAMPR* XL, n°7 (1948): 193-98, 193.

conmemoraciones encontramos que Ashford es representado como una figura sacra y fundacional dentro del Progreso de la Medicina del País. A través de los discursos conmemorativos, vemos cómo se repiten los tropos que ya hemos discutido a través de este capítulo: el médico como héroe, como maestro y como líder. En la figura de Ashford se acentúan ciertos matices particulares, como era su rol como militar estadounidense, pero estos no se distanciaban del conocido tropo del héroe aventurero, conquistador y bélico. Sí llama la atención que Ashford fue representado como una especie de “puente”: un soldado científico, un descubridor y colonizador desinteresado y, entre otras cosas, un estadounidense puertorriqueño. Hasta cierto punto, este modo de representar a Ashford como una síntesis armoniosa de polos aparentemente antagónicos, o al menos diferentes, resultaba oportuna para la clase médica y las autoridades estadounidenses. Para la clase médica, Ashford representaba el ideal del médico científico especialista que podía trascender las influencias del ambiente, en particular los efectos negativos de la política; característica que justificaba la autoridad, tanto científica como moral, del especialista para determinar lo que era mejor para la Salud y Bienestar del País. Para las autoridades estadounidenses, el reconocimiento de Ashford, por parte de la clase médica, eclipsaba en gran medida los conflictos coloniales y políticos que existían, especialmente durante la década de los treinta. La imagen de que Ashford representase la supuesta “asimilación” de dos culturas, y a la vez sus acciones tuviesen una trascendencia internacional, reforzaba la idea de que la intervención estadounidense era algo objetivamente neutral, progresivo y positivo para todos (no solo Puerto Rico sino otros países también).

Empecemos primero con la representación dual de Ashford como un médico-científico y soldado. En lo que concierne su imagen como un soldado científico, resulta sugestivo cómo los médicos puertorriqueños traducen el título de su autobiografía. Algunos lo traducen como “soldado

de la ciencia”⁸¹⁵ y otros como un “soldado en la ciencia”⁸¹⁶ (o “militar en la ciencia”⁸¹⁷), en ambas destacando la afinidad de la figura del “científico militante”⁸¹⁸. Se resaltaba la imagen del soldado fiel y desinteresado que batallaba por el bien de la Humanidad⁸¹⁹ o que buscaba “combatir la enfermedad y triunfar de la muerte”⁸²⁰. Las imágenes heroicas de científicismo de Ashford eran complementadas con imágenes de redención y liberación cuasi religiosa⁸²¹. Algunos, como Quevedo Báez, añadían a esta imagen de redención una tonalidad biologicista, proclamando que Ashford fue una figura clave que cambió la biología del pueblo, y lo sacó de su abulia⁸²². Así pues, el descubrimiento del médico estadounidense había logrado también el “santo ideal del progreso y el perfeccionismo”⁸²³.

Dichas imágenes, que entremezclaban roles y objetivos religiosos y militares, suponían evocar ideales de desinterés y entrega que correspondían con la imagen de Ashford como un científico descubridor y desinteresado. Una y otra vez se relata el descubrimiento de la causa de la anemia, del parásito de la uncinaria y las labores de las campañas/comisiones contra la anemia⁸²⁴. Varios

⁸¹⁵ Pablo Morales Otero, “Discurso pronunciado por el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 273-74, 273.

⁸¹⁶ Manuel Quevedo Báez, “Carta del Dr. M. Quevedo Báez al Dr. Bailey K. Ashford con motivo de la velada celebrada por la Asociación Médica de Puerto Rico en honor de este último”, *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 299-300, 300.

⁸¹⁷ Pedro Gutiérrez Igaravidez, “Discurso pronunciado por el Dr. Gutiérrez Igaravidez en la velada celebrada por la Asociación de Puerto Rico en honor al Dr. Ashford”, *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 279-282, 282; Gutiérrez Ortiz, “Discurso”, 295.

⁸¹⁸ Pablo Morales Otero, “Discurso pronunciado por el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico”, *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 273-74. Ver también expresiones similares en Blanton Winship, “A letter from the governor of Puerto Rico. Hon. Blanton Winship, to the President of the Porto Rico Medical Association, Dr. P. Morales Otero”, *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 277; Quevedo Báez, “Carta”, 299.

⁸¹⁹ “Instalación”, 35.

⁸²⁰ Gutiérrez Igaravidez, “Discurso”, 279.

⁸²¹ Por ejemplo, algunos médicos acentuaban que Ashford no era solo un médico, sino que tenía la “fe del apóstol, con la clarividencia del elegido, con la valentía del guerrero y el alma blanca del niño”. Ashford, el descubridor, era también el redentor, era quien había logrado salvar a los anémicos, quienes no eran ya vistos como “vagos” ni “zánganos” sino como enfermos. Ver Gutiérrez Igaravidez, “Discurso”, 281; Martínez Rivera, “Palabras pronunciadas”, 195; V. Gutiérrez Ortiz, “Discurso pronunciado por el Dr. V. Gutiérrez Ortiz en la velada celebrada el primer de Agosto de 1934 por la Asociación Médica de Puerto Rico en honor del Dr. Bailey K. Ashford”, *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 291-95, 291, 293

⁸²² Quevedo Báez, “Carta”, 299.

⁸²³ Gutiérrez Igaravidez, “Discurso”, 279.

⁸²⁴ “Instalación”, 36-37; Morales Otero, “Discurso”, 273-74; “Editoriales: Obito”, 359.

médicos consideraban que Ashford y sus campañas de anemia fueron un hecho histórico que operó como un prelude para la IHB y facilitó la formación de otras campañas de índole internacional⁸²⁵. Así, Ashford era representado como un individuo heroico que salvó potencialmente a millones porque fue quien facilitó el emerger de la salud internacional y el tratamiento en masa. Lo interesante de este reconocimiento es que tenía también otro fin: si por un lado se alude a la importancia internacional de las campañas de Ashford, también se apunta a que, ni el ejército ni los centros médicos de otros países, le dieron su debido reconocimiento, ni siquiera su país natal. Solamente la EMT y AMPR lo habían hecho⁸²⁶, y más allá de esto constituir un gesto genuino de agradecimiento, servía también para acreditar la capacidad de la clase médica puertorriqueña para reconocer y cooperar con una causa que facilitó una transformación internacional.

Ashford es representado como un descubridor desinteresado (y, según Padín, sin complejo de superioridad⁸²⁷) y cordial, respetado y venerado porque se había integrado a la sociedad —se “hace amar” y “confunde con nosotros”—⁸²⁸. Asimismo, lo describen como un: “paladín” y un “ciudadano emérito de Puerto Rico”⁸²⁹ que contribuyó a la “raza humana” (*human race*)⁸³⁰, un

⁸²⁵ Algunos, como Rafael Bernabe argüía que Ashford había sido la razón para la creación de la IHB de la RF: “(...) el descubrimiento de este médico, distinguido por muchos conceptos, vino a salvar no solamente la vida de miles y miles de ciudadanos puertorriqueños, sino que dio como resultado también la creación de una institución como es la Comisión Internacional de Salud Pública, que ha salvado la vida de millones de personas en todo el universo”. De forma similar, Morales Otero dirá sobre las campañas de anemia que tal fue “la primera ocasión en la historia del mundo en que se ensaya el tratamiento en masa de las multitudes atacadas de la anemia uncinariásica”. Ver Morales Otero, “Discurso”, 273; “Instalación”, 38; Arbona, “Are we”, 204, de un tono similar, pero menos exaltado.

⁸²⁶ Martínez Rivera, “Palabras pronunciadas”, 196-97.

⁸²⁷ “Instalación de un busto del doctor Bailey K. Ashford en la Escuela de Medicina Tropical”, *BAMPR XXVI*, n°1 (1934): 32-39, 33.

⁸²⁸ Se repiten aquí los significantes de “ilustre”, de haber hecho reconocer al País —“puso el nombre de nuestro país a circular”— de un descubridor “joven”; destacándose su “cordialidad”, “la hombría de bien, de un hombre de ciencia, que sin el *superiority complex*, de los triunfadores se asocia a nuestra vida, se confunde con nosotros y se hace amar, y por ende, respetar y venerar por un pueblo noble y sufrido y por una clase profesional, inteligente y comprensiva”. Ver “Editoriales: Obito”, 359-60.

⁸²⁹ Morales Otero, “Discurso”, 273-74.

⁸³⁰ Winship, “A letter”, 277.

“patriota”, un “sabio” y “guía de pueblos”⁸³¹, un “hombre glorioso y un hombre virtuoso” que era también el “héroe silencioso” y un “optimista”⁸³². En fin, era un médico que no buscaba fama, pero le dio fama al País y esta supuesta humildad recordaba a la labor del educador. En su autobiografía, Ashford consideraba, muy “humildemente”, que su campaña marcaba la historia de la reconquista de la Ciencia en Puerto Rico, o inclusive de Puerto Rico en nombre de la Ciencia (inversión que nuevamente concibe al País como un objeto colonizado), y gran parte del logro se debió a esa labor de educar al pueblo y hacerlos interesarse por su “propia salvación”⁸³³. Notemos como aquí se representaba a Ashford como un descubridor que no solo colonizaba, sino que educaba⁸³⁴ y civilizaba. Este tipo de civilización hacía que el País fuese más atractivo a otros países cultos, y operase como un “puente” para establecer lazos diplomáticos y científicos⁸³⁵.

El ideal de especialista desinteresado aparece representado en las críticas que hacía Ashford contra la política puertorriqueña. Vale acentuar que tales críticas eran contra las políticas locales puertorriqueñas, incluyendo también los intereses de los hacendados, pero no a las estadounidenses. Un incidente muy revelador, que es mencionado en uno de estos discursos conmemorativos (en este caso, en la instalación del Busto en la EMT), fue la asignación breve de Ashford como el primer Comisionado de Sanidad. Rafael Bernabe, entonces presidente de la AMPR, relata cómo Ashford había exigido al Gobernador Winthrop tener la potestad de designar los miembros de la Junta Superior de Sanidad. El Gobernador accedió a esto, pero más tarde tuvo

⁸³¹ Los tres atributos eran porque, según Gutierrez Igaravidez, Ashford fue el “poseedor del secreto que permitió asegurar la salvación de nuestro campesino”. Ver Gutiérrez Igaravidez, “Discurso”, 279-80.

⁸³² Gutiérrez Ortiz, “Discurso”, 293-94.

⁸³³ Ashford, *A Soldier*, 67.

⁸³⁴ Dice Bachman, presidente de la EMT: “Para nuestro pueblo el doctor Ashford no es sólo un médico eminente, es un educador que ha señalado las rutas que conducen a la salud de millares de seres humanos que habitan en las regiones de América infestadas de larvas de uncinaria”. En su autobiografía, Ashford llamó a la “educación” dada en las estaciones de anemia una “escuela”, fundada por él, que permitió que los campesinos “batallasen” contra la anemia. Ver “Instalación”, 34; Ashford, *A Soldier*, 339.

⁸³⁵ “Instalación”, 38.

que modificar dicho acuerdo porque el “partido en el poder” había pedido nombrar a un “doctor X” para formar parte de la Junta Superior de Sanidad. Ante ello, Ashford se negó y el gobernador le dijo “usted no es el Gobernador de Puerto Rico” y Ashford le ripostó “pero soy el Comisionado de Sanidad, y si no puedo dirigir el Departamento a mi manera, presentaré a usted mi renuncia”⁸³⁶. Este mismo evento aparece reproducido, apenas unos meses más tarde, en la autobiografía de Ashford, resaltándose la impotencia del gobernador ante las exigencias de lo que pedía “el pueblo” (*the people*), que en este contexto era el partido en poder⁸³⁷.

Lo llamativo de esta narración es la supuesta pasividad que se le adjudica a las autoridades estadounidenses, representadas como impotentes ante los supuestos caprichos de la política local (lo cual no era cierto). En estas conmemoraciones también encontramos otro incidente, brevemente mencionado, pero muy revelador de los posicionamientos de Ashford ante las autoridades estadounidenses. Gutiérrez Igaravidez, su viejo colega, menciona en una de las conmemoraciones que Ashford “deploró” la ausencia de “aquellos camaradas que durante cuatro lustros estuvieron a su lado” al emerger la EMT⁸³⁸. Ciertamente, Ashford estuvo muy descontento con la situación que llevó a que sus dos colegas puertorriqueños, Gutiérrez Igaravidez y González Martínez, fuesen relegados al olvido cuando la Columbia University optó por asumir hegemonía en los

⁸³⁶ “Instalación”, 39.

⁸³⁷ Es preciso reproducir la narrativa de Ashford respecto a este incidente:

If I became Commissioner of Health I would be permitted to select my own personnel—particularly my Board of Health, which was to be my legislative and advisory body. This was rather high-handed procedure, I will grant; but I knew the men with whom I should have to deal. To my surprise, the Governor acceded, though the appointing power was really his (...) The Governor sent for me and said:

“Of course you realize that you are the only one who can take this position and make a success of it, as you drew up the law with Colonel Kean, and your professional friends here are a unit in supporting you. But I have unfortunately promised you more than I could promise. I am Governor of Porto Rico. But in reality I am the servant of the people. And the ruling party is the people. Willy-nilly, I have to bow their demand that Dr. ___ be made President of the Board of Health. I hope you will take this right, as it is in me to help you all I can. I am afraid that I shall have to ask you to allow me to appoint this man”.

Ver Ashford, *A Soldier*,

⁸³⁸ Gutiérrez Igaravidez, “Discurso”, 281.

nombramientos de la facultad. En dicho escenario, Ashford fue una figura clave que optó por favorecer a la universidad estadounidense aún si ello llevó a que sus colegas no tuviesen ya sus puestos⁸³⁹ y, hasta el día de hoy, terminasen siendo figuras marginadas y olvidadas dentro de la Historia del País.

¿Por qué Ashford, que no estuvo dispuesto a ceder ante un Gobernador, no ofreció dicha resistencia en este escenario? Según Ashford, no intervino para lograr su sueño (y parcialmente el sueño de sus colegas) de tener una institución educativa de investigación. Resulta sugestivo que en su autobiografía haya una mención breve del asunto (apenas le dedica un párrafo), pero que refleja el particular sesgo de Ashford: lo que sus colegas querían era algo idealista y contrario a la realidad⁸⁴⁰. Vale preguntarse: ¿por qué era idealista considerar que una institución en Puerto Rico fuese manejada y gobernada por puertorriqueños? Ashford presenta a sus colegas como individuos que no estaban dispuestos a ceder ante ningún amo. Dicha analogía parece reconocer y admirar la resistencia de los colonizados y, a la misma vez, refuerza la imagen de que sus colegas eran sujetos colonizados e incapaces de autogobierno, que se dejaron ir por sentimentalismo nacionalista.

A partir de lo dicho, llegamos entonces a tal vez la representación más espinosa, la de Ashford como puertorriqueño. Hay un intento por parte de los médicos puertorriqueños de presentar a Ashford no ya como un médico extranjero y estadounidense sino como un ciudadano “americano” que ama a Puerto Rico y lo considera su hogar. El asunto pudiese parecer trivial, pero durante la década de los treinta, en medio de las críticas del Partido Nacionalista, sí era importante realzar

⁸³⁹ Llama la atención que Ashford considera que todo resultó bien porque no perdió la lealtad y fuerza de sus amigos; y casi presenta el asunto como si, en últimas instancias, fue lo mejor para todos. Ver Ashford, *A Soldier*, 360.

⁸⁴⁰ Ashford critica que la “universidad nortea” no pudo aceptar la actitud del idealista que consideraba que algo puertorriqueño fuese manejado por puertorriqueños: “It could not accept the attitude of the idealist who felt that all things Puerto Rican should be managed by Puerto Rican. My co-members of the Institute wanted a helpful cooperation from the northern University. They could not accept a master. They were no willing to allow that northern University to direct the fortunes of the school in substance”. Ver Ashford, *A Soldier*, 359.

que existía entre Puerto Rico y Estados Unidos un supuesto estado de armonía, cooperación y mutua “asimilación”. Para entender mejor esto, detengámonos entonces en cómo algunos médicos conmemoran la relación entre Ashford y Puerto Rico, para entonces atisbar lo poco que Ashford expresa sobre los puertorriqueños.

5. “Memorias” selectivas de Ashford sobre los puertorriqueños: chistes, trucos y heroísmo de un médico estadounidense en Puerto Rico

En las conmemoraciones a Ashford encontramos que varios médicos asociaban la puertorriqueñidad del médico estadounidense con su casamiento con una mujer puertorriqueña — “Ciencia y familia son dos factores que han hecho, de este americano, un Puertorriqueño”⁸⁴¹ —; en con una “dama distinguida” —una de las “*fairest daughters*” del país—⁸⁴². La afiliación y procreación con una mujer puertorriqueña, fue que lo unió a Ashford su “segunda patria”⁸⁴³, y lo identificaba como esencial y espiritualmente puertorriqueño — “Tus hijos son puertorriqueños y lo es también tu corazón”⁸⁴⁴—. Sabemos que este tipo de retórica altisonante gusta exagerar las afiliaciones, pero en este caso la identificación afectiva eclipsa el modo que Ashford representó a los puertorriqueños ante el resto del mundo. Cuando analizamos su autobiografía⁸⁴⁵, la imagen

⁸⁴¹ Quevedo Báez, “Discurso”, 390.

⁸⁴² Ver George W. Bachman, “Address delivered by the Dr. George W. Bachman, at the testimonial in honor of Dr. Bailey K. Ashford on the evening of Wednesday, August the first, 1934”, *BAMPR* XXVI, n°8 (1934): 289-90, 289; señalamientos similares los vemos en Martínez Rivera, “Palabras pronunciadas”, 195; Gutiérrez Ortiz, “Discurso”, 293.

⁸⁴³ Ver Gutiérrez Igaravidez, “Discurso”, 279-80, 282; y un señalamiento similar en Esteban García Cabrera, “Bailey Ashford”, *BAMPR* XXV, n° 6 (1933): 391-96, 391.

⁸⁴⁴ “Pergamino presentado por la Clase Médica de Puerto Rico al Dr. Bailey K. Ashford con motivo de la publicación de su autobiografía ‘A Soldier in Science’”, *BAMPR* XXVI, n°8 (1934): 278; un argumento similar se encuentra en Quevedo Báez, “Discurso”, 390.

⁸⁴⁵ Antes que continuemos, es preciso aclarar un aspecto pertinente en torno a la autoría de la autobiografía de Ashford y lo que esto entretiene en términos metodológicos. Se sabe que Ashford estuvo muy debilitado y enfermo durante su último año de vida, y hasta cierto punto es posible que los contenidos de dicha autobiografía no sean un calco fidedigno de sus pensamientos (ni hablar, de las posibles discrepancias y omisiones que pueda haber en una memoria/autobiografía escrita o dictada en condiciones de deterioro fisiológico). Hasta cierto punto, Elizabeth Van

presentada de Puerto Rico es muy negativa y resulta difícil poder detectar en sus descripciones y tono una identificación u orgullo patriótico con/por la Isla de sus hijos. Encontramos en su narrativa una serie de descripciones y bromas que reflejaban, más que nada, el tropo heroico de un médico “luchando” por convencer al Mundo de sus descubrimientos mientras se topaba con los obstáculos de la ignorancia y de los sesgos ideológicos de los médicos y políticos puertorriqueños⁸⁴⁶. A lo largo de su autobiografía, Ashford nos ofrece unas descripciones breves que acentuaban la ignorancia del jíbaro, la corrupción política de los puertorriqueños y los gestos de agradecimiento que tenían los puertorriqueños ante la intervención estadounidense y médica⁸⁴⁷.

En varias ocasiones encontramos descripciones de jíbaros agradecidos, pero la más interesante concierne un incidente con un asesino en Utuado que se “reforma” una vez es atendido por la cura de Ashford. Ese incidente es uno de varios relatos en donde el médico estadounidense confronta peligros en su supuesta “batalla” por la Ciencia. Un incidente llamativo es el que ocurre en su “luna de miel”, cuando el galeno y su esposa son emboscados por miembros de El Águila Blanca. En el caso del asalto los miembros son descritos como bandidos alcoholizados y “bravos” que fueron engañados fácilmente por la astucia militar de Ashford,⁸⁴⁸ mientras que en el relato del

Deusen es la “autora” de la autobiografía durante la enfermedad de Ashford. Sin embargo, esta misma objeción pudiese decirse de muchos otros textos (en particular aquellos que padecen de ediciones editoriales y censuras) y en el caso de la autobiografía de Ashford lo que interesa es que tal fue leída e interpretada por sus colegas puertorriqueños como un escrito auténtico del médico estadounidense. Ver José G. Rigau-Pérez. “Bailey K. Ashford, Más allá de sus memorias”, *PRHSJ* 19(1) (2000): 51-55, 51.

⁸⁴⁶ Este argumento puede verse elaborado también en Trujillo, *Modern*, 179-82.

⁸⁴⁷ Por ejemplo, al inicio de la autobiografía Ashford menciona su primer paciente, un *old negro civilian* que muere de una herida de bala, pero no sin antes expresar su contentura de haber tenido el honor de morir bajo la bandera de Estados Unidos. El evento no tiene mayor trascendencia, pero sirve para anclar la imagen optimista de la intervención estadounidense y la supuesta recepción positiva de aquellos puertorriqueños agradecidos. Ver Ashford, *A Soldier*, 25.

⁸⁴⁸ Según lo relata el galeno, inicialmente consideró pelear contra los miembros del Águila Blanca, sin embargo, optó por distraerlos al notar que estaban “intoxicados”. Ashford relata que convence a uno de los miembros a hacer una competencia de nadar en el río de Yauco, para que demostrase su fuerza. El miembro de la banda, buscando mostrar su “bravura”, asiente. Ashford le dice que al otro lado hay un amigo suyo que va a pagarle 10 dólares si logra cruzar el río y le da una nota escrita por él. El hombre cruza el río y lleva la nota en inglés al teniente Valentine, quien estaba al otro lado del río. En inglés, la nota daba las instrucciones para quien fuese a socorrerlos, lo cual logran hacer. Ver Ashford, *A Soldier*, 32-34.

asesino en Utuado se destacaba cómo la astucia militar, junto al uso de un medicamento, curaba y reformaba a un hombre que había sido ordenado por un político corrupto a detener la campaña de Ashford. Vale detenernos un poco en este supuesto atentado contra la vida de Ashford en Utuado, un relato que buscaba oportunamente destacar la corrupción y problemas que existían en Puerto Rico a nivel de la política local⁸⁴⁹.

En dicho relato Ashford estaba acompañado de un jíbaro y paciente agradecido, llamado Joaquín, que le advierte temerosamente sobre la presencia de un “hombre malo” en la clínica. Este “hombre malo” era un asesino a sueldo que, por su aspecto físico —era un hombre blanco con ojos azules y una barba sin recortar (*unkempt beard*) que andaba descalzo y en arrapos—, Ashford lo identifica como un hombre con anemia y que requería tratamiento⁸⁵⁰. El médico estadounidense decide tratarlo en vez que denunciarlo a la policía y, en un acto que él atribuye a su “juventud aventurera”, atrapar el hombre y físicamente forzarlo a tomar el medicamento. Se trataba, según admite Ashford, de un “truco curioso” que aprendió en el ejército cuando alimentaban a las mulas enfermas. Vale notar aquí la analogía bestial hacia el asesino, vuelto ahora en paciente a través de un “truco curioso” y heroico (que consiste sencillamente en pillarle las manos y prácticamente inundarlo con agua⁸⁵¹). Ashford le dice al asesino que “ellos” (los que están en la clínica) “lo sabían todo” y “conocían” por qué había llegado a la clínica. Le advierte que no vuelva a menos que esté dispuesto a querer sentirse mejor, en cuyo caso le prometía tratarlo y no hacerle ninguna otra violencia (a menos que fuese provocado)⁸⁵².

El hombre retorna un mes más tarde, agradecido, limpio y afeitado porque estaba curado (vale

⁸⁴⁹ Esto también aparece discutido en Trujillo, *A modern*, 184.

⁸⁵⁰ Ashford, *A Soldier*, 59.

⁸⁵¹ Ashford, *A Soldier*, 60.

⁸⁵² Ashford, *A Soldier*, 60.

notar que esto se logró con una sola dosis) y ofrece venganza contra el político que lo contrató. Ashford rechaza la oferta de una venganza física, pero le pide que se asegure que su empleador no pueda trabajar más en ningún otro partido político. Lo interesante de este favor que pide Ashford es que tal consiste en “convencer”, a través de la intimidación y el miedo, a los jíbaros de que no elijan a dicho hombre⁸⁵³. En otras palabras, aquí tenemos un caso en donde Ashford re-educar a través de la medicalización a un asesino, convirtiéndolo en un arma útil en su lucha “científica” (supuestamente apolítica) contra la superstición y la corrupción política. Asimismo, Ashford aprovecha la superstición y miedo de los jíbaros para así “rehabilitarlos” y convertirlos a su causa. Curiosamente, este relato no es el único en donde podemos ver que Ashford emplea trucos para “convencer” y “educar”.

Tanto en este incidente, como en el relato sobre el asalto de los miembros de El Águila Blanca en Yauco, el médico estadounidense destaca su valentía, bravura y astucia militar para vencer a sus adversarios, mientras que representa a sus acompañantes puertorriqueños como cobardes o miedosos⁸⁵⁴. En ambos casos se puede notar cómo Ashford banaliza las resistencias políticas dirigidas contra los Estados Unidos como actos mal planificados, regidos por la pasión y el interés propio. A la misma vez, Ashford se ubica como una figura clave y objeto de ataques políticos, presentando de esta forma su campaña como un acto revolucionario y de resistencia contra fuerzas que buscaban impedir el Progreso de la Ciencia. Sin embargo, lo más problemático de estas representaciones es cómo, una y otra vez, Ashford presenta a los puertorriqueños, en particular los jíbaros, como seres pasivos e ignorantes. Por ejemplo, Ashford menciona los “trucos de magia” que empleaba para averiguar si las personas habían tomado o no el medicamento a través del

⁸⁵³ Ashford, *A Soldier*, 60-61.

⁸⁵⁴ Esta crítica aparece también en Trujillo, *A modern*, 107.

análisis de orina⁸⁵⁵. Aunque Ashford podía sentir un afecto “paternal” (o mejor dicho paternalista) ante los jíbaros y los consideraba “gente buena” (en particular cuando, de un modo u otro cooperaban⁸⁵⁶), sus menciones breves tienden acentuar, e inclusive burlarse, de la ignorancia y superstición⁸⁵⁷ de esa “pobre gente” que gustaba quejarse mucho —“*for the jibaro loves to complain*”—⁸⁵⁸; a la misma vez que, convenientemente, destacaba cómo su cura había hecho “ascender” al jíbaro de su estado casi animalesco de miseria⁸⁵⁹.

Por ejemplo, Ashford menciona la obediencia vergonzosa de los jíbaros⁸⁶⁰ y para ello cuenta un caso que era ilustrativo de tal obediencia vergonzosamente entusiasta e ignorante. La escena parece un viejo tropo de comedia. Ashford le pide a un jíbaro que vaya a casa de un tal Don Juan Pérez (un hacendado), sin embargo, el galeno es interrumpido por un colega (King) y no logra terminar su oración. Cuando Ashford vuelve a hablar, en esa brevísima interrupción, el jíbaro mensajero se había ido. El jíbaro retornó a los dos días y la única noticia que tenía era que el don estaba en su casa. No había traído ningún mensaje porque Ashford no le había dicho nada más⁸⁶¹.

El valor pedagógico, científico e histórico de dicho relato no cumple otra cosa que servir como un

⁸⁵⁵ El ejemplo que trae es con niños y muestra cómo, sin que los niños lo supiesen, el médico “mago” sabía quién se había tomado el medicamento y de esta forma se aprovechaba de las supersticiones de los jíbaros. En otro ejemplo, Ashford relata cómo también tuvieron que hacer malabarismos y artimañas (los cuales no especifica) para asegurar autopsias ante los prejuicios de los jíbaros—“*by much cajoling, if not actually chicanery, from the violently prejudiced jibaro*”. Ver Ashford, *A Soldier*, 73-75.

⁸⁵⁶ Ver Ashford, *A Soldier*, 62.

⁸⁵⁷ Por ejemplo, Ashford hace mención del alcalde “jíbaro” de Aibonito y cómo tal había fracasado en procurar una letrina debidamente construida para sus constituyentes (y para sí mismo), en gran medida porque consideraba desagradable tener una letrina y consideraba que le daba estreñimiento. Ver Ashford, *A Soldier*, 71-72.

⁸⁵⁸ Ashford, *A Soldier*, 49.

⁸⁵⁹ Las descripciones que ofrece Ashford en torno a la visita que tuvo el director de la IHB a Puerto Rico, resaltaban la docilidad casi animalzeca de los jíbaros y la milagrosa transformación (y así es como la describe Ashford) una vez se tomaban el medicamento. Ashford describe de la siguiente manera la interacción de Wickliff Rose, el primer director de la IHD, con los jíbaros: “He personally verified their ragged clothes, their lack of shoes, and their docile, animal-like consistency in the work of the *amo* or master. He talked with the *jibaro* and found a man who had descended almost if not quite to the level of beasts (...)”. Ver Ashford, *A Soldier*, 97.

⁸⁶⁰ El jíbaro de Aibonito era, según Ashford, como el de Utuado: “He was blindly obedient, and every day he had to be told carefully every step of every shore he was called upon to do. At times his alacrity in obedience was embarrassing”. Ver Ashford, *A Soldier*, 74.

⁸⁶¹ Ashford, *A Soldier*, 74.

supuesto ejemplo “ilustrativo” y “jocoso” que en realidad es peyorativo y una caricaturización del jíbaro⁸⁶². El jíbaro era, de esta forma, un personaje atractivo y exótico en la narrativa de Ashford, comparable al campesino “po” *white trash* del sur de los Estados Unidos, que también había sido injustamente calificado de “vago” cuando en realidad estaba enfermo⁸⁶³.

Las menciones que hace de los médicos puertorriqueños se limitan mayormente a aquellos que participaron de las campañas de anemia. Los médicos puertorriqueños son representados como apasionados, lengüilargos y verborreicos, en particular Stahl, descrito como el prusiano de ojos azules que hacía discursos improvisados que atraían la sinrazón del público⁸⁶⁴, además de tener un mal temperamento (capaz de insultar a sus pacientes si eran muy insistentes⁸⁶⁵). Es curioso cómo Ashford siente la necesidad de destacar estos eventos, enfocándose en características y humores que reflejaban los estereotipos de la época y cierto tipo de racialismo. Los médicos en Puerto Rico son por lo general descritos como apegados a la política, a la discusión agitada y a gestos caballerescos propios supuestamente de la descendencia/sangre española⁸⁶⁶. En contraste, tenemos a su colega estadounidense Walter King, a quien describe como un hombre que calmaba su “sangre celta⁸⁶⁷” y que lo complementaba, siendo jocosamente referido como el Sancho Panza a su

⁸⁶² Ashford hace una levísima aclaración, antes de contar su relato no era representativo de todos los jíbaros. Sin embargo, la aclaración de que dicho caso no es “representativo” importa poco ante los demás ejemplos que refuerzan la imagen de que los jíbaros son ignorantes obedientes. Además, el relato es dicho porque era supuestamente “ilustrativo”. Ver Ashford, *A Soldier*, 74

⁸⁶³ No debemos olvidar que, pese a lo que se quiso destacar en torno a la humildad del médico descubridor, Ashford quería redimir al campesino sureño de los Estados Unidos, y su trabajo con los jíbaros era un medio para dicho fin. Ver Ashford, *A Soldier*, 74, 94.

⁸⁶⁴ Además de estas descripciones, Ashford aclaraba que Stahl era un “hard worker” como era también un “hard talker”. Ver Ashford, *A Soldier*, 54-55.

⁸⁶⁵ Ashford menciona como una vez, cuando un campesino le pidió ayuda a Stahl para que visitara a su “vieja”, Stahl insultó al paciente en los tres lenguajes que conocía (alemán, inglés y español), llegando inclusive a mencionar despectivamente a la propia madre del paciente. Ver Ashford, *A Soldier*, 55.

⁸⁶⁶ Por ejemplo, su colega Gutiérrez Igaravidez era supuestamente un ejemplo perfecto de la conducta caballerisca de la nobleza española. A otro colaborador, Luis Agueverre, lo describe como un individuo pro-estadounidense que gustaba de pelear contra los viejos reaccionarios que añoraban la dominación española (y sus valores). Ver Ashford, *A Soldier*, 52, 55.

⁸⁶⁷ Estos comentarios en torno a sangre y raza aparecen también en otras secciones. Por ejemplo, Ashford mencionaba

Quijote⁸⁶⁸. Estas descripciones y alusiones no son para nada neutrales ni inocentes y reflejan la percepción que el galeno estadounidense tenía en torno a un país que juzgaba no solo como distinto a su país natal sino hostil, retrógrado (casi feudal e inquisitivo) y contrario a los ideales científicos. El galeno propone el modelo del médico científico y especialista como una solución para inmunizar la Medicina y Salud Pública contra la política en Puerto Rico; de esa forma las decisiones tomadas iban a estar amparadas en razonamientos científicos y no prejuicios políticos, supersticiones, chismes u otras lógicas propias del feudalismo y la Inquisición⁸⁶⁹. Ese era el ideal del médico del “futuro” en Puerto Rico (entiéndase con esto, que aún no existía). En muchos sentidos, el médico del futuro en Puerto Rico debía reproducir lo que Ashford había logrado a principios del siglo XX, pero de forma más generalizada⁸⁷⁰.

Aunque Ashford trata de mostrar una faz humilde muy a tono con el ideal del científico descubridor desinteresado, esto contradice las frustraciones, tensiones y omisiones que padeció el galeno en torno al crédito de haber descubierto el parásito de la uncinariasis⁸⁷¹. También contradice

los efectos de la sangre mora en los españoles como una explicación para la supuesta violencia y oratoria florida que tenían los españoles sureños. Ver Ashford, *A Soldier*, 124.

⁸⁶⁸ Ashford, *A Soldier*, 51-52.

⁸⁶⁹ Ashford, *A Soldier*, 86-87

⁸⁷⁰ Dicha inmunización se lograba a través de la idea de una medicina científica que informase la medicina clínica y de esa forma, vaticinaba Ashford, el médico del futuro iba a integrar esa necesidad científica de educar, ilustrar y demostrarle al paciente las causas de su padecimiento. Ashford ve este ideal entre educación y ciencia como algo necesario y “futurístico”; y en ese sentido el galeno se proyecta como un ejemplo de lo que será una tendencia en el futuro (pese a que, no sea tan novedoso este enfoque y haya sido empleado por él y muchos otros, tanto antes como después). Ver Ashford, *A Soldier*, 338, 409.

⁸⁷¹ En la primera publicación de Ashford, en el *New York Journal of Medicine* en el 1900, el galeno omite por completo una descripción del parásito y la relevancia que tuvieron las conferencias de Charles Stiles en su clasificación y descubrimiento. En esa primera publicación, Ashford destacaba en primera persona el descubrimiento, casi como si hubiese sido hipotetizado por él. Sin embargo, en la autobiografía, este primer descubrimiento fue más una sorpresa que una confirmación de una hipótesis. En la autobiografía, Ashford omite y, como observa Rigau, “suprime toda referencia a la controversia que amargó a su carrera científica —la rivalidad con el zoólogo Charles W. Stiles”. Resulta difícil juzgar quién merece el crédito en torno al parásito; no obstante, lo que sí resulta problemático es que Stiles asumiese todo el crédito al punto de eclipsar a Ashford y que Ashford omitiera que su descubrimiento fue producto de las conferencias de Stiles. El crédito de descubrimiento tenía también un objetivo concreto, dado que este reconocimiento podía ayudar a Ashford a recibir inversiones para otros proyectos (por ejemplo, para tratar la anemia en el sur de los Estados Unidos). Aunque inicialmente la RF ignoró parcialmente a Ashford, posteriormente quedaron maravillados por, como lo describe el galeno, la “cura milagrosa” en los jíbaros en Puerto Rico. Ver Ashford, *A Soldier*, 43, 79, 97-97; Ettlring, *The Germ*, 30-32; Rigau, “Bailey K. Ashford”, 53.

el modo que narraba su rol heroico⁸⁷² como el descubridor de la causa de la anemia y de orquestar una curación costo-efectiva⁸⁷³. Además, en su autobiografía encontramos una búsqueda insistente para ser acreditado por los progresos médicos de la Isla, incluyendo la formación de los dispensarios y las Unidades, los cuales consideraba una extensión de los logros de sus campañas de anemia. Dicha organización, según Ashford, marcaba una estructura de servicios médicos que habían logrado librarse de la influencia de la política y era una actualización de lo que había sido hecho en las primeras estaciones de anemia⁸⁷⁴. Sin desestimar que indudablemente Ashford fue una influencia, presumir que fuese un pionero o la razón exclusiva para los cambios estructurales del Departamento de Salud, en particular en la década de los treinta, es muy contrario a lo que hemos visto⁸⁷⁵.

En la narrativa “humilde” y victoriosa en la autobiografía de Ashford hay también lagunas curiosas que cuestionan la eficacia extraordinaria de sus tratamientos, en particular la reducción de mortalidad causada por anemia en Puerto Rico. Para inicios del siglo XX, en Puerto Rico hubo una mayor mortandad por anemia que en otros países, dato que rara vez fue explicado. Resulta muy sugestivo que, en la década de los treinta, Ashford apunta a la sobrepoblación y a las

⁸⁷² Ashford describe ese primer momento en el cual identifica la “cura” como un esfuerzo heroico. Al hablar de las dosis que utilizó inicialmente de timol Ashford se compara con Napoleón y su ambición de hacer todo lo posible. Ver Ashford, *A Soldier*, 44.

⁸⁷³ En su autobiografía, Ashford se presenta como un investigador humilde ante su descubrimiento y resalta que él da sus resultados de forma desinteresada a Charles Wardell. Sin embargo, una y otra vez, lo que le interesaba a Ashford no era el crédito del nombre del parásito (o su taxonomía) sino el haber encontrado la causa de la anemia en Puerto Rico, y con ello su tratamiento: “Oh, I’m quite satisfied with having discovered the cause of the anemia of Porto Rico. I don’t want to pose as a parasitologist”. También destacaba que uno de sus logros más grandes fue lograr descubrir una forma de tratar la anemia exitosa y barata, con un costo de solo 2 dólares por persona. Ver Ashford, *A Soldier*, 47, 96, 120.

⁸⁷⁴ Ashford, *A Soldier*, 87-88.

⁸⁷⁵ Vale recordar que Fernós Isern obtiene la idea de dichas Unidades al ir, con fondos de la RF, a ver lo que se estaba haciendo en Estados Unidos. Igualmente, la idea de hacer uso de dispensarios móviles o estaciones de tratamiento no era una idea enteramente nueva ni exclusiva de la mente de Ashford.

condiciones sanitarias como posible explicación a dicha anomalía⁸⁷⁶. Ashford presenta esto como un dato que era ya evidente desde finales del siglo XIX y explicaba por qué en Puerto Rico morían más personas por anemia que en el sur de los Estados Unidos o inclusive en otras partes del mundo⁸⁷⁷. El simple hecho de que Ashford considere esto una explicación satisfactoria y científica explica mucho, en particular por lo que implicaba: en Puerto Rico existían unas condiciones de ignorancia, insalubridad y densidad que eran superiores a otras partes. Lo que resulta cuestionable de esta explicación es el simple dato de que la densidad poblacional fue aumentando durante las primeras del siglo XX, y las faltas de higiene e ignorancia continuaron siendo denunciadas como obstáculos y problemas que urgían resolverse aún durante la década de los treinta, además de que continuaban las reinfecciones por uncinariasis y otros parásitos, pero sin obtener jamás la mortalidad tan alta de inicios del siglo XX.

Hay muchas razones para sospechar que las cifras de una mortalidad alta por anemia fueron exageradas o mal interpretadas si consideramos todos los problemas que existían en torno al registro y clasificación adecuada de las enfermedades transmisibles. Esto es importante porque cuestiona la eficacia exagerada atribuida a un remedio biomédico (el uso exclusivo del antihelmíntico) como parte de la terapéutica. A su vez, resulta muy sugestivo que Ashford va a modificar sus explicaciones después de terminar su participación en las campañas de anemia y enfocarse en el esprúe tropical. Ashford declaraba que había “descubierto” con el esprúe tropical la importancia de no solo identificar y expulsar el parásito sino tratar el “desbalance nutricional”

⁸⁷⁶ En la autobiografía, Ashford narra su sorpresa sobre el hecho de que tantos murieran de anemia en el País e incluso dice que parecía algo imposible, sin precedente e imposible que tantos murieran de una anemia perniciosa —“It was unthinkable”. Sin embargo, la imagen que brinda Ashford de sus primeras impresiones de las viviendas de los pobres en Puerto Rico resaltaba el problema de la “densidad” poblacional en un medio pobre: “Built of old boxes and scapwood. Roofed with corrugated zinc sheets, or with kerosene tins beaten flat. They harbored ten times their legitimate quota of humanity”. Ver Ashford, *A Soldier*, 36, 42.

⁸⁷⁷ Según Ashford, “the degree of intensity of the disease is based on the density of population plus, of course, the unsanitary habits and ignorance of the victims”. Ver Ashford, *A Soldier*, 76.

(porque el parásito, por sí solo, no causaba la muerte⁸⁷⁸. No obstante, es importante notar cómo Ashford, aún hasta el final, evitó utilizar el significativo “hambre” como posible causa de mortalidad en estos casos. Técnicamente, Ashford tenía razón: las enfermedades parasitarias no se podían curar solamente dando cantidad copiosas de comida, sino que requerían la identificación precisa del parásito, su expulsión y administrar un régimen dietético específico.

Lo que resulta cuestionable de esta explicación es que obviaba que ese mismo enfoque terapéutico se requería para la anemia y otras enfermedades, en particular cuando su enfoque suponía ser preventivo. Por eso llama la atención la aclaración que hace Ashford en su autobiografía en torno al rol de su campaña, describiéndola ahora como un “frente” o “primera línea” (y vale notar el lenguaje militar empleado) que buscaba más tratar que prevenir: *frontline; not sanitary work, nor an attempt to deal directly with the nutritional factor in the problem (...) we were performing the sacred mission with which our great profession charges us: to save life and prevent suffering*⁸⁷⁹. Ashford añade que este “frente”, que es el tratamiento, es el que al menos “rompe la espalda del enemigo”, que en este caso llevó a que el jíbaro estuviese “físicamente apto” (o al menos más que antes). Obviamente, aclaraba el galeno, el tratamiento no puede “exterminar” el enemigo, pero sí es el paso determinante para transformar al “inválido” en un “trabajador saludable”⁸⁸⁰. Ashford continúa aclarando que el tratamiento puede resolver el “problema médico” pero no el “sociológico”, el cual trata los problemas económicos (la falta de salarios mejores) y

⁸⁷⁸ En el caso del esprúe, una vez se lograba identificar el agente microbiológico (*Monila psilosis*), el tratamiento era nutricional; en otras palabras, el régimen consistía en modificaciones en la dieta. También existían medicamentos, pero llama la atención como Ashford resaltaba que el esprúe no era causado solo por la presencia del agente microbiológico, sino que se debía a exceso de grasas, estarcha y azúcares; y posiblemente ausencia de carne. Vale recordar que esta no era la postura de Ashford en torno a la anemia, la cual redujo a la uncinariasis y a que esta era causada exclusivamente por el parásito. Ver Ashford, *A Soldier*, 332.

⁸⁷⁹ Ashford, *A Soldier*, 78.

⁸⁸⁰ Ver Ashford, *A Soldier*, 79.

educativos, entre otros⁸⁸¹. Esta admisión de Ashford, que divide lo médico de lo sociológico, refleja una lucidez parcial que distingue entre una intervención directa y agresiva hacia un “enemigo” concreto y lo que suponía ser una intervención preventiva que buscara mejorar las condiciones sociales que facilitaban la reproducción de enfermedades. También era una admisión tardía y que obviaba discutir realmente los límites del discurso higiénico preventivo que había sido empleado hasta el momento (y que él había promulgado).

La figura de Ashford nos permite ver las contradicciones del discurso médico en Puerto Rico, en donde se promulgaba una imagen idealizada de sacrificio y desinterés, a la vez que se buscaba defender los intereses de clase social y profesionales. Ashford buscó ser reconocido como un colonizador benévolo y redentor, adjudicándose distintos descubrimientos que no lograron alcanzar la altura de sus reclamos. Lo revelador de su narrativa, en particular en su autobiografía, es que nos permite ver una serie de imaginarios, que también promulgaban muchos de los médicos puertorriqueños que hemos mencionado, respecto a la ignorancia de los jíbaros, los efectos de la sobrepoblación y el ideal del especialista apolítico. Esta narrativa buscó presentarse como la más apta para resolver los problemas “médico-sociales”, pese a que a nivel discursivo reforzó, como veremos en las próximas secciones, una representación desfigurada y sesgada de los jíbaros, los obreros, los pobres, las mujeres y los negros.

III. El discurso de sanidad-enfermedad y sus figuras biopolíticas

(...) ¿quedan aún en la entraña de nuestro cuerpo social reservas biológicas de todas las clases para que puedan incorporarse y crear normas de vida orgánicas y psicológicas más altas? ¿Bastarán los planes (no me refiero a uno en particular) económicos, eugenésicos, sanitarios, pedagógicos para lograrlo? ¿Estamos condenados a ser el eterno inválido del mar Caribe? No bastan para curar a un pueblo los proyectos y las panaceas: hacen falta ideales con vitalidad y con porvenir. ¿Dónde está el ideal que galvanice las voluntades y las lance a una acción común

⁸⁸¹ Aclara Ashford, cuando habla de las razones que empeoran la enfermedad, entre las cuales estaba la densidad población, los problemas nutricionales y la falta de ganado (para que hubiese más carne). Ver Ashford, *A Soldier*, 78, 80

y salvadora?⁸⁸²

Vamos a centrarnos ahora en cómo se fue definiendo lo que era saludable y lo que enfermaba durante las décadas de los treinta y cuarenta, para entonces dirigirnos a discutir aquellas figuras que fueron destacadas dentro de los discursos de sanidad y enfermedad en Puerto Rico. La cita con la que abrimos, de Lavandero en el 1935, resulta muy oportuna porque representa bien las tensiones y contradicciones de un discurso médico que consideraba que la prevención iba a no solo regenerar/rehabilitar sino engrandecer y perfeccionar al País. La invocación de Lavandero de un ideal que “galvanice” las voluntades y redima a un país que describe como el “eterno inválido del mar Caribe” no hace otra cosa que resignificar y, a su modo, recordar y “galvanizar” la imagen del país enfermo que hemos visto ya en Zeno Gandía y Valle Atilas para finales del siglo XIX. El País es descrito nihilistamente como un cadáver que está degenerado y cuyas “reservas” están en un estado suficientemente dudoso para cuestionar si es posible “crear normas de vida orgánicas y psicológicas más altas”. No obstante, Lavandero apostaba a que era posible reconstruir y modernizar el País adecuadamente a través del saber higiénico y el liderazgo de los especialistas médicos. Como veremos en las próximas secciones, durante las décadas de los treinta y cuarenta se fue promoviendo un discurso médico de rehabilitación y reconstrucción que suponía propiciar finalmente aquella sanidad y seguridad que era propia de todo país “moderno”, “desarrollado” y “civilizado”.

Se trataba de un discurso de rehabilitación que confluía a su vez con un lenguaje bélico que proponía que la salud era algo que debía dominarse a través del desarrollo de competencias que propiciarán una sanidad óptima, productiva y autónoma. Por esa razón en las próximas secciones vamos a concentrarnos en cómo se fue conformando una concepción de “salud indeterminada”

⁸⁸² Lavandero, “La clase médica”, 162.

que, en apariencia, buscó integrar “lo social” a través de un discurso de rehabilitación y sanidad social. Sin embargo, en la práctica dicho discurso, y sus respectivas conceptualizaciones, promulgaba, por un lado, una psicologización del malestar que invocaba soluciones de carácter individualista (como controlar las emociones, obedecer a los médicos, no tener miedo, etc.) y, por el otro, una serie de medidas eugenésicas y neomaltusianas (la esterilización, la contracepción y la emigración), como si fuesen soluciones “sociales” eficientes y necesarias.

Esta nueva conceptualización de una “salud indeterminada” va a también concentrarse en las figuras del campesino, el trabajador, la mujer y el negro para, selectiva y oportunamente, patologizar y culpabilizar estas figuras de los problemas sociales y económicos del País. Entre las figuras que van a destacarse en este periodo están el trabajador pobre, la madre ignorante, el tuberculoso miedoso y desobediente, y, entre otros, los mulatos y negros “enfermizos”. Para entender cómo estas figuras fueron insertadas dentro del discurso médico, es preciso que primero entendamos cómo ciertas nociones de salud y enfermedad fueron conformando esta concepción de una “salud indeterminada”.

A. Salud indeterminada

En las siguientes secciones vamos a discutir cómo se fue conformando un cierto giro dentro del discurso médico, que retomaba y resignificaba el proyecto de modernización y acentuaba la necesidad de “adaptar” y “civilizar” al País a través de estrategias e intervenciones que buscasen “reconstruir” y “rehabilitar”. Ya no bastaba prevenir las enfermedades, se debía mejorar la calidad de vida y para ello vamos a ver cómo se integra más cierto discurso de “medicina social” que suponía penetrar aún más en los estilos de vida y las necesidades particulares de los individuos y familias en el País. Aquí notamos un giro semántico y conceptual que redefine lo que es saludable y justifica una paulatina psicologización y psicopatologización de los problemas sociales de los

trabajadores, las mujeres, los niños y los negros pobres.

Veremos también como persiste en este periodo un lenguaje bélico, que definía la salud como una “batalla” que debía ser vencida para así adquirir la verdadera sanidad. Lo que encontramos es una noción de “salud indeterminada” que cada vez más buscó psicologizar y responsabilizar a los pacientes de su bienestar, no solo fisiológico, sino moral, social y económico. Nuevamente, hay que notar cómo la insistencia en medidas de control poblacional eclipsaba los demás problemas estructurales, tanto a nivel económico como sanitario, y buscaba identificar a los pobres, las mujeres y los negros como chivos expiatorios de los problemas económicos y sociales del País. Para entender esto mejor, tenemos que retomar cómo estos proyectos sanitarios y económicos de prevención y reconstrucción formaban parte del discurso de modernización y su imaginaria en torno a Puerto Rico como una suerte de “puente” y espacio “experimental”.

1. Lo sano es civilizar/modernizar/evolucionar/perfeccionar

El discurso en torno a “lo moderno” no es muy distinto a lo visto en las décadas anteriores, asociándose al desarrollo de tecnologías industriales y de las ciencias naturales, la expansión de la educación, la formación de nuevas especialidades a nivel profesional y las regulaciones y prácticas en torno a fecundidad y contracepción. Lo interesante de “lo moderno”, en tanto que significativo, es cómo se presenta y representa como novedoso, como ruptura radical con lo anterior, pese a que no pocas veces rearticulaba, reforzaba y hasta selectivamente galvanizaba ideas y tendencias existentes de clase, género y raza. A su vez, la “modernidad” tendía a “naturalizarse” como parte del proceso biológico y darwiniano de evolución, y la evolución seguía siendo ligada a una visión unilateral del Progreso. Durante este periodo, encontramos nuevamente los significantes de evolución y perfeccionamiento como sinónimos entre sí y relacionados con el Progreso y la

Ciencia⁸⁸³. Igualmente, tenemos alusiones a etapas lineales, tipo comteanas, que conceptualizaban como superior lo moderno y científico, y, como inferior y atrasado, lo primitivo y, junto a esto, casi por antonomasia, lo prehistórico, lo supersticioso y lo infantil⁸⁸⁴. Dentro de este registro evolucionista, progresivista y positivista encontramos un discurso que presentaba a la modernidad como una enfermedad y maldición para aquellos no aptos para ella, causando nerviosismo, histerismos e incluso perversiones sexuales.

No es este el espacio para explorar todas las significaciones de la “modernidad” en Puerto Rico, y lo más que nos interesa es ver cómo ciertos juicios, quehaceres y eventos eran calificados por el discurso médico como “modernos” y relacionados a la relación salud-enfermedad. Por lo general, los médicos no problematizaban la “Modernidad” *per se* sino los modos en que los individuos se adaptaban a los “medios” o la falta de voluntad que había para transformar dichos “medios” a tono con los avances tecnológicos, económicos y culturales de otros países considerados “civiles”. Por ejemplo, algunos veían en la Modernidad un divorcio con la naturaleza que distorsionaba los sexos y profanaba virtudes y tradiciones⁸⁸⁵. Este tipo de postura romántica y nostálgica puede verse en Quevedo Báez a principios de la década de los treinta, al representar la modernidad como un avance ansioso, con una “mentalidad loca” que solo se fijaba en lo que será (en la ansia por la conquista futura⁸⁸⁶). A tono con esto, tenemos médicos que asociaban, de forma negativa, la modernidad y la urbanidad con el desarrollo de la homosexualidad⁸⁸⁷ u otras

⁸⁸³ Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 59; Quevedo Báez, “Discurso”, 381-82

⁸⁸⁴ Llama la atención que Malaret remite a un tal Garrison para referirse a unas etapas y estadios históricos que son prácticamente idénticos a los de Comte: La edad suprenatural, la edad metafísica y la edad verdaderamente científica o positiva (*True Scientific or Positive Age*). Obviamente, la época contemporánea era la “verdaderamente científica”. Ver Malaret, “Essays”, 179.

⁸⁸⁵ Ver Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 59.

⁸⁸⁶ Vale notar como Quevedo Báez asociaba la Modernidad (o el “vivir moderno”) con la inquietud, la ansiedad, el nerviosismo, la locura y, simultáneamente con la conquista, el avance y la velocidad. Ver Quevedo Báez, “Discurso”, 381.

⁸⁸⁷ Luis Ortega, “Medicina y el sexo”, *BAMPR* XL, n°6 (1948): 131-43, 141.

“perversiones” que eran producto de este desfase entre el Progreso tecnológico y el psicológico, lo cual llevaba a represiones sexuales o excesos (entre los cuales estaba la “mujer moderna” y los “hombres afeminados”)⁸⁸⁸.

Nuevamente, y muy a tono con lo que vimos en el capítulo anterior, lo moderno es representado como un avance, un reto, una era de conquista, velocidad, desenfreno e inquietud que no era apto para todos. Algunos señalaban, desde inicios de la década de los treinta, que el Progreso no lograba mejorar el problema de la pobreza y, en ese sentido, Puerto Rico estaba aún muy lejos de codearse con los países más civilizados⁸⁸⁹. Como ejemplo se mencionaba como la industrialización aumentó los casos de tuberculosis (contrario a otros países⁸⁹⁰). Durante este periodo se destacaba mucho la asociación entre tuberculosis, Modernidad y Progreso, concebida como un efecto contradictorio pero necesario de la modernización —Costa Mandry dirá, por ejemplo, que era un “triste privilegio”⁸⁹¹—. En ese sentido, la tuberculosis encarnaba los fracasos de la modernidad puertorriqueña y los desarrollos desiguales a nivel económico y tecnológico⁸⁹².

El optimismo modernista que vimos en autores como Valle Atilés, que acentuaban el Progreso y la perfectibilidad como armas contra la degeneración, pervive aún en las décadas de los treinta

⁸⁸⁸ Ortega aludía a los problemas con la “supercivilización” (que era otro modo para hablar de Modernidad) y sus contradicciones; entre ellos que el refinamiento tecnológico de aparatos iba acompañado del uso de medios torpes y vulgares para la satisfacción de los instintos (o para su represión). En un tono similar, y que ya más adelante retomaremos, Ordóñez lamentaba como se estaba conformando una “gineocracia” asociadas a las “mujeres modernas” que actuaban en contra de su biología y se comportaban de forma masculina. Asimismo, los hombres parecían debilitarse y por lo tanto “afeminarse”. Ver Ortega, “Medicina y”, 131; Ordóñez, *Influencia*, 24-26

⁸⁸⁹ Por ejemplo, Rodríguez Pastor señalaba que “el progreso no ha podido mejorar las condiciones de pobreza y hacinamiento de nuestras clases pobres” sino al contrario “esta miseria y este hacinamiento han empeorado”. Ver Rodríguez Pastor, “Lo que”, 266, 271.

⁸⁹⁰ Rodríguez Pastor, “Lo que”, 270; Lavandero, “La clase médica”, 156-57, 160.

⁸⁹¹ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 230; un comentario similar, pero sobre la sífilis (además de la tuberculosis) en Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 59, 61.

⁸⁹² Aún en el 1947, cuando la mortalidad de tuberculosis había disminuido considerablemente (cuando lo comparamos con los inicios de la década de los treinta), Pila lamentaba lo que reflejaban estas estadísticas al compararlas con otros países: “debemos reflexionar sobre [sic] la posición incómoda en que Puerto Rico debe sentirse al tomar asiento en las conferencias internacionales de salud. La responsabilidad última de todas las situaciones de un país, recae en su gobierno”. Ver Pila, “Lo que dicen”, 381.

y cuarenta a través del discurso de reconstrucción y el acento en los controles de natalidad y sobrepoblación. El nihilismo eugenista, que abogaba por medidas de esterilización ante los determinismos hereditarios de la biología y la “pobreza” de los medios, pervive también en esta época a través de la educación contraceptiva que insistía en el uso de medidas más extremas como la esterilización o el uso de químicos y píldoras más rápidas y fáciles de usar. Si los eugenistas hablaban de lo hereditario como lo incurable, los médicos de sesgo neomaltusiano van a enfatizar los efectos inevitables de “medios” deprimentes que no prometían cambiar con la suficiente rapidez⁸⁹³. Lo que para el eugenista era la fuerza irreversible y determinista de la herencia biológica, era ahora sustituido parcialmente por la fuerza deprimente e igualmente determinista de las deudas y carencias económicas que afectaban al “medio” y las conductas de los individuos.

Lo curioso es que el enfoque en la rehabilitación social suponía lo contrario: la posibilidad de asistir en ese proceso de “perfectibilidad” y “adaptación” de los cuerpos enfermos para así “compensar” los déficits del organismo y el medio. He ahí que veamos esa tensión entre un discurso que, en teoría, apostaba a una recuperación social en oposición a un discurso que suponía que dicha recuperación no era posible si no se empleaban medidas más extremas. A finales de la década de los cuarenta vemos cómo, en pro de un mayor énfasis en la recuperación y rehabilitación social⁸⁹⁴, se discutía el rol del médico, del trabajador médico-social y la familia para manejar tanto los efectos del diagnóstico como el pronóstico del paciente. Esta descripción de los roles resume bien los ideales que suponía promover este discurso y nos permite ver cómo tales roles nuevos resignificaban los ya discutidos ideales de educación higiénica, pero con un giro “psicológico”.

⁸⁹³ Por ejemplo, Lavandero advertía “mal puede uno ensayar gestos viriles y heroicos si sus reservas biológicas ha de sacarlas de un medio ambiente agotado o poco favorable”. Ver Lavandero, “La clase médica”, 158.

⁸⁹⁴ En una editorial de principios de la década cuarenta se recalca cómo, más que “regeneración”, había un “batallar constante en pro de la reconstrucción”. Este acento en la “reconstrucción”, como distinto a la “regeneración”, es un ejemplo, entre otros, sobre cómo el discurso preventivo se estaba centrando en el significativo “reconstrucción”. Ver “Notas editoriales: Luis M. Morales y García”, *BAMPR XXXVIII*, n°1 (1946): 39.

Parte del rol de la rehabilitación tenía que ver con educar al paciente y a la familia en pro de hacerles cambiar su “actitud”, e ilustrarles sobre la enfermedad para que así el paciente recuperase su sentido de “autoeficacia” o simplemente volviese a ser útil y feliz⁸⁹⁵.

Hay varias figuras que se destacan como “problemáticas” dentro de este discurso de rehabilitación social, desde la madre ignorante y negligente al mendigo que era un obrero no diestro y vago. Una de las figuras más pertinentes fue el tuberculoso y se consideraba que la “recuperación social” debía incluir factores psicológicos o emocionales para así manejar las incertidumbres, vueltas en ansiedades, nerviosismo y miedo, que interrumpían la eficacia del tratamiento médico de la tuberculosis⁸⁹⁶. Para finales de la década de los cuarenta, la rehabilitación “moderna” suponía asistir al sujeto para restaurarlo al trabajo y convertirlo en alguien útil en términos físicos, mentales y laborales⁸⁹⁷. Esto requería identificar a aquellos tuberculosos más débiles que necesitaban rehabilitación como eran el “tímido, o el pusilánime, a quien ni si quiera se le ocurre esta alternativa”, en oposición con “el individuo activo, emprendedor”. En un tono

⁸⁹⁵ En esencia, este enfoque era muy útil y reflejaba una mejoría de las intervenciones anteriores. Sin embargo, notemos como ahora la “educación” se centra en modificar las actitudes y mejorar la “autoeficacia”. El escenario se parece un poco al que ya hemos discutido en torno a la educación higiénica a los tisiófobos y sus familiares. Son también objetivos muy similares a los que hemos discutido en el capítulo anterior (desde Ashford), pero ahora rearticulados como servicios sociales y psicológicos. Por ejemplo, para mediados de la década de los cuarenta, un informe cuenta el caso de una joven de 21 años que tenía una “lesión en el sistema nervioso” que le había provocado parálisis en ambas piernas. La familia no creía que esto fuese cierto y, en ese sentido, tenían una “actitud” que era “negativa” porque creían “que ella podía caminar y que todo era una simulación”. Para ello los trabajadores sociales tuvieron que entrevistar a la familiar e “interpretar” el diagnóstico, además de dirigir a la paciente a la Agencia de Rehabilitación Vocacional y a recibir tratamiento a través del Comité Auxiliar de Damas del Hospital (que la ayudaban con las inyecciones prescritas por el médico). En ese sentido, el cambio de “actitud” de la familia y el ingreso de la paciente en un programa que le ayudase a conseguir trabajo habían logrado que la paciente hubiese “recuperado casi totalmente su sentido de auto-suficiencia” y, al sentirse aceptada por su familia, había “vuelto a adquirir una actitud deseable ante la vida”. Ver Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 447-48.

⁸⁹⁶ Un ejemplo de este tipo de enfoque es el texto de Clotilde Jiménez, “El problema”, 14.

⁸⁹⁷ Según señalaba el tisiólogo J.J. Lara García, una rehabilitación que llevaba a la “restauración del individuo a la más completa utilidad posible en lo físico, lo mental, lo social, lo profesional y lo económico”. No hay mucha información en torno a J.J. Lara García, pero infiriendo por sus publicaciones en el BAMPR y otras revistas médicas que su especialidad era la tuberculosis. Ver, por ejemplo https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=DE+LARA+GARCIA+JJ&cauthor_id=14944613. J.J. de Lara García, “Un programa para la rehabilitación del tuberculoso en Puerto Rico”, *BAMPR* XXXIX, n° 7 (1947): 254-59, 254.

similar, una trabajadora social señalaba que la rehabilitación buscaba hacer útil al tuberculoso y con ello hacerlo sentir feliz, en particular cuando retornaban a sus casas⁸⁹⁸.

La rehabilitación social era útil porque pretendía “garantizar” o “asegurar” las inversiones hechas en las camas y servicios terapéuticos⁸⁹⁹. En este sentido, la rehabilitación social necesitaba “modernizar” las condiciones de vida del paciente, de lo contrario el tratamiento hospitalario y quirúrgico era un desperdicio de tiempo y dinero. Una vez más, el ideal de rehabilitación tendió a resaltar más el rol de la educación como herramienta de modernización⁹⁰⁰. Aquí encontramos también la invocación de argumentos en torno al voluntarismo del paciente, rearticulados ahora desde el registro “médico-social” que selectivamente utilizaba términos del trabajo social, la psiquiatría y la psicología para corregir aquellas conductas irracionales, inútiles e insalubres. Pese a la admisión en torno a la inutilidad relativa de las terapias, si no iban acompañadas de mejores recursos y asistencias, los especialistas les decían a colegas que el éxito de la terapia dependía de la actitud, compromiso y conducta del paciente⁹⁰¹.

Vale preguntarse si esta insistencia en la responsabilidad individual estaba vinculada al lenguaje bélico que se empleaba en estos contextos, como si los “medios” y la enfermedad fueran guerras inevitables en donde los pacientes no tenían otra opción que defenderse. Por esa razón, es pertinente que elaboremos un poco más cómo el lenguaje y retórica bélica utilizada por los médicos

⁸⁹⁸ Jiménez, “El problema”, 15.

⁸⁹⁹ Ver Simonet, “Editorial”, 257; Lara García, “Un programa”, 254.

⁹⁰⁰ Incluso tenemos el caso de un médico, Lara García, que llegó al punto de trazar una analogía que demostraba cómo rehabilitar al tuberculoso era similar a cómo fue latinizada y modernizada la Turquía de Atatürk. Según el galeno, la campaña de “desanalfabetización” y creación de escuelas de Atatürk era algo digno a imitar a través de la rehabilitación de los tuberculosos. Ver Lara García, “Un programa”, 254.

⁹⁰¹ Por ejemplo, Rodríguez Pastor proponía que el principio del tratamiento estaba en manos del paciente, en su compromiso por “luchar con tesón hasta conseguir una curación tan completa como es posible”, y no era esta ocasión para “cogernos pena” porque nuestra “suerte depende del valor con que afrontemos la situación”. En esta “lucha formidable” se tenía a la “Naturaleza” como un aliado, y en esta “batalla larga, tal vez de varios años” había muchas “probabilidades de éxito” si nos “conducimos bien”; y ahí el especialista nos recordaba que se trataba de una “enfermedad curable”. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 8.

durante este periodo se vinculó nuevamente a los discursos sanitarios de prevención y se rearticuló a partir del énfasis emergente en la “recuperación social”.

2. Prevenir, recuperar y rehabilitar: la salud como reconstrucción y como “batalla”

Durante la década de los cuarenta, vamos a encontrar que la OMS y las autoridades de Salud Pública van a resaltar que existía en esos momentos una conceptualización novedosa de la salud como un derecho y un estado de bienestar que iba más allá de la ausencia de una enfermedad⁹⁰². Sin embargo, dicha conceptualización, como ya hemos visto, no es del todo novedosa. La asociación entre un estado de bienestar o inclusive de “perfeccionamiento” más allá de la ausencia de una enfermedad, era uno de los ideales del discurso preventivo y eugenésico de principios del siglo XX. Lo que sí es distintivo de la década de los cuarenta, particularmente en el periodo de posguerra, es cómo se enfatiza la relación entre salud, bienestar y seguridad como parte de una perspectiva preventiva que integraba criterios psicológicos, además de fisiológicos. Lo particular de esta asociación es cómo confluía con un discurso bélico, biologicista y economicista que suponía prevenir que se repitiesen los efectos nefastos de las Guerras Mundiales y la Gran Depresión. Las retóricas en torno a la “lucha por la existencia”, la “competencia económica” y la “guerra” confluyen, y de esa forma tenemos un lenguaje biologicista que se inmiscuye con el económico, y viceversa. A la misma vez, estos discursos de lucha y guerra coinciden con los discursos de paz y rehabilitación de la segunda mitad de la década de los cuarenta, los cuales parecen converger dentro de un discurso de prevención y seguridad que no tiene fondo ni delimitaciones claras. En otras palabras, notamos cómo se va articulando una noción de salud

⁹⁰² La definición se propone desde el 1946 y se oficializa en el 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición no ha sido modificada desde ese año. Organización Mundial de la Salud, “Preguntas más frecuentes”, accesado en <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.

indeterminada que integra toda una serie de imágenes contradictorias que se justificaban en pro de prevenir y rehabilitar aquello que enferma, irrita o afecta a un estado de bienestar completo.

Similar a lo visto en capítulos anteriores, se argüía que la prevención era, además de más “moderna”, más económica y cónsono con los ideales ilustrados de utilizar la educación para modificar el ambiente, higienizar y cultivar valores⁹⁰³. Nuevamente, se destacaba que la “medicina moderna” se amparaba en la prevención⁹⁰⁴ y no la curación⁹⁰⁵ (contrario a lo expuesto en la analogía del *frontline* de Ashford), pero se recalca que lo preventivo no podía dejar a un lado la importancia de invertir en expandir los servicios terapéuticos a las “clases desheredadas”, porque estas eran las clases que propagaban las enfermedades⁹⁰⁶. Vale notar que la preocupación era ante el peligro de propagación por parte de las clases “desheredadas”. No debemos olvidar que las campañas de malaria, anemia, contracepción, y en menor medida las de tuberculosis, fueron llevadas a cabo en y para mejorar los espacios de producción (azucarera, cafetera y tabacalera). En otras palabras, las intervenciones preventivas buscaban evitar que las clases pobres se tornasen en focos de infección y en un obstáculo en la productividad económica del País.

Lo preventivo era enmarcado como si fuese curativo, y aún más cuando se incluía la rehabilitación como parte de los tratamientos que buscaban evitar recaídas, reinfecciones, etc. Por ende, no es que tengamos un cambio que va del discurso preventivo al rehabilitativo y curativo, sino que tenemos una expansión y rearticulación del discurso preventivo. Algo similar sucede con el uso del lenguaje bélico dentro del discurso preventivo. En este periodo vemos cómo confluyó

⁹⁰³ Por ejemplo, se reitera la necesidad de prevenir, invocando el adagio, como hizo Costa Mandry, de que “una onza de prevención vale más que un quintal de tratamiento”; y con ello se invocaban nuevamente el rol de la educación en cooperar con las autoridades para lograr el “bienestar”, particularmente en pro de la “defensa nacional”. A su vez, se recalca también que la prevención era también más barata. Ver Costa Mandry, “La defensa nacional”, 69; Costa Mandry, “Public Health”, 263.

⁹⁰⁴ Pila, “La Institución”, 265.

⁹⁰⁵ Costa Mandry, “La malaria”, 359.

⁹⁰⁶ Ver, por ejemplo, a Morales Otero y Pérez, “Labor sanitaria”, 70.

un lenguaje bélico con otro que buscaba establecer armonía, paz, tranquilidad y recuperación, y esto implicaba “armonizar” las actividades de prevención con las de reconstrucción, y el “ataque” preventivo con el *frontline* que trataba la enfermedad inmediata. La retórica bélica imaginaba la relación entre paciente, Estado y enfermedad como una “batalla” que requería planificación, tácticas, tecnologías e inversiones para exterminar al enemigo. El discurso médico de rehabilitación y recuperación social identificaba una serie de situaciones como problemas “médico-sociales”, “plagas sociales”, “venenos sociales” o simplemente “problemas morales”, que podían ser finalmente “batallados”, “dominados”, “exterminados” y curados a través de la Ciencia, desde la tuberculosis⁹⁰⁷ y la sífilis⁹⁰⁸ hasta la mendicidad⁹⁰⁹.

Lo interesante es notar cómo se articula un discurso del enemigo que no era ya “externo” ni simplemente “invisible” sino “interno”. El acento en lo “interno” no es novedoso (basta pensar cómo en las primeras décadas del siglo XX los discursos eugenistas recalcan los atavismos y vicios hereditarios), pero esta vez sí fue distintivo y relativamente novel apuntar a lo psicológico e integrarlo a los problemas médico-sociales que se debían evitar. Vale notar cómo, durante los “tiempos de guerra”, hubo ciertos énfasis en ciertos temas, ya presentes antes pero ahora configurados dentro del discurso de “defensa nacional”: los “problemas sociales”, en particular la sífilis, y la ansiedad o los miedos como “amenazas” psicológicas. Durante los periodos de guerra se repite que los ciudadanos saludables son el fundamento de una “nación fuerte”, capaz de resistir física y psicológicamente ataques, de cooperar voluntariamente y sacrificarse⁹¹⁰. Sin embargo, es

⁹⁰⁷ Esteban García Cabrera, “Editorial”, *BAMPR* XXIII, n°186 (1931): 71-73.

⁹⁰⁸ Quintero, “Medico-Social”, 324.

⁹⁰⁹ Nuevamente, la mendicidad era definida un “mal social” que según una trabajadora social y directora del Negociado de Asistencia Pública (que era parte de la División de Bienestar Público) debía ser “erradicado”, era algo que debíamos estar “dispuestos al combate”, era una especie de “batalla”. Ver Celia N. de Bunker, “El problema de la mendicidad”, *RSS* V, n°4 (1944): 12-17, 12-14, 16.

⁹¹⁰ Ver, por ejemplo, a Garrido Morales, “Developing a”, 62; “Editoriales: El servicio militar y nuestro delegado de la

pertinente destacar que la presencia del lenguaje bélico dentro del lenguaje médico no es algo excepcional; y por esa razón fuese más preciso decir que ambos lenguajes están íntimamente vinculados entre sí. Por eso notamos, sea o no en tiempos de guerra, que el significante “atacar” es utilizado para referirse a las estrategias de Salud Pública ante los “males”⁹¹¹ del País. Estas estrategias eran consideradas “políticas defensivas”, que requerían de “soldados” y “cazadores” heroicos (a su modo otros *soldiers in medicine*) dispuestos a ganar⁹¹². Como era también propio del contexto militar, se requería no solo reclutar cuerpos para batallar sino invertir capital para ganar la batalla⁹¹³.

Durante estas décadas, este lenguaje bélico fue empleado cuando se discutían las estrategias necesarias contra las epidemias y enfermedades endémicas del País, en particular la malaria y la tuberculosis. Por ejemplo, se aludía al control de la malaria como una táctica de “erradicación” similar a la guerra, en gran parte porque se daba en contra de un “organismo vivo”⁹¹⁴ y requería tácticas de decodificación y contención⁹¹⁵, además de inversión de capital, para eliminarlo (y con ello recobrar las pérdidas de productibilidad debido a trabajadores enfermos)⁹¹⁶. El tono no es muy distinto cuando se trata de las campañas de tuberculosis, resaltando la importancia de invertir para

A.M.A.”, *BAMPR* XXXII, n°6 (1940): 214-15; Manuel de la Pila, “Un oportuno y patriótico llamamiento”, *BAMPR* XXXIV, n°4 (1942): 147-48, 147.

⁹¹¹ Esta retórica recorre todo el periodo. Por ejemplo, podemos verla en Garrido Morales en el 1934 y posteriormente con Pons en el 1947, en donde el nuevo Secretario de Salud Pública discute cómo “atacar” el problema de esos “enemigos” que atentaban contra la salud. Ver Garrido Morales, “Major health”, 5; Pons, “Discurso”, 249.

⁹¹² Por ejemplo, Quevedo Báez declaraba que las medidas sanitarias eran parte de una “política defensiva de todo pueblo civilizado”. Pila de la **Iglesias** señalaba que se necesitaban “soldados” y “guerreros” como los que descubrieron el microbio —esos “tenaces cazadores del microbio, sagaces despistadores de la enfermedad”—. Pila también agregaba que, si bien hubo “grandes las victorias de las guerras, no fueron menos heroicas y gloriosas” las “victorias de la salud”. Ver Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 58; Pila, “Lo que dicen”, 379.

⁹¹³ Por ejemplo, vemos médicos que señalaban que, de la misma forma que se buscaba emplear todo el dinero necesario para derrotar un enemigo, se debía hacer lo mismo con la enfermedad, ese “enemigo despiadado” (“*ruthless enemy*”). Ver Costa Mandry, “Public Health”, 264.

⁹¹⁴ Ver Martínez Rivera, Dean y Arbona, “Outline”, 370; Henderson, “Antimalaria measures”, 438.

⁹¹⁵ Henderson, “On the possibility”, 94.

⁹¹⁶ Henderson, “On the possibility”, 89.

ganar “la batalla”⁹¹⁷ y refiriéndose a la tuberculosis como un “asesino”, un “flagelo” y un “terrible enemigo” que, entre otras cosas, afectaba la “lucha por la vida”⁹¹⁸. Asimismo, notamos, particularmente durante la década de los cuarenta, un discurso que consideró la identificación y el tratamiento de las enfermedades venéreas, particularmente la sífilis y la gonorrea, como parte de la “defensa nacional”⁹¹⁹. Estos discursos bélicos de defensa nacional no solo coincidían con los discursos salubristas de prevención sino también con las nuevas definiciones de salud de la década de los cuarenta que enfatizaban la rehabilitación. La rehabilitación era también, desde este registro, una “batalla”. Más que un discurso de defensa tenemos en realidad un discurso de seguridad en donde prevención, rehabilitación y recuperación coincidían dentro de una definición más amplia y casi inextensa de lo que era saludable. Igualmente, lo saludable se resignifica a partir de una noción de “normatividad”, que a su vez normalizaba ciertas exigencias sociales, como si tales fueran reflejo de mecanismos fisiológicos y psicológicos que apuntaban a una adaptación correcta y por ende, sana, segura y saludable.

Este tipo de racionalización puede verse en una conferencia de Pons en el 1947, la cual asociaba lo saludable a una “armonía”, a una “normatividad” que reflejaba “mecanismos de adaptación” que operaban como un “sistema de defensa” y seguridad ante múltiples enemigos⁹²⁰. El cuerpo es definido por Pons como una “máquina” y lo “vivo” era esa sensibilidad y “reactividad” ante los “enemigos”, la cual iba más allá de las “defensas naturales” porque requería de una conducta consciente y voluntaria dispuesta a luchar para poseer ese “balance” que

⁹¹⁷ Pila, “Lo que dicen”, 379.

⁹¹⁸ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 241.

⁹¹⁹ Dichos discursos se centraban en proteger a los hombres, en particular los reclutados para ser soldados, porque dicha enfermedad podía afectar sus destrezas como soldados (un argumento muy similar al que se usaba en torno al efecto de la anemia, la malaria y la tuberculosis en la productividad laboral). Ver Oscar Costa Mandry, “La defensa nacional y las enfermedades venéreas”, *BAMPR XXXIII*, n°2 (1941): 68-70, 68; Jean B. Pinney, “The Puerto Rican Social Hygiene Conference”, *RSS V*, n°2 (1944): 5-10, 5.

⁹²⁰ Pons, “Discurso”, 247.

significaba “salud” y “normatividad”. En esta narrativa, los límites en torno a lo saludable eran cada vez más ambiguos, cuando las emociones y la consciencia eran casi naturalizados también como parte de los sistemas de defensa. Era saludable luchar, competir, compensar, defenderse y concientizarse contra el enemigo; lo cual significaba que ser saludable no significaba simplemente no estar enfermo sino tomar todas estas medidas para sostener la salud. El giro es sutil pero importante porque asimismo la enfermedad y el enemigo podían ser igualmente indeterminados.

En esencia, ninguna de estas ideas es nueva y vemos cómo se entremezclan nociones organicistas, fisicalistas y vitalistas sin temor a la menor contradicción epistemológica. En ese sentido, no hay nada novedoso en esta conceptualización, sino en lo que buscaba fomentarse a través de estas analogías. Desde esta perspectiva la salud, no era solo una posesión sino un derecho, un producto del esfuerzo propio, algo que se gozaba y vinculaba al bienestar, y que, por lo tanto, era supuestamente propio de del modo de vivir democrático. Y, por consiguiente, no bastaba ya con vivir sino se debía vivir en salud⁹²¹. A nivel superficial, este tipo de visión parece muy sensible y beneficiosa, si ignoramos cómo lo saludable estaba siendo definido a partir de una concepción muy sesgada de “lo normativo” y “lo sano”. Para entender mejor lo que esto implicaba, tenemos que ver cómo los conceptos de sanidad y salud fueron distinguidos durante este periodo; y para ello tenemos que discutir cómo fue que se intercambió el significante de “sanidad” con el de “Salud Pública”.

⁹²¹ Proclama Pons: “En términos generales, cuando las compensaciones y defensas naturales del organismo son suficientes para contrarrestar los ataques sin violencias, hay salud; en el caso contrario sobreviene la enfermedad. Pero contra muchos enemigos no bastan las reacciones espontáneas del cuerpo; y el hombre ha de defender su salud mediante el propio esfuerzo consciente. Las doctrinas democráticas han reconocido siempre al individuo derecho inalienable a la vida; le reconocen ahora también derecho inalienable a gozar de salud. ¡No ha de ser meramente vivir, sino vivir en salud!”. Ver Pons, “Discurso”, 247.

3. Desarrollar una “consciencia sanitaria”: sano, saludable y seguro

En la década de los treinta tenemos una discusión en torno al nombre de “Sanidad” y por qué tal debería ser sustituido por “Salud Pública”. La discusión y justificación para dicho cambio terminológico pudiese parecer una mera formalidad o un tecnicismo de poca relevancia, sin embargo, reflejaba cómo el concepto de salud se fue convirtiendo en un significativo preñado de significados múltiples y suficientemente amplios para ir más allá de los confines iniciales del concepto de “higiene” y su asociación con “sanidad”⁹²². En el 1932 Fernós Isern, entonces Comisionado de Sanidad, ofrece una conferencia en torno al concepto “moderno” de “Salud Pública” y argumenta a favor de un cambio en terminología (sustituir “Sanidad” por “Salud Pública”⁹²³) en pro de corregir un malentendido en términos de traducción entre sanidad y *sanitation*. Fernós Isern van a insistir que el término “sanidad”, asociado al “saneamiento” y al “estar sano”, supone cubrir una mayor cantidad de actividades que lo designado en inglés por *sanitation* (que usualmente designa actividades de ornato, recogido de basura, aseo y limpieza)⁹²⁴. Resulta cuestionable si las limitaciones que tuvo el sistema sanitario se debieron a un simple problema de traducción o confusión conceptual. En ese sentido, la discusión que ofrece Fernós Isern lo que buscaba era rectificar las fallas evidentes del sistema sanitario y proponer una

⁹²² Vale notar que estas aclaraciones, hechas en la década de los treinta, son también relevantes porque prefiguran a las discusiones y supuesta definición novedosa, propuesta para la década de los cuarenta (con la definición de salud propuesta por la OMS en el 1946), en torno a una visión más amplia y social de la salud.

⁹²³ Vale recordar que no será hasta mediados de la década de los cuarenta que no se va a cambiar oficialmente la terminología a nivel gubernamental (de Comisionado de Sanidad a Secretario de Salud y de Departamento de Sanidad a Departamento de Salud). Ver Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 298.

⁹²⁴ Fernós Isern apunta que históricamente hubiese sido más oportuno utilizar el término “servicios de saneamiento” en vez que “servicios de sanidad”, lo cual llevó a que en las primeras décadas del siglo XX se redujesen los servicios de sanidad a asuntos superficiales de orden y limpieza. Según el galeno, el concepto de “sanidad” suponía ser un concepto más amplio que evocaba una imagen de posesión y goce de salud. Por esa razón, y para evitar su confusión con *sanitation*, era mejor hablar de “Salud Pública” que de “sanidad”. Fernós Isern señalaba que la “SANIDAD” “significa condición de lo sano, estado del que disfruta de cabal salud” y esto era distinto al termino inglés “*Sanitation*”, el cual se usó en el 1911 para traducir “Sanidad”. Este problema de traducción supuestamente llevó a la confusión de considerar que sanidad se reduce a la “limpieza y saneamiento de nuestro ambiente, olvidándonos de que sanidad es término mucho más comprensivo que abarca todo cuanto tiende a mantener y fomentar la salud humana en el ambiente y en la salud”. Ver Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 298.

ampliación y mejoría de los servicios y programas⁹²⁵.

Basta ver cómo Fernós Isern define la “Salud Pública”, a nivel general, como el “estado de sanidad del cuerpo y de la mente del conglomerado social”. Esta definición resaltaba la necesidad de conocer el conjunto y situación física/biológica y mental/social del país. En términos más específicos, aclaraba Fernós Isern, la Salud Pública denotaba las “funciones públicas encaminadas a establecer y garantizar y conservar aquel estado de sanidad, aquella condición de sano, en que debe desenvolverse la vida de cada uno de los individuos de que se compone una sociedad cualquiera”⁹²⁶. Con estas definiciones vemos un mayor énfasis en posibilitar y preservar cierto estado de seguridad física y mental, más allá de las funciones básicas de higiene; y este énfasis coincidía con la ampliación y mejoría de los servicios médicos (vía las Unidades) para atender los problemas médico-sociales. Lo pertinente es ver cómo lo saludable se resignifica aquí, no ya a partir de la ausencia de enfermedad, sino con la posesión de un “estado” de estar/ser sano para así “desenvolverse”.

La distinción “moderna” trazada por Fernós Isern lo que buscaba era rescatar el supuesto

⁹²⁵ Es muy sugestivo que dicho cambio se haga cerca del periodo en que se hace también la corrección de *Porto Rico* por Puerto Rico. La rectificación por Fernós Isern marca una instancia en la cual un médico puertorriqueño con autoridad gubernamental buscó aclarar y rectificar algo realizado por las autoridades sanitarias estadounidense. Cuando tomamos en consideración el aludido problema conceptual o terminológico, vale notar que, en los textos gubernamentales escritos en inglés, al Departamento de Sanidad se le refería como *Department of Health* (asimismo se le referían al *Commissioner of Health*, *Insular Board of Health*, a la *Public Health* desde inicios del siglo XX). En ese sentido, la traducción al inglés a *health* reflejaba una amplitud mayor que *sanitation*. El empleo del término *Health* era similar al de sanidad en español y, tanto autoridades estadounidenses como puertorriqueñas, parecían entender bien estas distinciones (no he encontrado a oficiales estadounidenses que asumieran que *health* se redujera a *sanitation*). Es muy probable que el uso del término “sanidad” fuera utilizado, por parte de los puertorriqueños, en vez que “salud” porque esa fue también la costumbre en el siglo XIX bajo las autoridades españolas. Por eso es que la aclaración hecha por Fernós Isern resulta cuestionable y por eso lo llamativo es notar cómo el galeno quiere marcar un cambio y transición en el 1932 (año que pasa San Ciprián, que sucede lo de Rhoads y poco antes del *New Deal* y PRERA) que refleje un ajuste más criollo y nacional y un distanciamiento relativo respecto a los problemas y errores de la administración pasada. Ver por ejemplo: William H. Hunt, *Fourth Annual Report of the Governor of Porto Rico. From July 1, 1903 to June 30, 1904* (Washington: Government Printing Office, 1904), 27, 51, 107-108; William Lippit, *Report of the Comissioner of Health of Porto Rico. 1921-1922* (Washington: Government Printing Office, 1923), 22-23.

⁹²⁶ Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 297.

sentido verdadero de “lo sano” y con ello concientizar sobre los cambios necesarios que se necesitaban a nivel de salud/sanidad pública. Con estas aclaraciones, Fernós Isern quería distinguir entre una sanidad moderna, científica y nueva en oposición a una anterior/pasada, vulgar, superficial y que debía ser superada. Existía, según Fernós Isern, una “sanidad científica” y otra que era aparente o “estética” y que se “preocupa por las apariencias, de lo que es ofensivo y de lo que es grato a los sentidos”. Esta concepción no científica de la sanidad, que es también una “sanidad muy popular”, considera sanitario lo visiblemente agradable⁹²⁷, en oposición a la sanidad científica, la cual se iba más allá de las apariencias y se preocupaba “por crear alrededor nuestro un mundo seguro para nuestra vida y nuestra salud”⁹²⁸. Notemos como, de forma indirecta, Fernós Isern también asocia lo hecho por las autoridades sanitarias en Puerto Rico durante las primeras décadas del siglo XX, como una sanidad no científica (o sea, una sanidad “sanitaria”).

Cuando Fernós Isern problematiza la superficialidad de la “sanidad popular”, también estaba reforzando la necesidad y legitimidad de los saberes científicos y especializados que no solo buscaban aliviar lo que es inmediato, sino que buscaban una intervención precoz y precisa. Dicha intervención médico-sanitaria al ser preventiva no solo buscaba aliviar los dolores sino “extirpar” el mal antes que se desarrollase⁹²⁹. Cónsono con este saber especializado y científico estaba el ideal de un sistema organizado “racionalmente”, a nivel local y autónomo. El galeno señalaba que una población debidamente gobernada y organizada a nivel local practicaba debidamente una

⁹²⁷ Según Fernós Isern, la sanidad aparente y no científica se enfocaba en la suciedad aparente, en cosas que daban asco o parecían desagradables y obviaba que los peligros de infección y contagio no son siempre visibles. Ver Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 303.

⁹²⁸ De acuerdo con Fernós Isern, la “sanidad científica” era “fundamental”, en gran parte porque se preocupa por la seguridad de nuestra salud mientras que la otra, pese a su popularidad, era en realidad “suplementaria” y superficial. Ver Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 302.

⁹²⁹ Fernós Isern alude aquí nuevamente a la analogía del cirujano y esto implicaba también identificar con tiempo para así intervenir, reeducar, rehabilitar, y con ello transformar los modos de adaptabilidad y los hábitos (lo cual incluía conocimiento derivados de la psicología y la psiquiatría). Ver Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 300.

sanidad científica, y esto se lograba a través de las Unidades y los hospitales especializados (como los de tuberculosis) que operaban en los distritos y no eran dependientes de la “centralización” — labor “no ya de un centro burocrático, sino la de todos (...)”⁹³⁰—. Así, Fernós Isern justificaba la expansión del sistema de las Unidades como la opción más científica y autónoma para gobernar y organizar la Sanidad del país.

Esta asociación entre gobernabilidad, racionalidad y salud no es novedosa, pero sí resulta llamativo como cada vez más se va a vincular la salud, con ciertos valores y criterios no médicos como la libertad, el bienestar, la prosperidad y la felicidad⁹³¹. Asegurar la sanidad era también garantizar el progreso económico y democrático del país, y para ello se requería de medidas preventivas que regulasen los “medios” de existencia. En otras palabras, ya para principios de la década de los treinta se tenía claro que una Salud Pública “moderna” debía asegurar un estado de sanidad en todos los ciudadanos, y esto iba desde el estado corpóreo hasta el psicológico y social. Pese a que esto parezca muy sensato, las implicaciones a nivel discursivo eran un poco más desconcertantes. Entre tales implicaciones tenemos que la salud estaba íntimamente ligada no solo a la actividad de la “maquina” corpórea humana sino a la producción económica de los países, el desarrollo de guerras y los avances tecnológicos y científicos. Consecuente con esto, pueblos insalubres eran insanos al ser inseguros, inestables e incapaces de competir y adaptarse a los cambios modernos y mundiales. Los países catalogados como “subdesarrollados” eran considerados enfermizos e inseguros porque no lograban asegurar su competencia y progreso.

⁹³⁰ Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 304-05.

⁹³¹ Ya en este periodo de principios de la década de los treinta “Salud Pública” (o “Sanidad”) no se limitaba solo a los servicios médicos e higiénicos para evitar enfermedades, y tenían como fundamento la felicidad y la prosperidad de un pueblo. Para esta aclaración y definición, Fernós Isern remite a un tal William H. Welch: “el fundamento de la felicidad y de la prosperidad del pueblo y su promoción está reconocida como importante función de gobierno”. Otro ejemplo similar, pero más banal, lo encontramos en Lavandero, quien en el 1935 señalaba que un pueblo saludable es alegre y expansivo mientras que un pueblo enfermo era triste, rencoroso, idiota e irresponsable. Ver Fernós Isern, “Concepto Moderno”, 298; Lavandero, “La clase médica”, 157.

Igualmente, ser saludable equivalía a encajar con “lo normal” y con ser persona.

Tomemos por ejemplo cómo en el 1947 el Secretario de Salud (Juan A. Pons) remite a la definición dada por Las Naciones Unidas respecto al concepto de “persona” y a la igualdad de derechos “de los hombres y mujeres de todos los pueblos, grandes y pequeños”⁹³². Pons señalaba cómo en estos momentos la salud estaba siendo reconocida y ligada a lo más íntimo, a la identificación de ser considerado “persona” y a los derechos civiles. Remitiendo a la Carta Constitucional, Pons apuntaba a cómo “la pérdida de salud priva del goce de los derechos y libertades que confieren” y, de ese modo, la “falta de salud colectiva priva a todos —enfermos y sanos— de ese goce”⁹³³. Con esto vale notar como Pons señalaba que la falta de salud invalidaba y obstaculizaba el “gocce” de los derechos civiles y en ese sentido coartaba la autonomía y libertad del individuo. A tono con esto, vemos cómo Pons integraba la nueva definición de la salud propuesta por la OMS y de esa forma ya no bastaba definir la salud como “el estar libre de enfermedad y dolencias o achaques” y se requería “sentirse bien física, mental y socialmente”⁹³⁴. Dicha definición proponía la “salud como factor fundamentalmente necesario a la paz del mundo y a la seguridad de sus gentes”⁹³⁵. De esta forma podemos ver cómo la salud estaba siendo definida y discursada como si fuese un dispositivo de paz, seguridad y derechos civiles.

Esta asociación explícita entre la salud biológica del cuerpo, la libertad civil y el estatuto de “ser persona” pareciera responsabilizar cada vez más el rol del Estado en salvaguardar la sanidad

⁹³² Pons, “Discurso”, 247.

⁹³³ Pons, “Discurso”, 247.

⁹³⁴ En ese sentido, según Pons, el “concepto de la salud ha cambiado” y, remitiendo a la OMS y su definición: “La salud, dice, no es meramente el estar libre de enfermedades y dolencias o achaques, sino el estado positivo de estar bien y sentirse bien física, mental y socialmente. Y declara a renglón seguido que el alcance de ese estado es derecho fundamental de todo ser humano, sin distinciones de raza, religión, credo político o condición económica o social. Véase, pues, cuán amplio es el concepto de la salud que hemos de adoptar y suscribir para poder estar legítimamente representados, como hemos de estarlo en no lejano día, en la Organización Mundial de la Salud”. Ver Pons, “Discurso”, 248.

⁹³⁵ Pons, “Discurso”, 248.

de la sociedad. Pons menciona la actualidad de los servicios sociales, asistenciales y centrados en el tratamiento y la recuperación como parte de la versión más reciente, de “apenas dos o tres años” de “medicina preventiva”, la cual superaba a la supuesta “medicina preventiva clásica” porque incluía actividades que pertenecían “al campo de la medicina social”⁹³⁶. Vale notar cómo “lo social” aparece aquí significado como algo reciente asociado a las Unidades, centros y hospitales de distrito, los cuales ampliaban los servicios limitados de la beneficencia municipal. Notemos que “lo social” se asociaba aquí al objetivo de ofrecer mejor acceso y terapias, con el ideal de que se atiende no solo al enfermo sino al individuo y se fomente el bienestar físico y espiritual, “garantizando así el mayor grado de salud posible para la comunidad”. Inclusive, la medicina iba a ser la “primera función social” y esto iba a llegar al punto de que en el futuro nadie tendrá la “libertad para enfermar”⁹³⁷.

Este tipo de definición, que acentuaba la ampliación del registro de la medicina más allá de la curación de enfermedades fisiológicas, la vemos también en Arana Soto, quien en el 1948 proclamó que la “nueva medicina” era una “medicina restaurativa” que integraba elementos no médicos y del “ambiente social” (lo cual incluía problemas económicos y mentales) para así permitir el mejoramiento vocacional, económico y social del paciente. Este mejoramiento implicaba que fuese útil como “cabeza” o “líder” de su familia, aclaración que reflejaba un sesgo de género⁹³⁸. Lo curioso es cómo el enfermo es aquí definido desde el registro de la

⁹³⁶ Pons, “Discurso”, 249.

⁹³⁷ Proclamaba Pons: “La medicina no ha de cuidar ya al enfermo, sino al individuo. La medicina será la primera función social, porque ha de comprender primero y fomentar después el bienestar físico y espiritual, el equilibrio somático y mental de cada uno, garantizando así el mayor grado de salud posible para la comunidad. No habrá, en el futuro, libertad para enfermar”. Ver Pons, “Discurso”, 251

⁹³⁸ Vale notar que, en todo momento, dicho paciente es referido en tercera persona como masculino (*he*). Tal cual como lo describe Arana Soto: “Rehabilitation goes further because it looks after the patient’s vocational, economic, social, improvement, so that he may be again a useful member of society, the leader of his family”. Ver Arana Soto, “Rehabilitation”, 190.

“discapacidad/desventaja” (*handicap*)⁹³⁹ y, por esa razón, “lo social” se reducía a los efectos de los servicios de rehabilitación asociados a las nuevas especialidades (fisiatría, ortopedia y terapia vocacional⁹⁴⁰) o de aquellas intervenciones que curaban a través del uso de drogas, cirugía y palabras⁹⁴¹. Lo que sorprende de esta aclaración es cómo presentan la triada (drogas, cirugía y palabras) como un conjunto novedoso y más “social”.

Cuando nos fijamos en las definiciones teóricas, estas parecían apuntar a una amplitud y extensión de servicios que prestaban mayor atención a los problemas del “medio” o el “ambiente social” y no solamente a la conducta y fisiología individual de los pacientes. Estas definiciones, y hay que repetirlo, buscaban restaurar, rehabilitar y sostener la salud, no simplemente tratarla al modo *frontline* y de emergencia como es propio de las contingencias de una batalla bélica (en donde el escenario es menos controlado y más vulnerable) o ante una catástrofe incontrolable. La rehabilitación no buscaba simplemente tratar ni curar sino prevenir en el sentido más extendido posible, y con ello evitar reinfecciones, “recaídas” y deterioros acumulativos (discurso que también correspondía con los supuestos objetivos de PRERA y PRRA a nivel de la rehabilitación económica del País). Sin embargo, cuando vemos muchas de estas “nuevas definiciones” de Salud Pública, rehabilitación social o, simplemente, de “salud”, tales reflejaban idealizaciones de lo que la medicina debería ser, en un futuro (supuestamente cercano) pero rara vez lo que era o hacía. En ese sentido, no distan mucho de las fantasías e idealizaciones de los higienistas de finales del siglo

⁹³⁹ Para ello, Arana Soto remite a la definición del “*National Council*”: “*the rehabilitation of the handicapped to the maximum physical, mental, social and economic usefulness of which he is capable*”. Ver Salvador Arana Soto, “Rehabilitation and Medicine”, *BAMPR* XL, n°7 (1948): 190-92, 190.

⁹⁴⁰ Vale notar que todas estas profesiones, y sus respectivas actividades, se centraban en realidad en lo fisiológico y no en lo mental, social o económico. Ver Arana Soto, “Rehabilitation”, 191.

⁹⁴¹ Arana Soto aclaraba que pensando lógicamente la “medicina moderna” se dividía en preventiva y en restaurativa, siendo la segunda la que incluye el uso de medicamentos, intervenciones quirúrgicas o la palabra —*drugs, surgery or word*—; por lo tanto, la rehabilitación médica (*rehabilitation medicine*) o medicina restaurativa (*restorative medicine*) no podía verse como separada de la medicina curativa (*curative medicine*), sino que la incluía y la sobrepasaba. Ver Arana Soto, “Rehabilitation”, 190.

XIX.

Eso no quiere decir que no hubiera, a nivel concreto, avances, adelantos y mejoras, pero estos no correspondían en realidad con lo predicho ni eran producto exclusivo de los nuevos enfoques o “teorías/conceptualizaciones”. Recordemos que muchas de estas transformaciones tomaron décadas, entre ellas las logradas parcialmente desde las campañas de Ashford y la RF en las primeras dos décadas del siglo XX y los proyectos posibilitados a partir del *New Deal* (PRERA y el Plan Chardón). Los cambios más sostenibles fueron aquellos que buscaron transformar los “medios” de acceso, identificación y tratamiento, desde las construcciones de alcantarillados, inodoros y hospitales hasta facilitar leche, mejor salario y vivienda. Rara vez fue una terapia o un medicamento el punto determinante (aunque indudablemente eran importantes para reducir los síntomas y llegar a remisiones). Y, sin embargo, lo que funcionó para ir reduciendo la anemia, la tuberculosis y la malaria no funcionaba para los otros “problemas sociales” como la pobreza. El dilema es que la “pobreza” siguió siendo conceptualizada, pese tal vez a las intenciones de los médicos, como el producto o causa de una enfermedad, y esta simplificación llevaba a que se ignorara el estudiar las causas de esta como producto de una desigualdad socioeconómica que iba más allá de la conducta del individuo y la apariencia higiénica del “medio” inmediato de convivencia.

Lo peor de este tipo de racionalización es notar cómo cada supuesta redefinición de la salud lo que hacía era eclipsar que la responsabilidad por el bienestar de los ciudadanos no era asumida por el Estado ni los profesionales sino por los habitantes, ciudadanos e integrantes del País. Y eso puede verse más claro cuando contemplamos las figuras biopolíticas que definen este periodo: el pobre, el tuberculoso, la madre ignorante y la negritud.

B. Figuras Biopolíticas: los “inadaptados”, el pobre, los “miedosos”, las madres contraceptivas y los negros enfermizos

En todos los capítulos hemos encontrado principalmente tres figuras que se repiten y son objeto de problematización y patologización en los discursos médicos y oficiales desde finales del siglo XIX: el campesino/jíbaro, la mujer y el negro. Cada una de estas figuras nos permite analizar cómo el discurso médico enmarcaba e interpretaba, de forma muy sesgada, los asuntos asociados a clase social, género, sexualidad y raza. Estas tres figuras van a ser enmarcadas y resignificadas durante las décadas de los veinte, treinta y cuarenta como “problemas sociales” que apuntaban a los problemas de la pobreza, la ignorancia y, en última instancia, a la “inadaptación”. En las siguientes secciones vamos a discutir cómo los pobres y las mujeres eran constantemente significados como seres ignorantes e irresponsables a través de interpretaciones psicológicas y neomaltusianas que terminaban responsabilizando y culpabilizando a las víctimas/pacientes/enfermos. Por esa razón tenemos dos secciones que se centran en las figuras del trabajador pobre y los modos en que fueron patologizados y psicopatologizados. Dedicamos una sección a cómo la mujer era particularmente ubicada en estos discursos (y una muy breve a cómo la niñez fue también incluida en tales discursos). Culminaremos con la figura del negro y el mestizo dentro de las teorías de inmunidad racial y cómo, convenientemente, se concedían ciertas inmunidades a los negros que eclipsaban la realidad social y económica del prejuicio racial en Puerto Rico.

1. Los trabajadores pobres y los mendigos: la pobreza como discapacidad

Durante este periodo, en el cual se acentuaba la importancia de lo económico y los problemas sociales, la “pobreza” fue problematizada por el discurso médico como un problema médico-social que urgía resolver. La pobreza era un problema que había sido identificado en los discursos higienistas en Puerto Rico desde finales del siglo XIX y que, a partir de la Gran Depresión, el

New Deal y la Segunda Guerra Mundial, va a repuntar como la “enfermedad social” que no lograba remediarse. En este discurso, el término “pobreza” operó como un significante que homogenizaba y eclipsaba la complejidad de los problemas socioeconómicos y culturales del País, en particular aquellos que apuntaban a las desigualdades adjudicadas debido a género, raza y clase social.

Lo llamativo de este acento en la “pobreza” y lo “económico” es que suponía analizar los problemas sociales de los obreros, los campesinos, los niños y las mujeres que vivían en condiciones de desigualdad social. Sin embargo, lo que encontramos es una mirada muy parcial y selectiva que reproducía no pocos de los estereotipos respecto a clase, género y raza de finales del siglo XIX y principios del XX. Durante este periodo, la imagen del jíbaro no es muy distinta a la ya vista en las primeras décadas, la cual representaba al campesino como un individuo de raza blanca, enfermizo y anémico. Como ya hemos visto, la figura de Ashford va a continuar asociándose en este periodo con el éxito de “fortificar” a los campesinos enfermizos, débiles y anémicos, convirtiéndolos así en “ciudadanos útiles”⁹⁴², entiéndase por esto trabajadores productivos y soldados aptos⁹⁴³. Pese a los adelantos logrados en términos de expansión de servicios médicos rurales, la representación del jíbaro y de la jíbara en los textos médicos no cambió mucho durante este periodo. Continuaban siendo, en esencia, unos “inadaptados”.

Los trabajadores urbanos y costeros que padecían tuberculosis y malaria eran en ocasiones representados como un producto trágico pero necesario del “refinamiento” de la cultura y la modernidad⁹⁴⁴. Similar a las imágenes evocadas del anémico pálido, encontramos una representación del tuberculoso como una especie de zombi⁹⁴⁵, de “tísico ambulante” que daba una

⁹⁴² Ver Quevedo Báez, “Discurso”, 391; Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 58.

⁹⁴³ Quevedo Báez, “Discurso”, 390.

⁹⁴⁴ Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 58.

⁹⁴⁵ Al bajar la mortalidad por la tuberculosis durante la década de los cuarenta, vemos cómo se evocaban imágenes

impresión de repulsión y lástima⁹⁴⁶. En ese sentido, el anémico, el tuberculoso y el palúdico eran representados como víctimas de enfermedades que debilitaban, palidecían y drenaban las posibilidades de regeneración, rehabilitación, perfeccionamiento o Progreso. En fin, eran enfermedades que “incapacitaban” la voluntad y, por esa razón, “empobrecían” al organismo y la sociedad. En esencia, este tipo de señalamiento no es nuevo, y ya lo encontramos en décadas pasadas (particularmente en Ashford cuando se refiere a los anémicos como enfermos y no como vagos⁹⁴⁷). Lo que sí es pertinente es cómo en la década de los cuarenta la pobreza es explícitamente definida como una discapacidad—“*that most fertile sense of disability, poverty*”—⁹⁴⁸. Aún en el 1947 Puerto Rico va a ser definido como un “país pobre y país de gente enferma”; y como si se tratase de un descubrimiento estadístico, Pons apuntará a que “a mayor pobreza física mayor pobreza económica y a mayor pobreza económica mayor pobreza física”⁹⁴⁹. Es preciso que notemos cómo el significante “pobreza” es utilizado para designar debilidad, deterioro e inclusive enfermedad somática o fisiológica (“pobreza física”). En otras palabras, las “nuevas definiciones” de salud equivalían, de forma implícita, pobreza con discapacidad e incapacidad, y por

similares a las del anémico a partir de las campañas de Ashford, en donde la “voluntad médica” había logrado “resucitar” a esos pálidos cuasi muertos. Esto puede verse claramente en el 1947 cuando Pilar describe, con detalles mórbidos y sensacionalistas, a los tuberculosos como individuos mórbidos, casi como zombis que habían logrado ser resucitados por los médicos. El galeno celebraba cómo los tuberculosos habían estado en el umbral de la muerte y con la voluntad médica había sido rejuvenecidos y vueltos robustos y fecundos. Como no solía faltar, el galeno inclusive traza analogías religiosas que equiparan la terapia médica con lo que había logrado Jesús en el caso de Lázaro. La analogía religiosa de Pilar no debe sorprendernos dado que este tipo de comparación no era rara. No obstante, vale la pena fijarnos en el contraste entre la descripción morbosa y sensacionalista, y la imagen heroica y cuasi religiosa del médico que resucita al tuberculoso lazarino:

(...) tez pálida, de mirada urente y córnea brillante, de pómulos salidos, prominente zygoma, mejillas hundidas que quema la fiebre tornándolas rojas en chocante contraste con el resto del rostro color de la cera. Recordad ese sujeto esquelético, tembloroso, de voz velada, de hablar jadeante; que vestido, en su desaliño semeja un traje colgado de percha, o que yacente en cama, ocupa tan poco que apenas se encuentra. Pues bien, al mágico influjo de vuestras actuaciones, como dijera a Lázaro: “LEVANTATE Y ANDA”, vosotros por la misma gracia que de Dios dimana, transformasteis a ese hombre, umbral de la muerte, en joven, robusto y fecundo factor de la vida”.

Ver Pila, “Lo que dicen”, 379.

⁹⁴⁶ Ver Costa Mandry, “La tuberculosis”, 228.

⁹⁴⁷ Ver, por ejemplo, Bailey K. Ashford, “Aspecto económico de la uncinariasis” *BAMPR* IX n°86 (1912): 1-14, 7

⁹⁴⁸ Arana Soto, “Rehabilitation”, 191.

⁹⁴⁹ Pons, “Discurso”, 248-49.

consecuente, con la noción biomédica de enfermedad.

El mendigo va a ser aquí una figura clave que, similar al jíbaro mal-adaptado (que vivía en casa insalubres en las áreas urbanas), el tuberculoso irresponsable y la madre ignorante, representaba a los “irresponsables” que voluntariamente perpetuaban la pobreza/enfermedad. La visibilidad de estos “irresponsables”, de estos “males/vicios sociales”, eran en última instancia evidencia de la supuesta voluntad enfermiza de muchos puertorriqueños. Por ejemplo, la directora del Negociado de Asistencia Pública denunciaba que, a partir de la Depresión económica, se había agravado el problema de la mendicidad y ese “doloroso espectáculo” y “mal social” podía afectar la “industria del turismo”⁹⁵⁰. Notemos cómo se acentúa el problema de la “visibilidad” como un problema de imagen y propaganda. La trabajadora social, en un tono casi eugenésico, aconsejaba evitar todo tipo de caridad, en particular dar limosnas (pues esto reforzaba la mendicidad)⁹⁵¹, y buscar otros medios más científicos que no dependiesen de los mecanismos actuales de asilos y asociaciones de beneficencia⁹⁵² e identificasen las razones de la mendicidad.

Sin embargo, los estudios producidos por la División de Bienestar Público, a mediados de la década de los cuarenta, no parecían indicar o aportar algún dato nuevo distinto a las investigaciones anteriores (sea ya la del *Brookings Institute* o las de Morales Otero bajo PRRA). Estas

⁹⁵⁰ Llama la atención cómo se evoca una imagen muy similar a la trazada por Ashford en torno al “espectáculo” de los anémicos en la carretera como si fuesen “pordioseros lastimosos”: “Hoy, muy rara vez, se encuentra un caso de uncinariasis a lo largo de las carreteras de Puerto Rico, abundantes antes en todos los pueblos en que hacía alto el viajero era asediado por los pordioseros lastimosos (...) es que todavía se halla en acecho la uncinaria, no seguramente como antes, porque con el tratamiento universal de la enfermedad ha venido la educación universal del pueblo y no hay hoy, en los días presentes, un solo jíbaro que no sepa que nadie se muere por necesidad a manos de su viejo enemigo la *anemia*”. Ver Bailey K. Ashford, “Aspecto económico de la uncinariasis” *BAMPR IX* n°86 (1912): 1-14, 11.

⁹⁵¹ Bunker, “El problema”, 13-14, 17.

⁹⁵² Bunker señalaba que bien se habían propuesto modos para “erradicar el mal”, desde formar asilos municipales, proveer fondos para dar limosnas y tener asociaciones cívicas que buscaban proteger creando albergues. Ninguno de estos esfuerzos había tenido resultados o solo de forma muy limitada. Celia N. de Bunker, “El problema de la mendicidad”, *RSS V*, n°4 (1944):12-17, 12-13. De acuerdo con la sección “Nuestros colaboradores”, Bunker era la directora del Negociado de Asistencia Pública, dentro de la División de Bienestar Público.

investigaciones científicas simplemente reforzaban la imagen que se tenía: el “mendigo típico” era un obrero no diestro (en su mayoría de raza blanca), que no sabía leer, tenía un salario bajo y tendía a padecer de alguna enfermedad (más de la mitad de ellos) o discapacidad⁹⁵³. El dato de que la mayoría de los mendigos no sabían leer ni escribir era interpretado como evidencia de que “muchas personas que se dedican a la mendicidad lo hacen como medio fácil de librar su subsistencia sin tener que competir con personas de mejor preparación académica y vocacional”⁹⁵⁴. El informe apuntaba a que las causas de la mendicidad eran la “edad avanzada”, “la salud pobre” y los “impedimentos físicos”, y por esa razón se pedía la rehabilitación vocacional como una estrategia para “devolver” dicho individuo a la sociedad (entiéndase, volverlo “útil”)⁹⁵⁵.

Es importante que veamos la confusión que hay aquí al adjudicar “salud pobre” como causa de mendicidad a la misma vez que se apuntaba a que los mendigos eran no diestros, no sabían leer y optaban por lo más “fácil”. Estos textos suponen una distinción entre el mendigo verdadero y el voluntario en oposición al obrero que, debido a una enfermedad, no podía trabajar y deambulaba. Esta distinción nos permite ver el modo en que se buscó medicalizar la pobreza como si fuese un tipo de enfermedad (como se hizo con la anemia). Por esa razón, vemos cómo algunos estudios simplemente criminalizaban y moralizaban al mendigo como un obrero no diestro y otros estudios reflejaban que muchas personas enfermas perdían sus empleos y terminaban deambulando; asimismo, muchos deambulantes padecían de enfermedades. Determinar la causa de la

⁹⁵³ En un estudio de la División de Bienestar Público en el 1943-44, a partir de una muestra de 302 mendigos en San Juan, de los cuales 74% eran residentes del pueblo, 15% no tenían domicilio fijo, 21% eran transeúntes, (en su mayoría con residencias fuera de San Juan), 81% no sabían leer ni escribir, 10% trabajaban ocasionalmente y 91.5% eran “obreros no diestros”. De este grupo, 80% eran blancos y el restante “de color”, tenían un promedio de edad de 61 años, 66% eran “jefes de familia”, 54% padecían de alguna enfermedad (46% estaban enfermos al momento de entrevistarlos), 5% eran ciegos, 8% eran cojos, 16% eran “mancos” y 22% tenían algún otro defecto físico. Su ingreso mensual era de 19.93 dólares mensuales y 28% recibían asistencia pública. Ver Bunker, “El problema”, 14-15.

⁹⁵⁴ Bunker, “El problema”, 16.

⁹⁵⁵ Bunker, “El problema”, 16.

mendicidad, para así distinguir entre una “mendicidad verdadera” y otra que era producto de una enfermedad, era prácticamente imposible de constatar en dichos estudios porque simplemente se registraba la presencia o no de síntomas, el historial médico y las supuestas destrezas laborales.

Vale notar aquí la confluencia tan íntima y equívoca entre salud y economía, la cual justificaba que el modo más racional de excusar la vagancia, la debilidad y la supuesta falta de voluntad era a través de la identificación/confirmación de una enfermedad, a la vez que consideraba que muchas de estas enfermedades se daban justamente por la pobreza socioeconómica⁹⁵⁶. De esa forma, el “mendigo verdadero” era todo aquel cuya causa de mendicidad no era una enfermedad inmediatamente confirmada o algún defecto fisiológico grave, y tales mendigos era peores y mayor carga que un enfermo porque su “vicio” era voluntario. La distinción entre vicio y enfermedad radica así en la supuesta volición absoluta del individuo, lo cual ocluye por completo la influencia o relevancia del ambiente. Esta medicalización e higienización de la pobreza no se articula desde una ciencia microbiológica sino a partir de unas especialidades aparentemente más “sociales” y “mentales” (porque se fundamentan en la sociología, el trabajo social y la psicología). Ya no son simplemente las bacterias y los gérmenes, como “enemigos invisibles”, los que atacan a los pobres y “desheredados” sino también los malos pensamientos, los miedos irracionales, la ignorancia y la negatividad.

En teoría, el emerger de este saber psicológico y médico-social parece un adelanto sensible porque ampliaba las fronteras de lo saludable para incluir criterios menos fisiológicos y más “sociales” como eran el bienestar, las emociones y la sexualidad. Sin embargo, lo que tenemos en

⁹⁵⁶ Por ejemplo, Pons evoca la imagen del niño desnutrido como aquel que no goza ni vive en salud y por ende requiere ser salvaguardado/asegurado por el Estado para que así pueda aprender y desempeñarse adecuadamente. Y, sin embargo, este ideal y promesa contrarrestaba con las imágenes que hemos presentado de los mendigos como verdaderos vagos. Ver Pons, “Discurso”, 248.

realidad es más una medicalización de la moral que utiliza la psicología y el trabajo médico-social para reducir los problemas ambientales y sociales a problemas domésticos y de carácter personal. Para entender esto mejor, discutamos entonces estos supuestos “nuevos enfermos” cuya debilidad no era ya fisiológica sino moral/psicológica.

2. Los que aparentan estar sanos, pero no lo son: los nuevos irresponsables, los miedosos y los nerviosos

Si en la sección pasada nos enfocamos en la figura del trabajador enfermo y el mendigo para comprender cómo se fue conformando una medicalización de la pobreza, ahora nos dirigimos a otro proceso de medicalización que atacaba el otro supuesto “vicio” que había sido objeto privilegiado de muchas críticas por parte de los médicos e ilustrados: la ignorancia. La ignorancia, como la pobreza, también se había entendido como un producto de la debilidad de la voluntad y podía ser considerado un mal heredado o legado, producto de la negligencia del Estado y las autoridades (lo cual incluía, en el caso de los niños, los padres). Las teorías de degeneración en la psiquiatría, junto a las de eugenesia, suponían trazar una distinción entre los ignorantes verdaderos y los “degenerados”, entiéndase aquellos considerados médicamente idiotas, estúpidos, cretinos, morones u otros “débiles mentales” (y por consecuente, como habían señalado Valle Atilés y otros, incurables e incapaces de aprender a través de instituciones pedagógicas).

En este periodo, en Puerto Rico no vemos muchas publicaciones científicas, al menos no en revistas médicas o de servicios sociales, centradas en aspectos psicométricos ni abiertamente eugenésicos, pero sí de forma parcial un aumento de publicaciones que resaltaban la importancia de las emociones y su influencia en el desarrollo del carácter, personalidad y salud mental de los individuos. Para nuestros fines, las figuras más pertinentes en estas publicaciones son los fóbicos y nerviosos, dada su visibilidad en la poca literatura de salud mental que existía en el periodo.

Estas figuras eran, similar a la conceptualización eugenésica de débil mental y pseudo-normal, el modo mediante el cual el discurso médico buscó enmarcar la ignorancia como un problema médico-social. Los fóbicos y neurasténicos van a aparecer como una versión medicalizada de lo que antes era el ignorante y sus “parientes” cercanos, el cobarde y el supersticioso/miedoso. Estos enfermos eran “ignorantes” porque ignoraban al médico (o a las autoridades) y dicha transgresión solo podía ser médicamente comprensible si se apuntaba a un “desorden mental”.

De esa forma, por ejemplo, el miedo en momentos de guerra era un miedo que “traicionaba” y era una conducta errática e irracional similar al miedo al tuberculoso, el cual enajenaba al enfermo y obstaculizaba la labor médica. En estas discusiones médicas encontramos una moralización y culpabilización que recuerda a las críticas realizadas por los médicos contra los jíbaros, mujeres y obreros supersticiosos e ignorantes que descuidaban su salud, hacían caso a los charlatanes y las comadronas y no seguían los “dictámenes de la higiene”. En otras palabras, dichos miedos podían evitarse (o prevenirse) si la persona controlaba sus emociones y seguía las instrucciones o “educación”/consejos del médico. Los médicos consideraban que el “tuberculoso ignorante” era contagioso y peligroso, y por lo tanto requería y merecía ser aislado; en oposición al “tuberculoso obediente”, el cual era higiénico y seguro. Ahora, esta polarización entre el ignorante y el obediente es importante si retomamos la distinción que se trazaba entre los responsables e irresponsables. He aquí que encontramos cómo algunos médicos evocaban la imagen del “tisióforo”, y parcialmente de las fobias en general, como ejemplo de una “mala adaptación” y falta de obediencia en momentos de crisis. Aquí vemos, a través de una conceptualización psiquiátrica/psicológica del miedo, una rearticulación de los “neurasténicos tropicales”, pero que en el caso de los tisióforos se trataba de un nerviosismo que era producto de una saber ignorante o incompleto, que no hacía caso de lo dicho por los médicos o las autoridades.

En la figura del tuberculoso encontramos unas exigencias hechas por los médicos a los pacientes que, por un lado, reconocían el temor e incertidumbre que era propio del diagnóstico, y por el otro recriminaba y patologizaba dichas preocupaciones como irracionales. En otras palabras, el tuberculoso, igualmente su familia, debía ser como el soldado y civil “normal” en tiempos de guerra: no debía estar sujeto a falsos conocimientos ni temores innecesarios y debían mostrar resistencia y buen humor ante el peligro y la incertidumbre⁹⁵⁷. El tisióforo tenía un saber equivocado y contrario al médico porque se creía que la tuberculosis era muy contagiosa, y esto afectaba el trato del enfermo en su casa (y, supuestamente, por esa razón muchos retornaban al sanatorio porque no tenían otro lugar)⁹⁵⁸. Asimismo, Costa Mandry insistía en la necesidad de promover hábitos y sentimientos sanos que evitasen la repulsión y miedos irracionales⁹⁵⁹. Se buscaba así educar para evitar ciertos miedos y prejuicios contra los tuberculosos, en pro de lograr una “obra de profilaxis social” y evitar el “ostracismo”. Este ideal iba de la mano con evitar el curanderismo y la ignorancia que se dejaba ir por las supersticiones⁹⁶⁰ y la convicción de que la enfermedad era controlable y curable⁹⁶¹.

⁹⁵⁷ Por ejemplo, Morales, en su texto sobre las neurosis del combatiente (en el 1942) alude a los malestares coloniales del País, y a sus tragedias, para resaltar que sus habitantes han sido siempre valientes y han tomado dichos eventos con optimismo y buen humor. Ver Morales, “Notes”, 89.

⁹⁵⁸ Por ejemplo, en la ya aludida cartilla de Rodríguez Pastor, el galeno señala que un “poco de conocimiento es a veces más perjudicial que la ignorancia crasa” dado que dichos “tisióforos” la conciben como una “enfermedad muy contagiosa” (como el sarampión o la viruela), sintiendo un “terror tan intenso” que raya en maniaco en su “ansiedad por defenderse del contagio”; y esto porque “creen que basta respirar el mismo aire que respira un tuberculoso para contraer inmediatamente su enfermedad”, no se atreven a visitar un sanatorio porque creen que la “atmósfera” (digamos, el aire en la habitación) en tales sitios es una “densa nube de gérmenes mortíferos”. Algunas personas visitaban a amigos que padecían tuberculosis, pero son tan precavidos que su visita deja “al enfermo sumido en intensa depresión de ánimo”. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 5. En torno al retorno de los “detenidos” debido a la incomprensión de la familia ver Jiménez, “El problema”, 17.

⁹⁵⁹ Según el galeno, se les debía “inculcar hábitos higiénicos en los sanos para que no contraigan la enfermedad” al igual que “educar sus sentimientos, variar sus hábitos psicológicos, sus instintos de repulsión y de desprecio al tuberculoso”, evitando así el “miedo irracional” que llevaba a estigmatizar al “pobre tísico”, Costa Mandry, “La tuberculosis”, 237.

⁹⁶⁰ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 237.

⁹⁶¹ Jacobo Simonet exigía que se debía “predicar a todas horas y en todas partes que la tuberculosis se puede evitar, se puede restringir y se puede curar”, y esto era una “verdad científica innegable”. Ver Simonet, “Editorial”, 257.

Lo interesante de este modo de juzgar como irracionales los miedos de los pacientes es cómo coincide con un periodo en donde se estaba resaltando la pertinencia de tomar en consideración las emociones. Lo preocupante de este modo de interpretar las emociones es notar cómo esta mayor consideración reforzaba muy oportunamente que “lo normal” y “sano” era que, tarde o temprano, el paciente obedeciera y se acomodara a sus condiciones actuales de existencia. Por ejemplo, para finales de la década de los cuarenta, Clotilde Jiménez, desde una perspectiva de rehabilitación social, reconocía que la tuberculosis podía provocar “cambios abruptos en la personalidad” porque se daba mayormente cuando el individuo era joven e iba acompañada de un pronóstico “tan incierto” y con “tantas restricciones personales” (debido al tratamiento)⁹⁶². Sin embargo, Jiménez aclaraba que una mayoría de los pacientes mostraban cierta estabilidad en términos de carácter y preocupación por los otros ⁹⁶³. La lista de problemas emocionales se enfocaba en aquellas conductas que eran percibidas como problemáticas y obstáculos —“el miedo, la ansiedad, la susceptibilidad, el egoísmo, los celos, la tendencia a obstaculizar su vida y la de los que le rodean”⁹⁶⁴—. Aunque se reconociera que muchas de esas emociones tenían algún fundamento real, se insistía en cómo lo sentido y percibido por el tuberculoso era una reacción negativa, eran impresiones de pérdida (entiéndase que esto implicaba que era algo percibido, sentido y subjetivo, en vez que algo con realidad objetiva y externa) y que esto podía explicar por qué tales pacientes usaban la enfermedad como “excusa” y “escudo” o llegaban a suicidarse⁹⁶⁵.

⁹⁶² Jiménez, “El problema”, 14.

⁹⁶³ Resulta curioso que la trabajadora social aclaraba que “muchos tuberculosos demuestran una entereza de carácter maravillosa y una preocupación constante por el bienestar de los demás”, pero también aclaraba, sin explicación y ambiguamente, que “la mayoría presenta un cuadro muy distinto”. Ver Jiménez, “El problema”, 14.

⁹⁶⁴ Jiménez, “El problema”, 14.

⁹⁶⁵ Aún si se reconocía que tales “reacciones tienen una base real en el individuo tuberculoso”, también se aclaraba que su “reclusión y aislamiento” (sea en el hospital o la clase) le “crea la impresión de que está perdiendo su posición de respeto y responsabilidad” (en la familia y en la comunidad), y esto pudiese llevar a que recurran al suicidio o a que se “escudan en su enfermedad para tratar de evadir responsabilidad en su vida”, para excusarlo ante amigos y familiares. Ver Jiménez, “El problema”, 14.

Si seguimos lo dicho por los propios especialistas, la tuberculosis no era simplemente una enfermedad curable y fácilmente prevenible. Lo que encontramos es que, una vez diagnosticado de tuberculosis, el sujeto era para siempre una especie de paciente perpetuo que era responsable de mantener un estilo de vida de recuperación y rehabilitación constante y vigilante. Esto se debía a que, aún si el individuo se sentía “perfectamente bien” y había sido dado de alta por el médico, la enfermedad podía retornar, y en ese sentido la “mejoría” era aparente y engañosa y podía llevar a que el paciente se descuidara⁹⁶⁶. Basta notar cómo Rodríguez Pastor aconsejaba que la persona dada de “alta” debía llevar a cabo “una vida muy metódica y sosegada durante todo el resto de su vida” —“Su vida será siempre metódica y descansada”⁹⁶⁷—, y deberá evitar “todos los excesos” y trabajar en un lugar con ventilación “perfecta”⁹⁶⁸. El tisiólogo continuaba advirtiendo que muchas veces había “mejorías engañosas” que duraban hasta meses, pero al paciente cometer algún desarreglo (y el acento caía sobre lo hecho por el paciente) retornaban todos los síntomas⁹⁶⁹.

El estilo de vida del paciente en recuperación era comparado con el modo de vivir del “filósofo”, que en este caso parecía implicar un tipo de vida guiada por ideales grandes y superiores a la mayoría de los hombres⁹⁷⁰; evadiendo así la fama y la sensualidad por el ideal grande, divino y eterno de perfeccionamiento, supuestamente inherente a todo ser humano⁹⁷¹. Es sorprendente

⁹⁶⁶ La tuberculosis se presentaba conjuntamente, y forma contradictoria, como un acontecimiento engañoso/traicionero y como algo que no se debía temer; y es ahí en donde también se destacaba su carácter de aparentar ser lo que no es (de “aparente bienestar”). Como ya hemos mencionado, el sujeto tuberculoso debía ser sosegado y tranquilo, y sobre todo obediente. El llamado a la calma confluía con la otra imagen, muy trillada desde principios del siglo XX (como vimos en Valle Atilas, Ruiz Arnau y Quevedo Báez) de un enemigo suspicaz, invisible y que engañaba. Inclusive, Rodríguez Pastor y Costa Mandry advertirán que la tuberculosis es “traicionera” y “engañosa”. La enfermedad acechaba y era “pavorosa”, con inicios poco dramáticos y que disimulaban una molestia menor, escondiendo de esa manera la gravedad crónica de la tuberculosis. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 8, 12, 19; Costa Mandry, “La tuberculosis”, 239; Comité de Tuberculosis, “Memorandum”, 122.

⁹⁶⁷ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 30.

⁹⁶⁸ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 12.

⁹⁶⁹ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 22.

⁹⁷⁰ Rodríguez Pastor argüía que el paciente debía “ser un filósofo”, y tenía que “aprender a ver la vida a través de los grandes ideales, colocándose para ello en un plano superior al de la mayoría de los hombres”. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 22.

⁹⁷¹ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 22-23.

cómo el galeno esperaba del paciente unos ideales que históricamente eran asociados a un grupo selecto, cuando no a una elite ilustrada. Sin embargo, había una explicación muy curiosa para esto: los enfermos de tuberculosis habían adquirido un “privilegio” y una oportunidad para “dedicarse al estudio y la reflexión”⁹⁷². Rodríguez Pastor no es el único que defendía esta curiosa romantización de la tuberculosis y basta ver cómo otros médicos buscaron justificar que la tuberculosis podía ser una “oportunidad” y un “privilegio”.

De repente, esta romantización parece un absurdo, y en muchos sentidos lo era, pero también pareciera ser un curioso “mecanismo de defensa”, que servía de consuelo para los médicos ante la impotencia de sus saberes y le exigía al paciente adoptar un optimismo obediente⁹⁷³. Este acento en la conducta y actitud del paciente desde un registro psicológico llega al punto de proponer que el carácter (más que el tratamiento médico) determinaba la recuperación. Resulta interesante notar cómo el Rodríguez Pastor argüía que los “resignados” eran más “aptos” para curarse que los “voluntariosos”. Por ejemplo, Rodríguez Pastor declaraba que aquellos pacientes que tenían un “carácter tranquilo, flemático y resignado” recibían con mayor facilidad del tratamiento, este era más fácil y se curaban con mayor frecuencia, contrario a las personas “nerviosas, histéricas, voluntariosas, impacientes” en donde la curación era mucho más difícil⁹⁷⁴.

Vale notar como aquí la sanidad es también entendida como un carácter y estado psicológico asociado a la felicidad, y la felicidad equiparada con una obediencia optimista. Aquellos pacientes que están de buen humor y animados, y que inclusive usan el humor ante una catástrofe en vez del

⁹⁷² Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 22.

⁹⁷³ Esto pudiese explicar la imagen que presentaba Rodríguez Pastor de la tuberculosis como una enfermedad de “mejorías y recaídas”, y por eso con cada “nueva recaída” el paciente necesitaba una “gran reserva de optimismo para hacer frente a la ola pesimista que entonces le amenaza”. Ver Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 23.

⁹⁷⁴ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 22. Vale notar que este ideal no aplicaba a otros enfermos, por ejemplo, el leproso, a quien un carácter introspectivo y tranquilo podía interpretarse negativamente como depresión. Ver Roig Marietta, “El Leprocomio”, 11.

miedo, son representados como sanos. Este enfoque en una mirada optimista y útil llegó al extremo de no solo romantizar la figura del tuberculoso sino proponer que dicho padecimiento podía ser “útil” e incluso conllevar mejorías. Ante el número inmenso de personas infectadas (algunos estimaban, sin ofrecer datos concretos, que 90% de la Humanidad ha tenido tuberculosis) se aclaraba que no todos los infectados llegaban a morir y algunos vivían o podían vivir en “perfecta salud” siempre y cuando siguieran los debidos cuidados higiénicos⁹⁷⁵. En donde mejor puede verse este optimismo es en un artículo del 1942 de Arana Soto, quien argüía que la tuberculosis mejoraba la “actividad mental” y potencializaba el “carácter innato”, además del “goce o disfrute de la vida”⁹⁷⁶. Como evidencia remitía a ciertos genios tuberculosos en Europa y Estados Unidos.

En este artículo de Arana Soto podemos ver muchas de las contradicciones y tensiones del discurso en torno a la tuberculosis: por un lado, era la enfermedad más curable y controlable, pero por el otro era también descrita como una lucha constante y crónica, siempre acechando a retornar. También notamos la insistencia en asumir un carácter optimista, que buscaba hablar del “lado bueno” y junto a ello de la “utilidad”, en particular tras más grave la situación⁹⁷⁷. Arana Soto declaraba que la tuberculosis era la “más curable” de las enfermedades y por esa razón el tuberculoso podía vivir “una vida más agradable y más beneficiosa a la sociedad”; y de esa forma la enfermedad podía transformar una “vida mediocre” en una “vida larga, feliz y productiva”⁹⁷⁸. Se apunta a que muchos tuberculosos no pierden la esperanza y sostienen una gran vitalidad pese

⁹⁷⁵ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 235.

⁹⁷⁶ Salvador Arana Soto, “La utilidad de la tuberculosis”, *BAMPR XXXIV*, n°7 (1942): 257-260, 257.

⁹⁷⁷ Soto, “La utilidad”, 258.

⁹⁷⁸ Dice Arana Soto, inicialmente parafraseando al médico francés de finales del siglo XIX Jacques Joseph Grancjer: “(...) la tuberculosis es la más curable de todas las enfermedades. De modo que el tuberculoso puede vivir una vida más agradable y beneficiosa a la sociedad, que la que hubiese llevado si no hubiese padecido de ella (...) Gracias a la tuberculosis una vida que hubiese sido mediocre o mal gastada, quizá abreviada por los vicios, quizá errada en su camino, se ha convertido en muchas veces en una vida larga, feliz y productiva. En tales casos la tuberculosis ha sido un factor importante de éxito en la vida”. Ver Arana Soto, “La utilidad”, 258.

a las adversidades que enfrentan, en particular “una condición física siempre pobre”. La enfermedad supuestamente estimulaba y revitalizaba lo innato, lo original y las tendencias/disposiciones (al parecer conductuales e intelectuales). Inclusive, vemos aquí un discurso esencialista y cuasi-hereditario en torno al carácter, como si la enfermedad pudiese despertar aquello que la educación y el medioambiente había suprimido, casi como si la enfermedad liberara un carácter universalmente optimista⁹⁷⁹.

La supuesta explicación científica para este fenómeno era el hecho de que la enfermedad era lenta —era “exquisitamente crónica” y “no mataba con rapidez”— y el bacilo estimulaba y aumentaba la actividad funcional de los órganos asociados al goce, tornando la enfermedad en una leve incomodidad que resultaba útil porque permitía que se disfrutase más profundamente la vida. Inclusive, la vida se tornaba más digna de ser vivida porque se podía tener una vida larga y muy activa mentalmente⁹⁸⁰. Arana Soto llega al punto de considerar que la tuberculosis ha contribuido al progreso intelectual de la Humanidad, produciendo genios e individuos apegados a las artes, las cosas abstractas y las emociones estéticas⁹⁸¹. Notemos que este argumento es contrario a las

⁹⁷⁹ Es preciso que veamos cómo es que Arana Soto declaraba, casi como si fuese un fenómeno tanto universal e histórico, este “despertar” de una tendencia universalmente optimista:

Se ha observado, desde los más remotos tiempos, no solamente por parte de los médicos, sino aún por parte del público en general, que los tuberculosos nunca pierden la esperanza; aun más, su optimismo aumenta a veces con la gravedad de su mal. Esto podría usarse como un argumento para demostrar que la humanidad, en su mayor parte, es optimista. A pesar de una condición física siempre pobre, a pesar de sus pocas carnes y de sus pocas fuerzas, el enfermo de tuberculosis conserva hasta lo último una extraordinaria vitalidad. Todos los que han estado en contacto con estos enfermos están de acuerdo en que su enfermedad estimula su actividad mental, sus poderes intelectuales (...) Se ha observado que, con la tuberculosis, el temperamento o carácter innato u original reaparece con todo su poder: con el progreso de la enfermedad, el que tenía tendencias pesimistas se hace más pesimista; el que era, por naturaleza, optimista, se torna aún más optimista. Como los tuberculosos son con mucha mayor frecuencia optimistas que pesimistas, se nos ocurre pensar otra vez que la mayor parte de los humanos es por naturaleza optimista. Tendencias y caracteres suprimidos por la educación, el entrenamiento, las diferentes y variables condiciones de vida reaparecen en el tuberculoso con toda su fuerza, libres de toda traba y de toda convención.

Ver Arana Soto, “La utilidad”, 258.

⁹⁸⁰ Arana Soto se ampara en el tisiólogo Lawrence Flick para argüir la “vida más placentera” del tuberculoso, asociándolo a lo “exquisitamente” crónica que es la enfermedad. Ver Arana Soto, “La utilidad”, 257.

⁹⁸¹ Arana Soto menciona a Milton, Maxim Gorsky, Feodor Dostoevskim Cicerón y Kant como ejemplos de genios

enfermedades tropicales, usualmente asociadas a los países subdesarrollados (como la anemia y la malaria). A la misma vez, el galeno reproducía la imagen clásica que vinculaba la sensibilidad, el arte y el genio a labores no productivas, como si fueran el producto de la quietitud, el ocio, el reposo y el aislamiento. El “goce de la vida” y la sensibilidad eran “productivos” cuando contribuían a la vida intelectual, entiéndase cuando aplicaba a la “alta cultura”. Esta visión no es exclusiva de Arana Soto y se ampara en médicos anglosajones y europeos (y no en algún estudio hecho en Puerto Rico respecto a la experiencia de los pacientes de tuberculosis)⁹⁸².

No deja de sorprender cómo en este texto se evocan conductas colectivas, sin ninguna evidencia concreta que no sea anecdótica o generalizaciones sin especificidad, a partir de ejemplos de individuos, en particular grandes figuras heroicas, en particular genios, artistas e individuos de clases altas⁹⁸³. Nuevamente, era harto sabido que la tuberculosis afectaba más a las “masas” obreras que a las clases altas y “educadas”. Cómo las condiciones de vida de un intelectual de clase alta que padecía tuberculosis comparaban con la de un obrero en Barrio Obrero es algo que se omite por completo en este texto. Y hay que recalcar aquí la contradicción porque, una y otra vez, hemos visto cómo los médicos apuntaban a que existía una ignorancia crasa y peligrosa en las “masas”, en el pueblo en general, mientras que, en el caso de Arana Soto, sus exageraciones y absurdos eran vistos como permisibles porque buscaban “consolar”⁹⁸⁴.

con tuberculosis, sin los cuales Europa no hubiese progresado a nivel artístico e intelectual. Inclusive, el galeno dice que “el descenso en la tuberculosis coincide con la decadencia en la producción creadora”. Ver Arana Soto, “La utilidad”, 258.

⁹⁸² Muchas de estas afirmaciones las hace Arana Soto citando de Havelock Ellis (y su libro “Estudio de los Genios Ingleses”), un tal Dr. Jacobson y los doctores Lewis Jefferson Moorman (y su libro “Tuberculosis y el Genio”) y Lawrence Flick. Ver Arana Soto, “La utilidad”, 257-59.

⁹⁸³ Arana Soto, “La utilidad”, 258.

⁹⁸⁴ Era obvio que había algo de exageración en el texto, y el propio Arana Soto reconoce que la enfermedad no produce genios, pero sí cree (y repite) que la enfermedad estimula tendencias innatas y de esa forma aquellos que eran de una “constitución o naturaleza inferior” no iban a gozar de ser genios, sino que podían empeorar y volverse peligrosos. Ver Arana Soto, “La utilidad”, 258.

Es preciso resaltar que el texto de Arana Soto no estaba dirigido al público general sino a sus colegas. Esto pudiese explicar parcialmente sus intenciones posibles: estimular en sus colegas un optimismo como herramienta terapéutica que hiciese más soportable lidiar con los efectos de la enfermedad⁹⁸⁵. Decimos posible intención porque dicho objetivo no es explícito, pero sí notamos que el galeno escribe el texto en pro de promover una perspectiva optimista. Este optimismo no es exclusivo de Arana Soto ni de los médicos puertorriqueños, y pareciera reflejar una especie de reacción, no pocas veces algo delirante y que en ocasiones culpabilizaba a los pacientes, ante la frustración de los tratamientos fallidos de la tuberculosis⁹⁸⁶. Sin embargo, dejando a un lado esta posible intencionalidad del texto, no debemos olvidar que, a nivel discursivo, esta conferencia de Arana Soto supone ser racional, científica y objetiva, y por lo tanto distinta y más precisa que la supuesta ignorancia del vulgo y de los charlatanes. Analizar las inconsistencias, exageraciones, omisiones e imaginarios de este texto es importante porque nos permite ver ciertas inmunidades y privilegios que existían en la relación entre el médico y el paciente o la sociedad en general. Claramente, lo expuesto por el galeno es cuestionable, reduccionista e inclusive hasta insultante si

⁹⁸⁵ Arana Soto cierra su conferencia diciendo: “Vayan, por ahora, nuestras voces de aliento y de esperanza a los que sufren de tuberculosis en nuestro país y que estas breves notas lleven a su ánimo un optimismo razonado y una tranquilidad de espíritu que haga más llevadera su enfermedad, más fácil y más rápida su curación y mayor su cooperación con el resto de la sociedad”. Ver Arana Soto, “La utilidad”, 260.

⁹⁸⁶ Para muchos de estos ejemplos pareciera que Arana Soto se ampara en un texto de Lawrence Flick, un médico estadounidense especialista en tuberculosis, sobre los conocimientos en torno a la tuberculosis. También menciona otros médicos, como un tal Grancjer, Moorman y Fisher. Sin embargo, Flick posiblemente fue el más reconocido y, curiosamente, pareciese que este tisiólogo, quien dedicó gran parte de su vida a “luchar” contra la tuberculosis en campañas médico-educativas y a través de reformas, tenía una postura optimista muy frágil. No sólo percibía al tuberculoso no educado y pobre como un peligro, sino que llegó al punto de asumir que los que no se curaban era porque no seguían sus directrices. Como menciona en un artículo Buddha Basnat, un médico de Nepal, en donde la tuberculosis aún es recurrente pero tratable a través de antibióticos y otras terapias:

I wonder in the early part of last century how confident Lawrence Flick was. He was a physician in the United States who fortunately recovered from TB and went on to devote his life looking after patients with TB. In keeping with the management of TB, then, he had an impossible list of prescriptions of dos and don'ts, bordering on the ludicrous.

Obviously, there was no successful drug regimen. This was many decades before the discovery of streptomycin. Dedicated advocate of TB patients that he was, in later years, he became a bitter, angry man and blamed his patients for not strictly adhering to the rules to help with the “cure,” which was a delusion. Flick became a “burnout,” probably because of the ineffectiveness of the cure.

Ver Buddha Basnat, “Its Ok, It's Tb”, *Wilderness and Environmental Medicine* 13 (2002): 218-220, 219-20.

consideramos las experiencias de los tuberculosos⁹⁸⁷. No obstante, en nombre del optimismo médico, el cual evoca “lo psicológico” para cortocircuitar las inconsistencias, contradicciones y exageraciones de su narrativa médica, lo expuesto no se interpreta como cuestionable ni ignorante sino como aceptable y normativo.

Esto nos remite nuevamente el rol que tuvo, en la historia de la medicina, el estudio de “lo psicológico” y las “emociones”, dos conceptos que cada vez más fueron utilizados de forma equívoca y casi metonímica, a modo de sinécdoque para referirse a la “subjetividad” como algo no solo contrario a la objetividad sino como irracional y que requería controlarse. En particular, lo llamativo es como el “miedo” se convirtió en un objeto de estudio médico y psicológico que exigía no tanto entender el fenómeno sino buscar los medios para controlarlo. He ahí un efecto que en ocasiones pasa desapercibido: si, por un lado, había un interés por dar cuenta y constatar más las emociones de los pacientes, en pro de supuestamente entender mejor su situación, por el otro encontramos que ahora las emociones se convertían en un factor para controlar, acomodar y selectivamente descalificar y patologizar a los sujetos⁹⁸⁸.

⁹⁸⁷ Basta considerar el escenario que ofrece Mayra Rosario en su análisis del caso de una familia en donde Eloisa Casiano Padilla mata a sus hijos y esposo (enfermo de tuberculosis). Dicho caso, como bien advierte la historiadora, “tampoco puede desvincularse de los estragos de esa enfermedad agravados por la pobreza y las limitaciones socio económicas que enfrentaron muchas familias en la isla”. Dicho caso acentuaba el contexto desamparado y de desolación que sentían las familias ante el pronóstico de la enfermedad y lo que implicaba convivir con esta en un espacio carente de recursos. Una mirada superficial pudiese patologizar el evento y condenar a dicha mujer como “tisiófoba”, obviando de esa manera como dicho homicidio, seguido por un suicidio, no fue un simple arrebato anómalo. Ver Mayra Rosario, “Hacinamiento, tuberculosis y violencia familiar: Un caso “*extremadamente raro*” de homicidio por suicidio en Puerto Rico, 1946”, *Conferencia Inaugural Congreso Ciencias de la Salud*, 9 de abril de 2019: 1-27, 8-12, 16-21, recuperado en <https://uprrp.academia.edu/MayraRosario>.

⁹⁸⁸ En ese sentido, se tuviese que retomar las observaciones de Mayra Rosario en torno a una historia del miedo asociada a las pandemias, no solo las de la influenza (y recientemente el COVID19) sino las de epidemias como la tuberculosis. Ver Mayra Rosario, “Historiando pandemias: de las restricciones de la ‘pandemia olvidada’ de influenza de 1918, a la apertura cibernética y global del COVID19”, Paneles virtuales sobre el COVID 19, CRIIAS, DEGI, UPR, 28 de mayo de 2020, recuperado en <https://uprrp.academia.edu/MayraRosario>.

3. Las mujeres: ignorantes, sexualmente desconfiables e irresponsables/responsables de la economía doméstica

En términos generales, las campañas de anemia, de malaria y de tuberculosis buscaban mejorar la productividad laboral (además de la salud), mientras que las campañas contraceptivas y contra la mortalidad infantil estaban motivadas por mejorar la cantidad y calidad de la reproducción natal. La maternidad, y junto a ello la crianza de niños, había sido un tema predilecto de la medicina desde finales del siglo XIX y principios del XX, e iba de la mano con una mayor preocupación por regular las fuerzas productivas y reproductivas de las naciones. Era también un tema de predilección para los eugenistas y los neomaltusianos, y no es casualidad que encontremos eugenistas y neomaltusianos que fuesen especialistas en la sexualidad femenina (usualmente reducida a la función reproductiva de parir), como fueron los casos de Figueroa y Belaval. En ocasiones, hubo una tendencia a considerar las “enfermedades sociales” como femeninas en tanto en cuanto se asociaban a la sexualidad, la crianza y la natalidad (tres temas que selectivamente se significaban como “problemas de mujeres”). Por ejemplo, el vínculo entre sífilis y las mujeres mostraba sesgos (desde inicios del siglo XX) que tenían poco que ver con su bienestar (quienes además tenían una mortalidad más baja⁹⁸⁹) y más con evitar que fuesen agentes de contagio contra los hombres (en particular los soldados). Igualmente, no se conocía la causa médica o social que explicase la mayor mortalidad de mujeres de tuberculosis (ni se investigó activamente), no obstante, las pocas explicaciones ofrecidas reflejaban sesgos sexistas. Por ejemplo, algunos especulaban, y para ello remitían a textos de finales del siglo XIX, que la mujer siempre había sido más susceptible, al ser más irritable, nerviosa o enervada, cuando se comparaba la morbilidad e infección entre esposo y esposa (esto pese a evidencia de lo contrario desde la década de los veinte

⁹⁸⁹ Ver García Cabrera, "Editorial: Sífilis y sexo", 519-21.

del siglo XX⁹⁹⁰). Otras explicaciones aludían al amor maternal que exponía a las mujeres, en tanto en cuanto cuidadoras de familia, a infectarse e igualmente, dado su apego a su familia, y pegárselo a su vez a los aun no contagiados en la familia.

Al leer textos médicos centrados en la mujer, notamos que aún muchos médicos consideraban que el lugar natural de las mujeres era la maternidad y el espacio doméstico. Era justamente esa naturaleza doméstica la que selectivamente se utilizaba en las explicaciones médicas para juzgar las capacidades de crianza de las mujeres como inoportunas o irracionales. Por eso podemos ver que, de forma muy selectiva, se romantizaba el “amor maternal” como algo esencial de aquella “reina del hogar”, a la misma vez que dicho “amor maternal” era el peor enemigo cuando se trataba de la higiene y la sanidad de los niños. Por un lado, se podía presentar la imagen de la madre que se sacrificaba y vivía en miseria, estando próxima a los focos de contagio (al cuidar de su familia)⁹⁹¹; dicha imagen contrastaba con la de la mujer obrera, la cual era juzgada como negligente, que abandonaba el hogar o que inclusive había sido “infectada” por el sufragismo y otras pasiones políticas (como mencionaba, por ejemplo, Figueroa⁹⁹²). Vale notar que esta postura no era exclusiva de los médicos, sino que reflejaba la de varios intelectuales, como Antonio Pedreira, quien en *Insularismo* criticaba que las mujeres no deberían dejar el espacio doméstico

⁹⁹⁰ Por ejemplo, algunos autores aluden, sin hacer mucha mención o aclaración, que, siguiendo las observaciones de Dumont de finales del siglo XIX, la tuberculosis era mucho más infecciosa o transmisible a las mujeres en Puerto Rico que viceversa, aludiendo a que el esposo no padecía de la influencia “enervante” del matrimonio. Eso dicho, al aludirse al trabajo de Townsend en el 1923 se apunta a que la transmisión vía matrimonio no era frecuente —“*Marital transmission of tuberculosis seemed infrequent*”—. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 453-54.

⁹⁹¹ Costa Mandry, “La tuberculosis”, 234.

⁹⁹² Predicaba Figueroa: “(...) hoy que nuestra mujer le disputa al hombre las actividades de la vida, alternando con él en las oficinas, compitiendo frente a él en los negocios, y hasta presentándose a luchar en la candente sirte de la política, a donde el sufragismo quiere llevarlas haciéndola descender a este terreno de pasiones del alto trono donde como soberana, aureolada por la corona de la maternidad, rige la vida del niño y gobierna el hogar, que es el sitio, donde comienza la patria”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 149.

para insertarse en la política⁹⁹³. Por el otro lado, la mujer continuaba siendo una especie de cómplice ignorante que facilitaba los contagios y su supuesta naturaleza doméstica no le permitía comprender los saberes médico-científicos, y por esa razón los médicos aconsejaban que la madre enferma (en particular la tuberculosa) debía ir contra sus “instintos” y separarse de sus hijos⁹⁹⁴.

La relación entre “lo natural” y lo femenino estaba repleta de contradicciones dentro del discurso médico. Por ejemplo, llama la atención que Figueroa podía evocar (casi haciendo eco de Quevedo Báez) la “ley natural” para criticar cómo la “labor” (entiéndase el trabajo fuera del espacio y trabajo doméstico) desorganizaba el lugar y rol natural de la madre⁹⁹⁵, pero por el otro defendía los métodos contraceptivos y el uso de tecnologías que eran, en muchos sentidos, “contranaturales”. Tenemos así un discurso médico eugenésico y neomaltusiano que reduce a la mujer a la figura de la mujer disgénica, pobre, doméstica e ignorante⁹⁹⁶ que, debido a su naturaleza pobre

⁹⁹³ Hubo durante este periodo varias líderes obreras e intelectuales (y revistas literarias y académicas como *Ámbito* y la *Revista de la Asociación de Mujeres Graduadas*) que demostraban lo contrario a lo propuesto por Pedreira en torno a cómo “las exigencias de la vida pública no deben malograr a la ama de casa ni rebajar a segundo término la atención que en todo momento se debe a la economía doméstica”. Entre tales intelectuales y escritoras tenemos a Luisa Capetillo, Clara Lair, Julia de Burgos, Carmelina Vizcarrondo y María Cadilla de Martínez. Inclusive se sabe que algunas escritoras, como Concha Meléndez y Margot Arce (quien también promulgaba valores conservadores y antagónicos con el feminismo político), que conocían a Pedreira, no coincidían con su visión de que el proyecto nacional pertenecía a los hombres. Para una discusión al respecto, ver Thomas Rothe, “La mujer en el discurso nacionalista puertorriqueño de la primera mitad del siglo XX: *Hitos de la raza* de María Cadilla de Martínez”, *Meridional* VII (2016): 227-250, 233, 235; Sonia Labrador-Rodríguez, “Mulatos entre blancos: José Celso Barbosa y Antonio S. Pedreira. Lo fronterizo en Puerto Rico al cambio de siglo (1896-1937)”, *Revista Iberoamericana* LXV, n°188-189 (1999): 713-731, 715-16.

⁹⁹⁴ Rodríguez Pastor, *El tratamiento*, 26.

⁹⁹⁵ Según Figueroa: “(...) la labor en la mujer es de por sí un factor trastornador de la buena organización del hogar y atentador a la vida de la prole, pues el trabajo de la oficina o del taller, le roba el tiempo que como madre la ley natural le demanda dedique y consagre a la crianza y educación de su hijo”. Ver Figueroa, “Mortalidad infantil”, 151. Respecto a la postura de Quevedo Báez, ver el capítulo anterior las páginas 451-452 y la sección “El médico como protector de la infancia: mecedores de cunas, comadrones”.

⁹⁹⁶ Esta figura se parece a las “mujeres pobres y victimizadas” y las “mujeres pobres y peligrosas” conceptualizadas en el análisis histórico de Briggs. Según Briggs, las autoridades coloniales y los partidos políticos promulgaban una imagen histórica, por un lado, de mujeres pobres y victimizadas, pero por el otro de mujeres pobres y peligrosas. Briggs traza una serie de “figuras femininas” implicadas en el proyecto colonial y que formaron parte del imaginario popular, los movimientos de reformas, las políticas públicas e investigaciones científicas. Tales figuras se resumen en la figura doble e “histórica” de la mujer peligrosa y la mujer víctima. Para un mayor trasfondo respecto a esta figura doble de la mujer, que no es exclusiva del caso puertorriqueño, favor ver Laura Briggs, “Race of Hysteria: “Overcivilization” and the “Savage” Woman in Late Nineteenth Obstetrics and Gynecology” *American Quarterly* 52 (2) (2000): 246-273.

y doméstica “necesitaba” métodos contraceptivos químicos y quirúrgicos más permanentes, en particular la esterilización. Esta predilección se amparaba en una representación de las mujeres pobres e ignorante que, sean ya entendidas como víctimas de las negligencias del Estado o histéricas voluntariosas que se dejan llevar por su “sexo débil”, justificaba hacer cortocircuito a la volición, saber y sentir de las mujeres. Esto no quiere decir que las mujeres fuesen víctimas pasivas del saber médico, pero sí nos permite comprender que, dentro de un contexto de recursos limitados y un discurso que ubicaba exclusivamente la responsabilidad de los niños en las mujeres, la esterilización fue relativamente consentida como un remedio y una “liberación” parcial⁹⁹⁷. Para no pocas mujeres, ser una mujer “moderna”, “responsable” y “sana” implicaba participar de dichos métodos contraceptivos, los cuales también les facilitaban una inserción en la fuerza laboral y a contribuir (aún si dicha contribución no les fuese reconocida) a la economía doméstica y nacional.

Es preciso recalcar cuán poco cambia, durante este periodo, dentro del discurso médico, los estereotipos en torno a lo femenino y la mujer. Aún vemos la insistencia metonímica de referirse solamente a la mujer cuando se habla “del sexo”⁹⁹⁸. La excepción más notable es cuando se discutía sobre sexualidad en términos psicoanalíticos, pero tales discusiones tendían a ser algo falocéntricas⁹⁹⁹. Aunque los saberes psicoanalíticos y psiquiátricos presentaban un cuestionamiento en torno a la dicotomía entre lo masculino y lo femenino, y notamos un

⁹⁹⁷Hasta cierto punto, vale recordar la aclaración que hace Briggs, quien considera que la elección voluntaria de esterilización entre las mujeres puede ser tanto una elección que fuese significada como libre y la única alternativa viable para que participasen de los beneficios de la “modernidad”. Esto no quiere decir que las mujeres fuesen agentes pasivos de alguna ideología o mecanismo estatal, privado o medicalizador sino que no es posible pensar estas elecciones fuera de los discursos y contextos no solo sanitarios sino políticos. La esterilización podía ser demonizada como antirreligiosa (particularmente por las autoridades católicas) y significada como antinacionalista y una imposición del imperialismo “americano” (como pasaba en el discurso albizuista). A la misma vez, podía ser presentada como una de las soluciones económicas clave para que el país pudiese lograr ser moderno, civilizado e industrial. Ver Briggs. *Reproducing Empire* (Thesis), 47.

⁹⁹⁸ Ver, por ejemplo, García Cabrera, "Editorial: Sífilis y sexo", *BAMPR* XXIV, n°205 (1932): 519-521.

⁹⁹⁹ Ver en particular Ortega, “Medicina”, 132-33, 136-41. La mayoría de los datos se centra en la sexualidad masculina, en particular la frecuencia de coitos, deseos sexuales y orgasmos y casi nada sobre los deseos y orgasmos femeninos.

reconocimiento del deseo sexual como algo saludable, aún se suponían ciertos esencialismos. Dichos esencialismos estaban repletos de contradicciones, en donde la mujer era, por un lado, un ser sensible, pasivo y frustrado por su sexo y, por el otro, un ser activo y peligroso que era capaz de adaptarse (debido a su “sensibilidad”), competir y derrocar la hegemonía masculina (lo cual se argüía como algo negativo o contranatural).

Tomemos, por ejemplo, lo que el “sexólogo” Ordóñez y los psiquiatras/“higienistas mentales” Ortega y Morales García decían en torno a las mujeres y las divisiones de género y sexualidad. Remitiendo al médico español Gregorio Marañón y al filósofo Ortega y Gasset, Ordóñez busca cuestionar una serie de dicotomías tomadas como verdaderas de la personalidad del hombre y la mujer en pro de argüir que existen hombres “supersensibles” y “mujeres atléticas”. Sin embargo, dicha crítica no desmentía las dicotomías tradicionales (o sus estereotipos), sino que aclaraba que tales no eran exhaustivos y fallaban en dar cuenta de los efectos que había tenido la “modernidad” en la sexualidad¹⁰⁰⁰. Estos efectos son entendidos como “desviaciones” y “perversiones” en la sexualidad de cada “sexo” (entiéndase aquí género). El galeno no duda en apuntar que la “mujer moderna” actual mostraba la “propensión guerrera del hombre primitivo” y esta propensión apuntaba a una catastrófica evolución “gineocrática” y a una “hipertrofia sexual maternal” en la mujer latina, la cual se tornaba cada vez más como la mujer “americana” y liberada (un conjunto muy equívoco de la época). La “democracia americana” y “moderna” prometía el advenimiento de una hegemonía femenina que consistía en mujeres crueles y amazónicas que tenían el afecto de

¹⁰⁰⁰ Ordóñez critica inicialmente dos estereotipos existentes: 1) en la mujer el supuesto “predominio del alma sobre el espíritu, o sea el sentimiento sobre el pensamiento; indicando con esto aptitud a lo sensible, a lo emotivo, a lo sentimental”; 2) en el hombre el supuesto predominio de “la ideación, el predominio de las facultades intelectual y el trabajo corporal”. Para demostrar los límites de dichos estereotipos remite a hombres con “supersensibilidad” y el “nuevo tipo atlético femenino”, ambos descritos como “tipos nuevos” y de “adaptación social”. En el caso de la mujer, este tipo nuevo era una adaptación estadounidense —ese “tipo moderno de mujer americana”—. Ver Ordóñez, *Influencia*, 24-25.

insectos devoradores (en particular, ante hombres “zánganos”, no aptos para sobrevivir)¹⁰⁰¹. En otras palabras, las mujeres estaban convirtiéndose en más “aptas” y esto implicaba un peligro no solo sexual sino político, y era, según el galeno, un reflejo de ese modo de “vivir moderno” que reforzaba el egoísmo (y vale notar como aquí se vinculan el egoísmo, la democracia y la hegemonía femenina como si fuesen una cadena entrelazada de desarrollos inmanentes)¹⁰⁰².

Otro ejemplo sugestivo de los sesgos de la clase médica lo encontramos en Luis Ortega, quien señalaba, como un dato muy conocido, que la sexualidad femenina era una actividad frustrada y mucho menos activa que en los hombres. Según el galeno, esta era la razón que explicaba porque las mujeres no comprendían (debido a que tenían y deseaban pocos coitos) la insaciabilidad libidinal y necesidad de acceso de expresión sexual (para evitar así los efectos negativos de la represión y la sublimación) de los varones, en particular los adolescentes¹⁰⁰³. Morales García se muestra algo menos conservador en sus observaciones en torno a la sexualidad femenina, pero sí vemos ciertos sesgos de género y clase social que vinculaban lo femenino con lo burgués, lo extravagante y lo superficial. Cuando Morales García menciona algunos casos “clínicos” de mujeres, afloran ciertos estereotipos de las “mujer bonita”, “muñeca”, “caprichosa” y con mentalidades infantiles, que eran la razón para disturbios en las casas y los problemas de conducta en los niños. Estas menciones no son simples sugerencias hipotéticas sino consejos que brinda el

¹⁰⁰¹ Ver Ordoñez, *Influencia*, 26-28.

¹⁰⁰² Ordoñez, *Influencia*, 27.

¹⁰⁰³ Un ejemplo ilustrativo de esta perspectiva la vemos cuando Ortega se refiere al adolescente masculino heterosexual como un ser que constantemente buscaba satisfacer sus deseos sexuales, en oposición a las mujeres, usualmente apáticas, que no parecen comprender este dato biológico y psicológico sobre la “energía sexual” y los “instintos sexuales” masculinos. El galeno agrega que las mujeres son incapaces de comprender el particular dilema biológico masculino del impulso sexual, a quien se le restringe injustamente el acceso a relaciones sexuales heterosexuales— “Es obviamente imposible para la mayor parte de las mujeres (incluyendo las maestras de biología) comprender los problemas que rodean a los hombres en la edad adolescente y las incitaciones eróticas que los impulsan”. Después de todo, la mayoría de ellas tienen como promedio de 1 a 2 coitos semanales mientras que estos adolescentes varones en noveno o decimo grados ya han tenido más eyaculaciones que el total de orgasmos que han tenido muchas maestras de escuelas o mujeres adultas en general. Ver Ortega, “Medicina y”, 138.

psiquiatra a los trabajadores sociales para saber cómo “atacar el problema de una forma más sabia y eficaz”, lo cual incluía no darle compensaciones económicas a una mujer que iba a malgastarlo¹⁰⁰⁴. Algunos de sus ejemplos podían de forma muy selectiva ubicar la responsabilidad de los problemas domésticos exclusivamente en la mujer (y excusar los excesos y ausencia de los hombres¹⁰⁰⁵). Por ejemplo, las borracheras y escapadas de un padre pueden deberse a una mujer/esposa/madre irresponsable, víctima de un trastorno mental (o tal vez de sífilis)¹⁰⁰⁶.

Vale cuestionar cuántos casos reales pudieron haber existido de mujeres pidiendo compensaciones que viviesen la vida de una mujer lujosa cuasi-burguesa que se dedica a socializar y no a trabajar ni cuidar sus hijos. Es preciso destacar que estos juicios hechos por Morales no son apalabrados como juicios morales ni reprimendas sexistas sino como diagnósticos clínicos

¹⁰⁰⁴ El psiquiatra toma como ejemplo el de la:

mujer bonita y muy atractiva, pero casquivana, que con sus extravagancias trae medio enloquecido al marido. Este, hombre diligente y responsable, encuéntrase al borde de la ruina. Para sostener los lujos de su mujer tiene que estar siempre pidiendo prestado y debiéndole a todo el mundo. El maniquí de su mujer mientras tanto descuida la casa y no se ocupa de los hijos. La situación ha llegado a un punto álgido, y el agente de servicio social tiene que intervenir porque uno de los chicos de este hogar ha sido endosado en la escuela por su maestra, por ser el niño un problema de conducta. Pues bien: toda esta situación se hará diáfana y comprensible después que el psicólogo haya informado que la señora madre en este caso, la preciosa muñeca que hace las delicias sociales de sus amistades y está llevando su hogar hacia la ruina, tiene la mentalidad de una niña de siete años. Conociendo este valioso dato el trabajador social estará en condiciones de atacar el problema de una forma mucho más sabia y eficaz. Podrá entonces formular un plan preparado de acuerdo con esta situación, en vez de malgastar tiempo y dinero en vanas tentativas de reajuste que estarán fuera del alcance intelectual de esta señora

Ver Morales, “El Servicio Social”, 18.

¹⁰⁰⁵ Con la figura del padre encontramos unas flexibilidades que no aplicaban a las madres, y esto puede verse en aquellos razonamientos que veían en el padre ausente y alcohólico un “padre cansado” que abandonaba o se excedía debido a las frustraciones laborales y la falta de recursos. En estos casos no vemos el mismo cuestionamiento en torno a caprichos, debilidades o histerismos sino una mirada compasiva, racional y caritativa. Por ejemplo, en un artículo del 1944, por un grupo de trabajadores sociales, encontramos el siguiente razonamiento en torno al “padre cansado”: “En hogares donde el hambre impera muchas veces los padres, cansados por vencer las dificultades abandonan el hogar y dejan a los niños a sus propios recursos; otras veces los inducen a la delincuencia. Se hace necesario proveer más asignaciones para proyectos de trabajo que brinden una oportunidad de empleo a las personas aptas y asistencia pública adecuada para todos los casos de niños, ancianos, ciegos y enfermos que lo necesiten”. Ver Rosa C. Marín, Julia Denoyers y Porfirio Díaz Santana, “La delincuencia juvenil en Puerto Rico”, *RSS V*, nº3 (1944): 12-18, 15.

¹⁰⁰⁶ Dice Morales: “En el caso de otra familia, la más estricta diligencia no será de gran provecho si se ignora el hecho de que todos los miembros de la familia, exceptuando sólo a uno, padecen de sífilis adquirida. Las escapadas periódicas y las borracheras de otro padre de familia, que al principio del estudio parecían constituir el problema principal en otro caso, tomarán otro sentido y un significado distinto al descubrir, mediante la investigación completa del caso, que la esposa de nuestro cliente es una mujer irresponsable, víctima de un trastorno mental”. Ver Morales, “El Servicio Social”, 18.

asociados por lo general a trastornos o desórdenes mentales. Este tipo de enfoque no es exclusivo de Morales García, sino que es muy propio de las prácticas médico-psiquiátricas, y psicológicas de la época. Implícitamente encontramos este enfoque en textos que buscaban “rescatar” a la mujer abusada. Vale recordar que durante este periodo las leyes en torno a abuso domestico eran aún muy laxas¹⁰⁰⁷, y en estos escenarios la mujer abusada era dualmente patologizada y victimizada. En otras palabras, la mujer era conceptualizada como histérica y enferma porque pasaba por un trauma y ante ello utilizaba mecanismos de defensa. El objetivo médico-social era principalmente resolver las causas inmediatas a nivel terapéutico más que resolver las causas sociales o condiciones de posibilidad que llevaron a ello. En ese sentido las posibles causas del abuso, su historicidad, refuerzo y posible retorno eran prácticamente ignorados.

Por ejemplo, tenemos un artículo de mediados de la década de los cuarenta que analiza el caso de una mujer de 28 años diagnosticada con “Neuro-Circulatory Asthenia¹⁰⁰⁸” o neurastenia, la cual tenía cinco hijos y estaba casada con un hombre “muy adicto a la bebida” y que la “maltrataba” (y este es el término el usado por la autora del texto). La trabajadora médico-social interpretó que la paciente había “desarrollado una actitud de temor hacia su esposo y siendo su enfermedad un buen escape que justificaba estar lejos de él, inconscientemente se aferraba a no mejorar”¹⁰⁰⁹. La trabajadora medico social llevó a cabo varias entrevistas con el esposo y le “interpretó como su conducta estaba afectando directamente la salud de su esposa”. Según la trabajadora social, el

¹⁰⁰⁷ Antes de la década de los setenta y la creación de la Ley n°54 en el 1989, lo más cercano que podía haber era el “trato cruel e injurias graves” (art.96) como causa de divorcio. Las leyes de “maltrato” (agravado, mediante amenaza y agresión sexual conyugal) van a formularse en los artículos 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 y 3.5 en la Ley n°54 en el 1989. En torno al artículo 96 en donde aparecen las causas del divorcio dentro del Código Civil del 1930, ver una reproducción en <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/lexcodigoc/lexdivorcio.htm>.

¹⁰⁰⁸ Se trata de otro nombre para referirse a la neurastenia, en particular cuando se refería a síntomas de ansiedad. Ver por ejemplo Mandel E. Cohen, “Neurocirculatory Asthenia (Anxiety Neurosis, Neurasthenia, Effort Syndrome, Cardiac Neurosis)”, *Medical Clinics of North America*, XXXIII, n°5 (1949): 1343-1364, 1343.

¹⁰⁰⁹ Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 446.

esposo estaba muy preocupado por ella y deseaba que regresara a la casa y para ello “dejó de tomar licor”¹⁰¹⁰. Con esta breve intervención (en apariencia “psicoterapéutica”) se resolvió el problema. Se le proveyeron a la mujer algunas compensaciones y servicios (no se explicita por cuánto tiempo ni cantidades concretas) para ayudar al proceso de transición, de retorno al hogar, en donde la mujer pudo lograr paulatinamente resumir la responsabilidad del hogar¹⁰¹¹.

Notemos como el temor hacia el esposo se conceptualizó como un “escape” y una reacción de “defensa” que era patológica. Esta conceptualización patologizaba a la víctima (la cual era claramente identificada en el texto como víctima de maltrato) y de forma muy parcial reconocía la agresión del esposo, en tanto y en cuanto causa del “escape” de la esposa. El problema para resolver aquí era el “escape” de la función doméstica (y no tanto el abuso doméstico) y la solución era “resumir” la función doméstica a la mayor prontitud. En otras palabras, la mujer padecía de un temor patológico que, si bien no era su culpa, la intervención terapéutica lo que buscó fue “educar” y “concientizar” al agresor, al esposo alcohólico, para así retornar a la “normalidad” (que la mujer/madre hiciese sus labores maternas y domésticas). El peso de la recuperación recaía entonces sobre la mujer la cual, con la promesa de no volver a ser maltratada (asociada al alcoholismo del esposo) y un poco de reposo (dada la ayuda temporal doméstica prestada por Servicios Sociales), debía retornar a su rol productivo (y posiblemente reproductivo también).

Igualmente encontramos críticas dirigidas a las capacidades de las enfermeras y comadronas auxiliares, como las hechas por Belaval¹⁰¹². Belaval consideraba que los requisitos de las escuelas

¹⁰¹⁰ Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 446-47.

¹⁰¹¹ Para aliviar el cuidado de los niños, el Servicio Social le consiguió “un ama de llaves que los atendiera mientras la paciente mejoraba”, y ella, al tener la “seguridad de que se estaban haciendo estos arreglos y notó el cambio en la conducta de su esposo, empezó a mejorar y fue dada de alta al poco tiempo volviendo a asumir la responsabilidad de su hogar”. Ver Servicio Médico Social, “El trabajo médico-social”, 447.

¹⁰¹² Belaval, “Consideraciones generales”, 51; Belaval, “La práctica”, 192.

en Puerto Rico para cualificar la entrada de enfermeras y comadronas auxiliares eran insuficientes y la instrucción era demasiado teórica y simplificada¹⁰¹³. Belaval lamentaba que las comadronas oficialmente educadas eran, en aquel entonces, a lo sumo un “mal necesario” que no había alcanzado la formación necesaria y especializada como en otros países¹⁰¹⁴. A tono con esta crítica, vemos que en el 1943 el tocólogo responsabilizaba a las comadronas auxiliares del exceso de parturientas muertas en el Negociado de Salud Maternal e Infantil¹⁰¹⁵. No queda del todo claro cómo, en términos metodológicos, Belaval logra justificar esta adjudicación de culpa, y parece ser más una inferencia a partir de “lo sabido” por él (el autoproclamado “comadrón”) sobre las comadronas: eran mujeres ignorantes que carecen de los saberes y medios suficientes para evitar las “complicaciones del embarazo, parto y puerperio”, causando así eclampsias y accidentes hemorrágicos y sepsis¹⁰¹⁶.

Sin embargo, hay una corrección importante que hace Belaval en torno al tema en el 1945, reconociendo que, después de todo, una de las causas para la reducción de la mortalidad infantil fue la asistencia de las comadronas auxiliares y la dirección de la Dra. Marta Robert de Romeu en el Negociado de Higiene Maternal e Infantil¹⁰¹⁷. Cuando se estudiaba la mortalidad puerperal del 1933 al 1943 se notaba una reducción de mortalidad de un 31.5%, la cual se debió mayormente a

¹⁰¹³ Belaval, “La práctica”, 192, 196; ver también Belaval, “Estudio”, 182.

¹⁰¹⁴ Belaval denuncia el estancamiento que ha habido al respecto en comparación con Suecia y Noruega. Ver Belaval, “La práctica”, 195.

¹⁰¹⁵ Esta acusación se da como parte de una investigación hecha en la década de los cuarenta por Belaval. En el 1943 el Negociado a Salud Maternal e Infantil estuvo investigando las causas de muertes puerperales, en particular para revisar y comprobar el trabajo de las Comadronas Auxiliares, y esto se le asignó a Belaval. De 337 muertes puerperales en el 1942 se encontró que 75% provenían de la zona rural, 78% eran blancas y solo 18.39% habían recibido servicios de cuidado prenatal (el resto no habían visto un médico). Mayoría de estas muertes eran por “accidentes hemorrágicos” y “eclampsias”, y estas son consideradas, de acuerdo con Belaval, efecto de la ignorancia de las comadronas (y no la falta de recursos, de un hospital especializado u otras complicaciones). Ver José S. Belaval, “Estudio sobre la Mortalidad Puerperal de 1942”, *BAMPR XXXVI*, n°4 (1944): 178-85, 178-79.

¹⁰¹⁶ Belaval describe de tal manera a las comadronas: “muchas de ellas analfabetas ignorantes, muy abnegadas pero carentes de los conocimientos, experiencia y medios necesarios para poder atacar oportunamente y con la urgencia”. Ver Belaval, “Estudio”, 181.

¹⁰¹⁷ José S. Belaval, “Declinación de la mortalidad puerperal en Puerto Rico de 1933-1943”, *PRJHTM XX*, n°4 (1945): 524-28.

la participación de comadronas con licencia y el haberles enseñado a ellas el uso de ungüentos, aceites y otros tratamientos para la asepsia de las parturientas¹⁰¹⁸. Belaval reconoce inclusive que las resistencias que tuvo para la legislación de las comadronas en el 1931 estuvieron equivocadas¹⁰¹⁹. Belaval aclaraba que aquellas mujeres que habían sido identificadas como “ignorantes” eran las personas que se habían encargado y responsabilizado de la mayoría de los partos por mucho tiempo¹⁰²⁰. Belaval destacaba nuevamente, pero ahora en un tono distinto y más sensible a las necesidades de sus colegas, de una mejor educación especializada si se deseaba reducir más la mortalidad puerperal de las parturientas. A ello agrega también la necesidad de una mejor compensación salarial para las comadronas y enfermeras¹⁰²¹, señalamiento que ya había hecho también Marta Robert de Romeu¹⁰²².

¹⁰¹⁸ Belaval, “Declinación”, 526-27.

¹⁰¹⁹ Belaval admitía: “hemos de reconocer complacidos que estábamos equivocados al oponernos a ella, y hoy día nos sentimos satisfechos al hacer constar públicamente los notables resultados obtenidos con la aplicación de dicha ley”. Ver Belaval, “Declinación”, 525.

¹⁰²⁰ Dice Belaval:

Nos opusimos entonces tenazmente a que se admitiese a la práctica de la tocología a todo un grupo de mujeres incompetentes e ignorantes, porque pensamos que, por su misma ignorancia, estas mujeres, una vez en posesión del certificado, habrían de creerse capaces de atender cualquier caso complicado que ante ellas se presentase, lo cual habría de constituir un grave peligro para las parturientas. No tuvimos en cuenta al pensar así el hecho cierto de que esas mismas mujeres, amparadas o no por la ley, venían de antiguo —y posiblemente continuarán en el futuro — asistiendo el 80 por cientos de los partos que, por diversos motivos, no pueden ser atendidos por los médicos.

Pese al tono loable de admisión de un error, vale notar que Belaval sigue refiriéndose a dichas mujeres como incompetentes e ignorantes (y no aclara que ellos las percibían erróneamente así). Ver Belaval, “Declinación”, 524.

¹⁰²¹ Belaval, “Declinación”, 528.

¹⁰²² La doctora en medicina había escrito brevemente, en un artículo publicado en *Puerto Rico Ilustrado* en el 1942, sobre la relevancia de la enfermería en Puerto Rico. Aunque no menciona a las comadronas, no es difícil notar que las críticas que menciona en torno al estado de la enfermería en el País aplicaban también a las comadronas auxiliares (la galena fue directora del Negociado de Higiene Maternal e Infantil, y manejaba ambos grupos de profesionales). Entre los aspectos que señalaba estaba la falta de consideración y respeto a las enfermeras. Llama la atención, casi como si fuese un comentario a las críticas de Belaval, que Robert de Romeu señalaba que la educación de las enfermeras no es tan especializada como la de sus análogas en otros países, pero igualmente su paga y trato es también mucho más bajo y despectivo:

En Puerto Rico todavía no se le hace justicia debida a la profesión de enfermera: aún están mal retribuidas, aún están mal tratadas. Todavía hay quien cree que una enfermera, por el hecho de ser enfermera, no merece ser considerada como una profesional y la rebajan en su orgullo profesional y hasta ofenden su dignidad de mujer; pero ella, que conoce de la abnegación que su profesión le impone, espera confiada que se le haga justicia y que sus méritos tengan la justa recompensa. Es verdad que en Puerto Rico la profesión de enfermera no ha alcanzado el nivel de preparación alcanzado en otros países, pero es que todo en la vida es relativo.

Algunos especialistas, como Figueroa, destacaban la importancia de la “*nurse*” comadrona, la cual no debería ser maltratada ni confundida con una simple ayudadora o sirvienta doméstica¹⁰²³. Sin embargo, a nivel general la imagen de la comadrona, educada oficialmente o no, continuaba siendo negativa, siendo descrita aún (como hizo Figueroa) como una “simple ‘recogedora de muchacho’”, una “ignorante complicadora del parto” o una “simple inconsciente infectadora del niño”¹⁰²⁴. Y es aquí en donde es preciso notar que a las mujeres solamente se les reconocía un saber si tal era, o completamente obediente al médico o si se asemejaba a la educación especializada en el Europa o Estados Unidos.

La idealización de la mujer como un sujeto doméstico y obediente la encontramos también en cierta imaginaria que se tenía de la enfermera como la “compañera” del médico. Por ejemplo, Arana Soto reproduce un poema francés del 1934 llamado “La verdadera esposa del médico”, como parte de la celebración de la semana de la enfermera en el 1943¹⁰²⁵. Vale notar que dicho poema es enunciado cuando se está celebrando la semana de la enfermera, aludiendo con ello que la relación entre doctor y enfermera no solo estaba determinada por relaciones de género sino específicamente por la relación conyugal de esposo y esposa. El texto resaltaba esos ideales morales y virtudes de la buena esposa, la cual no cuestiona, pregunta ni averigua, siendo así obediente y respetuosa a su esposo médico (a quien ni si quiera pregunta cuánto gana de

Mientras en otros países el sueldo de enfermera le permite vivir una vida a la altura que la profesión requiere, aquí en Puerto Rico se ha venido retribuyendo a la enfermera con sueldos impropios de \$50 a \$60 mensuales. Ver Marta Robert de Romeu, “Llamamiento a las jóvenes puertorriqueñas para estudiar la profesión de enfermería”, En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 265-67, 265-66.

¹⁰²³ Figueroa hace una leve salvedad en torno a la “*nurse* comadrona” cuando discute en torno a los servicios de “Asistencia Externa” en su informe sobre el Hospital de Maternidad. Bajo “Asistencia Externa” se designaban aquellos servicios cuando faltaban camas en el Hospital de Maternidad, y estos eran llevados a cabo por una “*Nurse* comadrona” (en el 1933-34 era Miss Carmen Díaz). Figueroa lamentaba que estas “*nurses*” (y vale notar el uso del término anglosajón para designar mayor educación, autoridad y dominio técnico) eran en ocasiones maltratadas como si fuesen una “vulgar doméstica”. Ver Figueroa, “Informe”, 325.

¹⁰²⁴ Figueroa, “Mortalidad infantil”, 146.

¹⁰²⁵ Salvador Arana Soto, “La verdadera esposa del médico”, *BAMPR XXXV*, n°6 (1943): 247.

salario)¹⁰²⁶.

Antes que cerremos este análisis, debemos tomar en consideración otro tema que se asociaba a las mujeres y la maternidad: la crianza de los niños. Durante este periodo podemos notar una mayor atención y problematización de la infancia, no ya desde una perspectiva fisiológica sino psicológica y sociológica que, en su mayoría, se interesaba en el bienestar de los niños en tanto y en cuanto aseguraba que no se convirtieran en “cargas” para el Estado. Aunque el enfoque de esta disertación no son los niños, sí nos parece oportuno detenernos en discutir este particular giro que hay en torno a la medicalización y la psicologización de la niñez durante las décadas de los treinta y cuarenta.

4. Los niños difíciles y delincuentes: todo empieza en el hogar

Para inicios de la década de los cuarenta, notamos con mayor visibilidad un enfoque hacia los aspectos psicológicos o mentales del niño, en particular cuando se vinculaba con el desarrollo potencial de la criminalidad. Se administraban pruebas de inteligencia a niños para establecer correlaciones entre inteligencia y delincuencia; y como era de esperar se había comprobado una relación inversa¹⁰²⁷. También en la década de los cuarenta podemos notar cómo se buscaba

¹⁰²⁶ Dicho texto expone o siguiente:

Que has de ser más virtuosa aún que las demás mujeres más un mismo tiempo buena, alegre y discreta
 Nunca serás celosa y tendrás en tu dueño y esposo la mayor confianza, indispensable a su felicidad y a la
 suya
 Tendrás su casa en orden, sin procurar saber a quién trata, ni aún si recibe en su casa mujeres de mala vida
 Le ayudarás a llevar sus cuentas, si él te lo pide, más ni siquiera tratarás de saber lo que gana y lo que gasta,
 si te da cuanto necesitas para ti y para tus hijos
 Evitarás ayudarlo en el ejercicio de su arte sobre todo cuando ha de derramar sangre (...).

Ver Arana Soto, “La verdadera esposa”, 247.

¹⁰²⁷ De acuerdo con Guillermo Bernal, en la década de los cuarenta, el Negociado de Instituciones refirió a 181 niños para que se le administrasen pruebas de inteligencia y encontraron una relación inversa entre inteligencia y conducta delictiva. Los niños que obtuvieron un C.I. (Coeficiente de Inteligencia) mayor de 70 fueron enviados al Hogar Insular de Niños o Niñas. Aquellos con cifras inferiores eran regresados a sus comunidades. Posteriormente se redujo el criterio a un C.I. de 50 porque más del 50% de los niños que eran sometidos a las pruebas no cualificaban. Ver Bernal, “La psicología”, 353-54.

reformular ciertos “viejos ideales” en torno a la niñez, y con ello enfatizar que los niños, en tanto que “primer eslabón”, debían ser vigilados y guiados desde un inicio. Este tipo de disciplina y control debía operar como una especie de gobernabilidad aparentemente laxa: hay que dejar que los niños sean espontáneos/sean niños. Lo pertinente aquí es notar como el discurso médico de la crianza y el desarrollo mental de la niñez se enfocaba en resaltar la importancia de regular el “medio”¹⁰²⁸, el cual se reducía a las dinámicas y roles paternofiliales en el hogar. La herencia era importante, pero, como señalaba un psiquiatra, lo determinante era el ambiente, reducido principalmente al hogar, sea ya para reprimir o facilitar ciertos potenciales¹⁰²⁹. Ya no bastaba la higiene y la nutrición, se requería una vida familiar y hogar “estable”¹⁰³⁰ que moldeara el carácter del niño para así evitarse la delincuencia juvenil¹⁰³¹. En esta perspectiva, la “estabilidad” tenía que ver con asegurar familias “normales”, lo cual significaba “intactas” / “completas” en donde padre y madre cohabitaban de forma legal¹⁰³².

Los especialistas señalaban la relevancia de considerar los factores psicológicos del niño.

Dichos factores se tendían a reducir al manejo de las emociones del niño para así evitar el

¹⁰²⁸ Tenemos, por ejemplo, como Mario C. Fernández, un psiquiatra señalaba la relevancia del “aspecto mental” en la niñez, el rol del hogar y la familia como el “primer eslabón de la sociedad, la primera escuela del niño, el mundo en miniatura donde se forja y se condiciona su personalidad”. Ver Mario C. Fernández, “Apuntes sobre higiene mental”, *RSS II*, n°2 (1940): 4-6, 4. Arana Soto, *Diccionario*, p.108.

¹⁰²⁹ Fernández, “Apuntes sobre”, 4.

¹⁰³⁰ Como concluía una trabajadora social en el 1947 a partir de un análisis del historial de presidarios: “el hogar como causa de la delincuencia” y el “hogar como solución al problema, etc”. Ver Clara Lugo de Sendra, “El hogar y la religión como factores de control en el problema de la delincuencia”, *RSS VIII*, n°2 (1947): 5-12, 7.

¹⁰³¹ Como iban a señalar un grupo de trabajadores sociales en el 1944, la “vida de familia” era la “fuerza que moldea el carácter de los individuos”. Por esa razón, los autores insistían que era necesario, para cualquier programa que quiera “combatir la delincuencia infantil”, asegurar que el niño “tenga un hogar que le proporcione los elementos indispensables para un desarrollo y crecimiento normales”. Ver Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 15.

¹⁰³² Por eso encontramos estudios que correlacionaban los delitos con niños que vivían con un solo padre o madre, que eran parte de hogares ilegítimos o que provenían de un “arrabal”. El objetivo era comparar estas familias con las familias “normales” para así establecer patrones en torno al origen de la delincuencia. Como señalaba la trabajadora social Angelina Cruz: “un hogar incompleto es uno de los factores que puede encontrarse donde hay problemas de conducta”. Ver Angelina Cruz Apellániz, “Estudio de los problemas de conducta evidenciados en niños escolares procedentes de hogares donde faltan los padres”, *RSS X*, n°4 (1949): 13-19, 12-17; Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 22.

desarrollo del “niño problema”¹⁰³³ o de traumas psicológicos — los traumas, según un psiquiatra, eran los “gérmenes de la enfermedad mental”¹⁰³⁴—. Esta preocupación justificaba la necesidad de tratar al niño con respeto y cordialidad mutua, y fijarse en sus emociones e “instintos”. El niño no podía ser ya visto como un adulto en miniatura y tenía unas necesidades particulares que debían satisfacerse y asegurarse para evitar el desarrollo de problemas internos. No proveer dicho ambiente obstruía y deprimía, según decía el obstetra Lorenzo A. Balasquide en el 1945¹⁰³⁵, el “desarrollo natural” de la personalidad del niño, y esto tenía como consecuencia el “advenimiento de tipos como Hitler y Mussolini en nuestra sociedad”¹⁰³⁶.

Balasquide aclaraba que los niños, si bien eran un “organismo móvil”, no eran completamente moldeables y por eso requerían ciertas libertades y regulaciones, dado que no era aún un “organismo estático” como el adulto¹⁰³⁷. Balasquide menciona que existían tres filosofías o doctrinas en torno al niño —la restrictiva, la *laissez faire*¹⁰³⁸ y la evolutiva— y de todas ellas la mejor y más científica era la “evolutiva” (evidentemente era la que tenía un nombre más asociado a un proceso científico-natural). La perspectiva evolutiva era la que facilitaba que los niños interactuaran libremente con la madre e hicieran aquellas actividades que les eran propias a su

¹⁰³³ Fernández recomendaba que los padres e hijos tuviesen una relación de “íntima y suma cordialidad”, “mutuo respeto”, incluyendo el “derecho que tiene el niño a vivir su propia vida”. Ver Fernández, “Apuntes sobre”, 5.

¹⁰³⁴ Fernández, “Apuntes sobre”, 6.

¹⁰³⁵ Balasquide dedicó textos a cuestiones médicas sobre la mujer y madres, dedicando algunos textos a la niñez. Hemos de suponer que tal vez era obstetra. Ver L.A. Balasquide, “Algunas consideraciones sobre los conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño”, *BAMPR XXXVII*, nº5 (1945): 183-88, 183; Arana Soto, *Diccionario*, 38.

¹⁰³⁶ Balasquide, “Algunas”, 183-84.

¹⁰³⁷ Balasquide, “Algunas”, 183.

¹⁰³⁸ Las primeras dos doctrinas eran las que más se amparaban en analogías y lenguaje político, llamadas la “autoritaria” y la de “*laissez-faire*”. Como justamente suponen estos nombres, la primera era descrita como más restrictiva e impone ideas y ciertos hábitos a través del condicionamiento —“aprendizaje y de los reflejos condicionales”— que consideraban como debilitantes el “mimo, el mecer y el cantar” porque “malcrían” al niño. Aunque el galeno no lo identifique como conductismo, dichas posturas eran muy comunes entre los llamados behavioristas, en particular desde John Watson, y resulta interesante que las critica por considerar que “en nombre del tecnicismo y de la ciencia” la ciencia dejaba de hacer ciencia. Dejaba de ser ciencia, según Balasquide, porque utilizaba un régimen absolutista que obligaba al niño a comportarse de una forma que no era natural ni propiamente adaptativa porque se iba en contra de las leyes de crecimiento. Ver Balasquide, “Algunas”, 184.

desarrollo, y de ahí iban a salir los “líderes del futuro”¹⁰³⁹. El obstetra criticaba la tendencia actual de crianza, considerándola “restrictiva”, de persistir demasiado en “dirigir la vida” de los hijos y esto disminuía sus habilidades para “usar su propio juicio y retardará su desarrollo mental”, haciéndolo incapaz de “afrontar los embates de la vida”¹⁰⁴⁰. No es difícil ver aquí una crítica similar a la de Fernós Isern en torno a la centralización y de los vicios de fomentar una actitud de dependencia y “mantengo” en la población; entiéndase una crítica que buscaba “flexibilizar” los modos de gobierno para así facilitar más una autonomía local. Similar a la crítica de Fernós Isern, dicha autonomía local estaba gobernada y dirigida por sabios y especialistas que aseguraban la estabilidad política.

Balasquide defendía una crianza más “natural”, entiéndase por ello “científica” y “libre”, que tenía como objetivo evitar que los niños se tornaran rebeldes o revoltosos. En otras palabras, esta visión contra lo autoritario, lo “restrictivo” y cierto nivel de disciplina se fundamenta a través de la siguiente premisa que proclamaba Balasquide: “es axiomático que el pueblo que se siente satisfecho nunca hace revoluciones”¹⁰⁴¹. El uso del significante “revolución”, como si tal fuese sinónimo de delincuencia o de una especie de desorden que debe evitarse, es muy sugestivo. Evidentemente, puesto de esa forma, el argumento de Balasquide se presentaba como pragmático, preventivo y sensible. De acuerdo con el galeno, la postura científica evitaba los excesos de la doctrina liberal del *laissez-faire*, la cual estaba amparada irresponsablemente en la “tolerancia” y “la impasibilidad absoluta”, que dejaba al niño hacer cosas según su “intuición” o “instinto”, en “plena libertad” y sin intervenciones¹⁰⁴².

¹⁰³⁹ Balasquide, “Algunas”, 188.

¹⁰⁴⁰ Balasquide, “Algunas”, 185.

¹⁰⁴¹ Balasquide, “Algunas”, 185.

¹⁰⁴² Esta visión era, según Balasquide, vaga, irresponsable y contraria a los deberes sociales. Ver Balasquide, “Algunas”, 185.

Sin desestimar los adelantos en torno a una perspectiva más científica y empírica del desarrollo biológico y psicológico del niño, no debemos perder de perspectiva que estos enfoques estaban motivados a evitar el desarrollo de “niños problema” y futuros delincuentes. Ya desde PRERA el tema de la delincuencia juvenil se había sido abordado, pero no fue hasta mediados y finales de la década de los cuarenta que el tema empieza a ser pensado fuera de los registros de la criminología e integrado junto a los demás problemas médico-sociales¹⁰⁴³ y desde una perspectiva psicológica y médico-social. Ejemplo de ello es un estudio de un grupo de trabajadores sociales (Rosa C. Marín, Julia Denoyers, Porfirio Díaz Santana¹⁰⁴⁴), que buscaba atisbar con los posibles orígenes de la delincuencia juvenil, destacando entre las causas más relevantes el “hambre y la escasez” y los problemas mentales y de salud —muchos eran “retardados mentalmente o sufren de defectos físicos”—. A tono con las perspectivas que hemos mencionado de rehabilitación social, los autores optan por una perspectiva vocacional y educativa, pese a que en realidad no hubiera instituciones aptas para atender jóvenes con problemas mentales o de déficits de aprendizaje severos¹⁰⁴⁵. Aunque ciertamente las instituciones correccionales y educativas/vocacionales habían mejorado en términos de alejarse de la inicial perspectiva punitiva, en gran parte por razones pragmáticas (que dichos espacios tenían efectos contraproducentes en el niño¹⁰⁴⁶), aún estaban lejos de ser

¹⁰⁴³ Pareciera que del 1934 al 1936, como parte de la PRERA, la División de Prueba y Libertad bajo Palabra (del Departamento de Justicia) señaló al problema de la delincuencia juvenil. Sin embargo, una vez cesaron los fondos federales, las labores iniciales también se detuvieron. Dicho tema fue discutido en distintas asambleas, como la de Bienestar Público, el Congreso de Criminología del 1939 (en Ponce), el Primer Congreso del Niño de Puerto Rico (en el 1941), entre otros. Ver Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 12-13.

¹⁰⁴⁴ Según la sección de “Colaboradores” en el número que aparece el artículo Marín es la Presidente del Colegio de Trabajadores Sociales, Díaz Santana el Secretario Ejecutivo de la Comisión de Seguros Sociales y Denoyers una trabajadora social del Negociado Bienestar del Niño (de la División de Bienestar Público) y catedrática de la UPR.

¹⁰⁴⁵ Entre las sugerencias dadas por los autores estaba usar la Escuela Industrial para Jóvenes (Mayagüez) y la Escuela Ana Roqué Duprey para Niñas (Ponce), las cuales requerían más recursos y personal, para así ofrecer “oportunidades educativas y recreativas necesarias”. En un tono similar, Balasquide, al aludir a los “avances de la higiene del niño”, lamentaba cuán inadecuadas eran las instituciones públicas y privadas “para los individuos incapacitados mentalmente”. Ver Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 13-14; Balasquide, “Algunas”, 187.

¹⁰⁴⁶ Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 18. Según aparece en la sección de “Colaboradores” del número en que participa, Rodríguez Higuins era el Secretario de la Junta de Salario Mínimo.

espacios terapéuticos¹⁰⁴⁷. Por esa razón, la solución radicaba en mejorar el “medio” y para ello se insistía no ya solamente en corregir la conducta del niño sino en transformar los recursos y medios de la familia entera del niño.

En ese sentido, el ambiente ideal debía ser un “ambiente sano y en una vivienda higiénica”¹⁰⁴⁸; y para ello se requerían de más programas que facilitaran ayuda vocacional y económica a los padres. Los autores declaraban que la cantidad actual de compensación (\$7.50) era insuficiente para “beneficiar” a las familias¹⁰⁴⁹ y las facilidades de los caseríos eran también insuficientes para ocupar a los que la necesitaban (familias numerosas no recibían el servicio para evitar así el hacinamiento)¹⁰⁵⁰. También se requería de servicios (como “amas de llaves”) para asistir en aquellas casas que la madre estaba ausente o trabajaba, de maestros visitantes para niños con problemas de conducta, el uso de programas y organizaciones (como Niños y Niñas Escucha, la YMCA, Clubes 4h, y otros) que educaban y promovían liderazgo y más espacios recreativos y deportivos para niños¹⁰⁵¹. La finalidad de estas actividades era nuevamente evitar o remediar la delincuencia juvenil, y esto se lograba invirtiendo y gastando las energías de los niños en cosas productivas en vez que destructoras¹⁰⁵². Lo ideal era que hubiese una cooperación entre familia, iglesia y escuela, para que así el niño no terminara siendo, según Higgins, una “obra trunca”,

¹⁰⁴⁷ Aún para la década de los cuarenta, como señalaba Felix Higgins, había niños entre 11 y 15 años en las cárceles, yendo desde 73 en el 1915 hasta 176 en el 1943, dato que reflejaba que tanto las Cortes Juveniles como las escuelas correccionales “han fracasado en los propósitos para los cuales se presume fueron creadas”. Ver Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 19.

¹⁰⁴⁸ Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 16.

¹⁰⁴⁹ Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 15.

¹⁰⁵⁰ Según los autores, los caseríos, a través de las Autoridades de Hogares, habían sido construidos para “eliminar los arrabales, pero éstos aún persisten”; y al parecer en los caseríos estaba el problema de que tendían a aceptar familias poco numerosas (para evitar el hacinamiento) y tener un sueldo para el pago mensual de arrendamiento. Ver Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 16.

¹⁰⁵¹ Higgins insistía que se debía abrir más espacios recreativos y deportivos para los niños (que ni patios tradicionales tenían), dado que escaseaban en comparación con los espacios de recreación y socialización adulta del moderno *week-end*. Ver Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 15, 17; Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 21-22.

¹⁰⁵² Marín, Denoyers, Díaz Santana, “La delincuencia”, 16.

fragmentado y relegado a las responsabilidades de otros¹⁰⁵³. A nivel de la enseñanza familiar, se debía tener un ambiente propicio para el estudio y que enseñase los valores morales del sacrificio, el sentido de solidaridad y la cooperación¹⁰⁵⁴.

Si por un lado estas perspectivas de rehabilitación social, que reconocían la relevancia de reformar y transformar lo económico, parecen ser más conscientes del efecto del ambiente, no por ello dejaron de reforzar una imagen negativa de las clases pobres como “clases inferiores”, de esas “malas yerbas” que eran un producto pasivo de violencia, concupiscencia e irresponsabilidad. Esta clase social sigue siendo, por un lado, representada dualmente como víctima y culpable, “torturadas” y “sufridas” que viven en suciedad, fealdad y carencia, pero por el otro lado determinadas a tener valores morales inferiores, ser desordenadas, concupiscentes, sin religión y sin la presencia de ambos padres¹⁰⁵⁵. Aquí podemos notar que aún aquellos que se oponían al determinismo de la herencia biológica imaginaban la “vivienda inestable” y “enfermiza” como un cuerpo degenerado y repleto de malas herencias, que infectaba e influía de forma determinante a los niños pobres, tornándolos en futuros delincuentes. El tono de simpatía por los niños malnutridos, desterrados y aislados iba de la mano con proponer que el destino de los niños pobres, en particular si vivían aislados en el campo, era migrar a la ciudad para delinquir¹⁰⁵⁶. Sea en el campo o en el arrabal, se presentaba la vivienda del niño como abusiva, humillante y carente de

¹⁰⁵³ Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 24.

¹⁰⁵⁴ Sendra, “El hogar”, 9.

¹⁰⁵⁵ Según Higgins, las circunstancias que “empujan al niño hacia el delito” eran de índole “económico social” y explicaba por qué tendían a proceder de “las clases inferiores”, de “esa clase sufrida y torturada” (como ya lo había señalado en el 1930 el magistrado Pablo Berga y Ponce de León). La mayoría de los niños venían de “hogares desorganizados, rotos o sumidos en la miseria o el desorden, donde los valores sociales o morales son demasiado bajos o no existen”. En un tono similar, la trabajadora Clara Lugo de Sendra lamenta y dice algo que supone común y conocido entre su audiencia: “Repetirla para ustedes sólo parte de lo que ustedes saben: que los delincuentes provienen, en su mayoría, de hogares en que la violencia, la concupiscencia y la irresponsabilidad son malas yerbas que crecen con holgura, abonadas por el hambre, la promiscuidad de los sexos, el abandono en que crecen los niños, la fealdad, la suciedad del ambiente, etc., etc”. Ver Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 19-20; Sendra, “El hogar”, 7.

¹⁰⁵⁶ Rodríguez Higgins, “La delincuencia juvenil”, 21.

estabilidad, sea esta física o emocional¹⁰⁵⁷.

Por un lado, los estudios del desarrollo de la niñez mostraban ciertos avances que eran congruentes con los estudios en torno a la pobreza y vivienda de los trabajadores, en particular el acento no ya tanto en las herencias biológicas sino en el potencial de rehabilitar a través del medioambiente los déficits y “pobrezas” de dichas poblaciones. Inclusive, dichos estudios eran aún más explícitos en ubicar la responsabilidad en las autoridades y no en los pacientes. En otras palabras, si bien el discurso médico-social podía responsabilizar a los adultos/padres por los problemas de crianza de la niñez, de esa forma considerando al niño como un “irresponsable” (como se tendía a hacer con ciertos enfermos y débiles mentales), también reconocía que ningún cambio iba a ser posible sin la asistencia del Estado. Hasta cierto punto, con el tema de la niñez, se exacerbaban los reclamos en torno a la falta de recursos y servicios (presentes ya, por ejemplo, cuando se hablaba de la tuberculosis) y dichos reclamos son nuevamente reforzados como inversiones productivas. La diferencia más notable e inmediata es la insistencia en hacer esto para evitar que dichos niños se conviertan en criminales o inadaptados (argumento que también era utilizado cuando se identificaba la mendicidad y la pobreza como problemas sociales).

Por el otro lado, este giro y acento en regular los aspectos psicológicos de la niñez no deben verse como independientes ni una ruptura total con los procesos que hemos ido mencionando en estas secciones; entiéndase de que tenemos una medicalización de la pobreza que reflejaba sesgos moralistas. Esto no quita ciertos adelantos y sensibilidades importantes, pero sí busca contextualizar cómo dichas sensibilidades operaban consecuente con ciertos intereses de clase social, interés económico e imaginarios en torno a lo que debía ser “normativo” para los

¹⁰⁵⁷ Cruz Apellániz, “Estudio”, 16

puertorriqueños “modernos” / “modernizados”. Similar al caso de las mujeres, la voz y experiencia de los niños quedaba eclipsada e interpretada dentro de lo que se suponía que eran explicaciones científicas y biológicas (y algunas livianamente sociológicas) que, al fin y al cabo, reforzaban ideales sociales: el sujeto sano era un sujeto seguro, autónomo y obediente. Otra voz que era silenciada era la de los pacientes pobres y negros. Por esa razón vamos a cerrar esta sección con una discusión en torno a cómo el discurso médico reforzaba una serie de posturas racialistas y racistas que justificaban la imagen de que el país era enfermizo justamente por su mezcla de razas.

5. Raza, mestizaje e inmunidades selectivas: la selectiva biologización, clasificación y blanqueamiento de los *colored*, mestizos y mulatos

Las tesis de inmunidad racial no parecían corroborarse con facilidad en Puerto Rico, dato que interesaba a los médicos estadounidenses que buscaban durante este periodo establecer patrones y correlaciones entre razas y disposición a enfermedades bacteriológicas y virales. Estas discrepancias reflejaban los problemas que había en torno a cómo se percibían y clasificaban las razas en Puerto Rico y cómo, de forma selectiva y parcial, el concepto raza podía quedar supeditado a otras categorías y “problemas”. Como retomaremos más adelante, la clase médica parece reflejar las estrategias de las elites y clases intelectuales de las décadas de los treinta, como Tomás Blanco (que también era médico), que consideraban que en Puerto Rico no existía verdaderamente racismo y se vivía en una especie de armonía y “democracia racial”.

En Puerto Rico, los pocos estudios que destacaban el tema de inmunidad racial fueron desarrollados por especialistas en malaria, tuberculosis y microbiología, y resulta difícil identificar cuán versados eran en realidad en asuntos de inmunología o inclusive genética. Muchas de las observaciones realizadas en estos pocos estudios parecen ser inferencias observacionales y clínicas

amparadas en lo “visible” de la sintomatología en varios grupos, y no un análisis inmunológico¹⁰⁵⁸ o microbiológico (más allá de la identificación de bacilos, parásitos o virus). Por ende, es lícito sospechar lo expuesto por estos investigadores y médicos cuando no se fundamentaban al menos en datos empíricos o cuantitativos conformes a las metodologías más actualizadas de microbiología e inmunología. Esto es importante porque en algunos casos podemos ver cómo ciertos médicos hablaban de inmunología racial sin necesariamente dominar el campo de la inmunología, como sucedía también cuando los eugenistas hablaban de “herencia biológica” (con conocimientos escasos en genética¹⁰⁵⁹), y en sus señalamientos y argumentos perviven viejas premisas, asociaciones y prejuicios en torno a la relación orgánica entre biología, raza y ambiente. Igualmente, encontramos el uso de clasificaciones raciales que no reflejaban un criterio

¹⁰⁵⁸ Los trabajos más concretos en torno al tema aludían a las reacciones virológicas, patogénesis, uso de antígenos e identificación de anticuerpos, en particular cuando se trataba del uso de vacunas. Un buen resumen del asunto lo encontramos en un artículo publicado en el 1948 por Roberto Guayo sobre los conceptos y estudios reciente de inmunizaciones, enfocándose mayormente en las vacunas cuya eficacia había sido comprobada y sus métodos o regímenes de aplicación, entre ellas las de viruelas, tos ferina (utilizada efectivamente desde el 1931); difteria, tétanos, tifoidea y sarampión (con una mención de la B.C.G. de tuberculosis, la cual aún no se había usado de forma general en el País). Ver Roberto Aguayo, “Resumen de los conceptos más recientes sobre la inmunización”, *BAMPR XL*, n°2 (1948): 67-73, 67, 72

¹⁰⁵⁹ Como mencionamos en el capítulo anterior, existían varios estudios eugenistas que, durante las primeras tres décadas del siglo XX, interpretaban de forma muy laxa y equívoca la herencia biológica o la “genética”. Por ejemplo, tenemos el estudio del genetista y eugenista Edward East, quien en el 1919 señalaba que los negros no solo eran inferiores a los blancos, sino que aún en su propio ambiente o hábitat (y tomaba como ejemplo a Haití) dicha raza no mostraba progreso ni innovación. Dichas conclusiones no se hacían a partir de algún estudio hematológico, biológico o genético, sino trazando correlaciones similares a las hechas por Galton y otros autores de finales del siglo XIX. En la década de los treinta encontramos varios estudios que buscaban demostrar cómo ciertas razas eran inherentemente inferiores e incapaces de “progresar” y su interacción y reproducción sexual con otra raza superior, biológicamente más “distante”, llevaba a problemas inmunológicos. En tales estudios encontramos obsesivamente la insistencia en demostrar que el mestizaje era un práctica y señal de degeneración biológica. Por ejemplo, tenemos los estudios del biólogo noruego Jon Mjoen, a principios de la década de los treinta, en donde buscaba demostrar como la progenie del cruzamiento entre noruegos y lapones (los samis de Laponia) llevaba a unos “híbridos” y “desarmonías” enfermizas, entre ellas disposiciones a diabetes, casos de tuberculosis, problemas glandulares y otros desordenes que apuntaban a una “constitución caótica”. Asimismo, tenemos otros textos como son los estudios de Erwin Baur, Eugen Fischer y Fritz Lens (su libro *Human Heredity* fue un libro de texto muy leído durante la década de los treinta en Estados Unidos) que demostraba como los “híbridos” eran infértiles y menos resistentes a ciertas enfermedades. Los errores de estas interpretaciones racialistas y racistas ya habían sido discutidos por los antropólogos culturales desde inicios del siglo XX, pero el asunto fue debatido con mayor fervor durante las décadas de los treinta y cuarenta por un grupo selecto de intelectuales e investigadores (como Franz Boas, desde el 1911, y sus seguidores Ruth Benedict, Otto Klinerberg, Melville Herskovits y Ashley Montagu a través de las décadas de los treinta y cuarenta). Ver Paul Lawrence Farber, *Mixing Races. From Scientific Racism to Modern Evolutionary Ideas* (Baltimore: John Hopkins University Press, 2011), 33-36, 44-56.

epistemológico preciso ni el rigor de ciertos estudios antropológicos, sino una categoría que se amparaba en la percepción sesgada de los investigadores en torno a fisionomía y fenotipos.

Un caso ilustrativo en torno a ciertos entendidos de la época en torno a inmunidad racial lo encontramos en el proyecto para organizar la administración de vacunas de tuberculosis durante la década de los treinta. La recomendación dada por Morales Otero y otros especialistas era vacunar a las “razas más primitivas” o habitantes de “centros poco civilizados” porque eran razas con poca resistencia a la tuberculosis (recordando aquí el vínculo entre tuberculosis y modernidad)¹⁰⁶⁰. Esta era la recomendación hecha en otros países y tal estrategia era vista como humanista y preventiva, consecuente con una visión progresivista que quería mejorar aquellos pueblos menos “afortunados”; a la vez que, de forma indirecta, promovía la imagen de que ciertas razas y lugares eran más primitivos, menos modernos y por ello potencialmente inhóspitos e improductivos si no eran vacunados/modernizados. Un argumento opuesto, pero igualmente equívoco y equivocado era utilizando en torno a la inmunidad a la malaria.

Durante la década de los treinta y cuarenta hubo varios estudios que apuntaban a que la inmunidad a la malaria era común en aquellos países “no modernos” (y era común remitir a los continentes de Asia y África como ejemplos), casi como si hubiese una feliz convivencia parasitaria entre los plasmodios y las “razas primitivas”¹⁰⁶¹. Sin embargo, eso no quitaba que dichas “razas primitivas” fuesen percibidas como un peligro de salud pública y esto llevó a que algunos países justificaran políticas contra la inmigración de aquellas “razas primitivas” que

¹⁰⁶⁰ Morales Otero, “La vacunación”, 141.

¹⁰⁶¹ Ver Earle, “Epidemiología”, 28. Como ha señalado el historiador Rohan Deb Roy: “the category ‘parasites’ was incorporated into the discourse of racism, and as a way of stereotyping ‘primitives’ and ‘aboriginals’ as immune from the effects of malaria. It was argued that malarial parasites and ‘primitives’ were happily and conveniently wedded with one another”. Ver Rohan Deb Roy, “Quinine, mosquitoes and empire: reassembling malaria in British India”, *South Asian History and Culture* IV, n°1 (2013): 65-86, 73.

pudiesen propagar la malaria (como hicieron, por ejemplo, Estados Unidos y Cuba¹⁰⁶²). En el caso de Puerto Rico, un país que selectivamente era identificado como “estancado” y “primitivo”, lo que se encontraba eran casos de “infección continua”, proceso que no necesariamente se traducía en una mayor inmunidad¹⁰⁶³. Sin embargo, como veremos más adelante, encontramos algunos argumentos que selectivamente sí aludían a cierto grado de inmunidad a la malaria entre los clasificados como negros o *colored*, pero dichos estudios no proveían de un análisis comparativo de mortalidad entre blancos o negros, sino a la aparente mayor resistencia y mejor actitud de los negros.

Un problema curioso que encontramos cuando abarcamos los pocos textos que discuten el tema en Puerto Rico es que el vínculo entre raza y malaria no era siempre explícito. En los pocos estudios en que sí encontramos el uso y clasificación explícita de categorías raciales notamos que los autores se concentran exclusivamente en comunidades negras o “de color”¹⁰⁶⁴. Dichas comunidades no son por lo general categorizadas como “mulatas” o mestizas y hay una preferencia por parte de los autores de categorizarlas como “raza negra”, “*colored*” o “*negroes*”¹⁰⁶⁵. Asimismo, notamos que ,en un estudio hematológico de 100 pacientes de malaria (49 mujeres y 51 hombres) llevado a cabo en la década de los treinta (1936), se identifica su muestra como

¹⁰⁶² Por ejemplo, en Cuba se insistió en acentuar que la malaria provenía de los inmigrantes afroantillanos, quienes eran sometidos a cuarentenas (mientras se ignoraban con los inmigrantes españoles), particularmente en las epidemias de la segunda década del siglo XX. No pocos médicos cubanos se oponían a la inmigración africana, no solo por razones políticas y racistas, sino porque los consideraban los portadores principales de la malaria (y otras enfermedades). Ver Marc Mcleod, "We Cubans Are Obligated Like Cats to Have a Clean Face": Malaria, Quarantine, and Race in Neocolonial Cuba, 1898-1940, *The Americas* LXVII, n°1 (2010): 57-81, 71-73, 75.

¹⁰⁶³ Earle et al., “Observaciones”, 418.

¹⁰⁶⁴ Entre los textos que son más explícitos en torno a este objetivo es el hecho entre colaboradores del Departamento de Sanidad y la IHD, publicado en el 1939 (que discutimos en una sección anterior) y un análisis hematológico del 1936 hecho por Rafael Rodríguez Molina y José Oliver González. Ver Earle et al., “Observaciones” y Rafael Rodríguez Molina y José Oliver González, “Hematological studies on malaria in Puerto Rico”, *PRJPHJTM* XII, n°2 (1936): 267-80.

¹⁰⁶⁵ Earle et al, “Observaciones”, 407; Rodríguez Molina y González, “Hematological studies”, 267

*“colored and the majority were negroes”*¹⁰⁶⁶.

Un hallazgo interesante del aludido análisis hematológico del 1936 es que la mayoría de los casos eran crónicos, pero no reflejaban sintomatología grave ni anemia (pese a valores bajos en hemoglobina)¹⁰⁶⁷. Los autores señalaban como posibles explicaciones la inmunidad racial a la anemia y el tipo de dieta (en particular el consumo no solo de arroz, habichuela y pescado, sino de carne de cangrejo y viandas). Asimismo, señalaban cierta “resistencia” e inmunidad a la malaria. Los especialistas aclaraban que no era posible distinguir si la inmunidad era adquirida (por haber vivido en área endémica a la malaria) o racial. No obstante, resulta sugestivo como apuntaban al dato de que el negro en África—*“the negro in Africa”*— padecía con menos frecuencia e intensidad la malaria que los europeos. Nuevamente, este tipo de señalamiento acentuaba como “razas primitivas” en lugares con enfermedades endémicas desarrollaban mayor inmunidad, y de esa forma identificaba a los negros puertorriqueños con “lo primitivo”. En el caso de Puerto Rico, la evidencia de esta “resistencia” se confirmaba no a través de un análisis biológico sino a través de una apreciación visual en torno al humor y aspecto de los pacientes negros con malaria: la mayoría de los pacientes examinados se veían bien alimentados, robustos, activos y de buen humor pese a tener fiebre¹⁰⁶⁸.

El dilema con esta interpretación es que representa la malaria como una enfermedad “soportable” para los pacientes negros, reforzando de esa forma cierto imaginario racial que representaba a los trabajadores negros como más resistentes a los efectos del Trópico, el calor y

¹⁰⁶⁶ Rodríguez Molina y González, “Hematological studies”, 267.

¹⁰⁶⁷ La mayoría eran casos crónicos (83%), que no reflejaban una sintomatología grave (un 17% tenían síntomas agudos) y algunos reflejaban síntomas de anemia (no por uncinariasis sino por pérdida de sangre y problemas en el bazo). Los autores acentuaban la poca cantidad de anémicos entre los casos (aunque un 34% mostraba anemia macrocítica, que es una anemia asociada al engrandecimiento de los glóbulos rojos o la macrocitosis). Ver Rodríguez Molina y González, “Hematological studies”, 272.

¹⁰⁶⁸ Según los autores: *“it was not unusual to find them in the best of spirits going about their way with a temperatura of 40°C and presenting no complaints whatsoever”*. Ver Rodríguez Molina y González, “Hematological studies”, 272.

las labores físicas. Este tipo de interpretación ha llevado a que aún se “normalicen” ciertas dolencias y morbilidades, y por consiguiente se limite el tipo de intervenciones científicas y médicas contra la malaria en la actualidad. Los argumentos que refuerzan que la inmunidad puede lograrse de forma natural y biológica han llevado a que se ignore la prevalencia y efectos de varias enfermedades endémicas y no se incentiven y promulgue, remedios, terapias y programas efectivos. Por ejemplo, se incentivan intervenciones tóxicas o sumamente parciales (como el uso del D.D.T.¹⁰⁶⁹), ante cepas de anofeles y malaria que son resistentes a muchas de las intervenciones usadas en las mencionadas campañas contra la malaria; en oposición a otras intervenciones, tanto farmacológicas como sociales que provean mayor control, resistencia y protección contra la malaria¹⁰⁷⁰. Hay que recalcarlo, esta asociación entre raza, biología y enfermedad no se estaba amparando en un análisis empírico que midiese alguna entidad biológica, como va a ser, por ejemplo, la relación entre hemoglobina, los plasmodio y ciertos antígenos. En ese sentido, es posible que la observada inmunidad a la malaria en puertorriqueños negros podía deberse a la presencia de la anemia falciforme o meniscocítica¹⁰⁷¹.

¹⁰⁶⁹ Un ejemplo de ello fue el uso del D.D.T., cuya toxicidad era tan evidente que en el 1972 fue prohibido su uso en los Estados Unidos, pues era un carcinógeno y provoca desórdenes reproductivos (particularmente al colarse en las aguas y encontrarse inclusive en la leche de vacas); además de que su aplicación en África resultaba ineficaz (ya desde el 1955 había cepas resistentes y a partir del 1972 existen 19 especies de mosquito que, a nivel mundial, son resistentes al DDT). Ver “DDT & Malaria: Setting the record straight”, *Pesticide Action Network North America* (julio, 2006): 1-4, 1-2, recuperado en www.panna.org/sites/default/files/DDTtruthSheet2006.pdf

¹⁰⁷⁰ Por ejemplo, la malaria continúa siendo un problema en África y el plasmodio de *falcifarum* continúa siendo el de mayor prevalencia y gravedad, afectando severamente las áreas de la África subsahariana (el 90% de las muertes mundiales siguen siendo en el continente de África). En la actualidad hay cepas del Anófeles que son resistentes a los insecticidas. Igualmente, hay variantes de la malaria que son resistentes a los tratamientos típicos (la cloroquina, la cual empezó a emplearse desde la década de los treinta y particularmente después de la Segunda Guerra Mundial), y por esa razón se ha insistido en la necesidad de una vacuna o al menos alguna otra alternativa terapéutica más eficaz (y menos tóxica que la quinina y la cloroquina). Ejemplo de ellos son fármacos o intervenciones que a nivel molecular puedan reproducir un efecto similar a lo que la mutación de la hemoglobina S o C, la cual confiere cierta protección contra la malaria de plasmodio *falcifarum*. Ver Fabio Salamanca-Gómez, “Genes y malaria”, *Gaceta Médica de México CIVI*, n°5 (2005): 443-444, 443; Maritza Margarita Cabrera Zamora, “Malaria y hemoglobina S: ¿resistencia o protección?”, *Medisur XVI*, n°4 (2018): 504-509, 505, 508.

¹⁰⁷¹ Es muy posible que en Puerto Rico la observada “inmunidad” entre los pacientes negros pudiera explicarse parcialmente si tales eran positivos al rasgo meniscocítico (cuya mutación también parece prevalecer en el continente

La correlación de la anemia meniscocítica con las razas que identificamos como “negras”, “africanas” o “afrodescendientes” ha sido siempre controversial y problemática. Por un lado, la condición pasó desapercibida (al ser confundida por otras enfermedades) y fue poco atendida hasta mediados del siglo XX cuando fue tratada por antibióticos (entre otros remedios que no tienden a curar la enfermedad)¹⁰⁷². La enfermedad puede considerarse, sobre todo en Estado Unidos, una reivindicación de una serie de síntomas y dolores que pasaban desapercibidos o ignorados cuando pacientes negros eran atendidos por médicos (en especial si eran blancos) que no lograban identificar la causa de sus dolencias (o inclusive las minusvaloraban)¹⁰⁷³. Por el otro, la identificación de esta condición heredada llevó a prácticas de exclusión de índole eugenésico, como la sugerida por el genetista Linus Pauling en la década de los cincuenta¹⁰⁷⁴ (de que el

que llamamos “África”). En el caso de la anemia falciforme y la mutación que favorece resistencia a la malaria, estudios genéticos y poblacionales han señalado que tal se encuentra más en el África subsahariana, el Medio Oriente y la India que en otras partes del mundo. Vale notar que aquí lo que determina la inmunidad es la presencia de dicha proteína y mutación, la cual se inició en una región y a partir de ahí fue heredada. La relación no es directamente debido a la raza sino a la distribución geográfica. Los médicos e investigadores en Puerto Rico no consideraron esta posibilidad, probablemente porque dicho tipo de estudio era raro (recordemos que en el País hubo, al parecer, solo dos publicaciones médicas durante este periodo) y la correlación con la malaria no era un asunto conocido para la década de los treinta. A su vez, las inferencias en torno a herencia e inmunidad biológica que se estaban trazando eran a partir de apreciaciones visuales en torno al fenotipo y a través del uso de clasificaciones raciales que eran erráticas y equívocas. Ver Cabrera Zamora, “Malaria y hemoglobina S”, 506.

¹⁰⁷² Existen varias formas para atenuar la enfermedad, pero aún se debate la identificación de una cura concreta. Keith Wailoo, “Sickle Cell Disease—A History of Progress and Peril”, *The New England Journal of Medicine* XXXVII, n°9 (2017): 805-807.

¹⁰⁷³ Aún en la actualidad, el diagnóstico opera como un estigma en aquellos que son diagnosticados, no solo en términos del trato que reciben sino en los efectos negativos que tiene en la autoestima y bienestar psicológico de dichos pacientes (que se sienten aislados, enfermizos, “malditos”, etc.). Por ejemplo, se ha tendido a estigmatizar a los diagnosticados con anemia falciforme al tratarlos como hipocondriacos o, en el caso de pedir narcóticos para aliviar el dolor, drogadictos (dada la correlación entre raza negra y narcóticos) que utilizaban la enfermedad como excusa. Evidentemente, el caso del *sickle cell anemia* no es el único que refleja la pervivencia del prejuicio racial en los Estados Unidos y en las últimas décadas encontramos estudios que reflejan como pacientes negros reciben peor trato, menos acceso y servicios médicos (cuando se compara con otros desórdenes genéticos como fibrosis cística y hemofilia); dato que tienden a ignorar los médicos estadounidenses, en particular si son blancos. Ver Wailoo, “Sickle Cell”, 806-807 y los siguientes estudios recientes que demuestran la continuación de prejuicios raciales en el trato médicos a pacientes con anemia meniscocítica: Stephen C. Nelson y Heather Hackman, “Race Matters: Perceptions of race and racism in a Sickle Cell Center”, *Pediatric Blood & Cancer* LX, n°3 (2013): 451-54, 453; Dominique Bulgin, Paula Tanabe & Coretta Jenerette, “Stigma of Sickle Cell Disease: A Systematic Review”, *Issues in Mental Health & Nursing* XXXIX, n°8 (2019): 675-686, 675-76, 679-684.

¹⁰⁷⁴ Es preciso contextualizar un poco los estudios genéticos entre anemia, malaria, raza e inmunidad. La relación entre anemia, hemoglobina S (Hb S) y malaria se establece por primera vez, de forma explícita, en el 1949 a partir de las investigaciones del genetista John B.S. Haldane (británico e indio). Dicha relación es confirmada posteriormente en

diagnóstico fuese “tatuado” en la frente de jóvenes negros para evitar cruzamiento entre los portadores)¹⁰⁷⁵. Este tipo de interpretación eugenésica obvia por completo que muchas personas que tienen el rasgo no desarrollan síntomas y que para poder transmitir por vía genética la enfermedad, se requiere que ambos padres tengan el rasgo (y aún ahí es un 25% de probabilidad)¹⁰⁷⁶. La generalización hecha por Pauling patologizaba y estigmatizaba un grupo social entero a partir de un criterio racial impreciso, y malinterpretaba las implicaciones biológicas de dicha mutación¹⁰⁷⁷. Asimismo, la postura de Pauling reforzaba ideologías racistas que insistían en la existencia de “enfermedades negras”, lo cual refuerza la noción aún equivocada de que la raza es un dato biológico¹⁰⁷⁸.

el 1954 por otro genetista, Anthony Clifford Allison (británico y surafricano); sin embargo, no será hasta la década de los setenta que encontramos estudios más concretos. A su vez, estas consideraciones genéticas sobre la anemia meniscocítica o falciforme se facilitan a partir de los estudios de Linus Pauling en el 1949 que apuntaban a que la dicha condición era una enfermedad molecular. Sin embargo, pese a los adelantos facilitados por los estudios Pauling, tales también reforzaron interpretar la presencia del rasgo meniscocítico como señal de una herencia degenerativa y exclusiva a los negros. Ver Cabrera Zamora, “Malaria y hemoglobina S”, 505-07; Juliana Manzoni Cavalcanti & Marcos Chor Maio, “Between black”, 395.

¹⁰⁷⁵ Wailoo, “Sicke Cell”, 806.

¹⁰⁷⁶ A su vez, aún aquellos que desarrollen la enfermedad pueden tener una manifestación irregular y no mortal. Ver Sickle Cell Society, “About Sicke Cell”, recuperado en <https://www.sicklecellsociety.org/about-sickle-cell/>.

¹⁰⁷⁷ Por ejemplo, en la actualidad la presencia del rasgo para anemia falciforme se considera uno de los “mejores ejemplos” de Selección Natural darwiniana porque la sobrevivencia de esta mutación (Hb S) se debe a que le facilitaba inmunidad contra la malaria. En otras palabras, dicha mutación no es una “maldición” que hereda una raza sino que este fenómeno biológico demuestra como ciertas anomalías sobreviven justamente porque operaban como mecanismos de defensa útiles. Notemos que en estos casos dicha inmunidad no es igual a decir que ciertos grupos negros sí reflejan los síntomas de la enfermedad (como fiebre y bajas de hemoglobina) pero los “soportan” mejor. Ver Juliana Manzoni Cavalcanti & Marcos Chor Maio, “Between black and”, 377.

¹⁰⁷⁸ La identificación de la anemia falciforme, meniscocítica o “*sickle-cell*” como una enfermedad negra o “*black disease*”, particularmente en los Estados Unidos, ha reforzado hasta hoy día una serie de malentendidos, prejuicios raciales y efectos negativos en torno al acceso y tipo de servicios médico públicos. La noción de que es una “enfermedad negra” ha llevado a la noción de que los negros o afrodescendientes son genéticamente defectuosos, a la vez que se ignora la presencia de la enfermedad en aquellos individuos que son categorizados como “no-negros”. En este sentido el modo mediante el cual se ha representado, sobre todo en los medios de comunicación, la relación entre anemia falciforme y raza ha llevado a una serie de percepciones negativas en torno a personas de raza negra como enfermizas y degeneradas. De esa forma, la existencia de la anemia falciforme fue utilizada por varios especialistas y autoridades racistas en Estados Unidos como pretexto para justificar que la raza era un hecho biológico (no social, histórico y cultural) e insistir en la separación y segregación de las razas para el bienestar biológico de los blancos (e incluso aquellos negros sin el “rasgo”, y por consecuente “sanos”). Esta particular interpretación eclipsaba las reivindicaciones y luchas civiles por grupos políticos (como los *Black Panthers*) que recalcan la necesidad de que las comunidades negras no fuesen excluidas y objeto de negligencia, abuso y maltrato policial, médico y laboral. Hasta cierto punto, el *sickle cell anemia* se convirtió, pese a las intenciones de

Las interpretaciones racialistas sobre inmunidad no solo resultan problemáticas por sus implicaciones racistas, sino que también desatienden ciertos detalles biológicos que, bien pensados, nos permiten comprender mejor la evolución de ciertas condiciones genéticas y dinámicas inmunológicas. En el caso de la inmunidad que concede una variante de la anemia falciforme a la malaria, encontramos que la transmisión hereditaria de un rasgo, en este caso una anomalía, tiene menos que ver con raza y más con el hecho de que cierta población, en un determinado momento histórico y espacio geográfico, que era endémico a malaria, pudo reproducirse porque no padecía de malaria¹⁰⁷⁹. La asociación de la raza negra tiene más que ver con las dinámicas de interacción y reproducción dentro de la región que con una anomalía inherente a una raza en particular.

En el caso de Puerto Rico podemos ver cómo la asociación entre negritud y enfermedad no siempre confirmaba los hallazgos de las interpretaciones estadounidenses. Ya esto lo hemos apuntado antes, en este capítulo y el anterior, pero en el caso de la *sickle cell* se hacen más evidentes

muchos intelectuales y activistas negros en Estados Unidos, en un modo para renovar estrategias racistas amparadas en teorías eugenésicas y biologicistas. Como ha argüido Margaret Kwateng la enfermedad pasó por un proceso de “*mainstream repackaging*” que desvirtuó las intenciones iniciales que tenían líderes de las comunidades negras en Estados Unidos, de, por ejemplo, demandar igualdad social en trato médico y en el estudio de remedios efectivos (dado a que históricamente ha recibido poca financiación estatal). Ver Margaret Kwateng, “Repackagin racism: The role of Sickle Cell Anemia in the construction of race as biological”, *Senior Capstone Projects* (2014): 46, 58-59, recuperado en https://digitalwindow.vassar.edu/senior_capstone/331/; Shawn M. Bediako & Kimberly R. Moffitt, “Race and social attitudes about sickle cell disease”, *Ethnicity & Race* XVI, nº4-5 (2011): 423-29, 425-27.

¹⁰⁷⁹ Desde mediados del siglo XX tenemos varios estudios que han demostrado como ciertas mutaciones de la anemia falciforme contienen un alelo normal de la beta globina y otro alterado (tienen hemoglobina S en vez hemoglobina A). Estas mutaciones reflejan un rasgo heterocigótico que resiste mucho mejor a las infecciones de malaria, en particular las asociadas al plasmodio *falcifarum*. Sin embargo, los que tienen el rasgo en su modalidad homocigótica (dos hemoglobinas S) corren el riesgo de padecer la enfermedad en su modalidad severa y morir a temprana edad (debido a hemolisis o vaso oclusión), mientras que los que tienen esta anomalía de forma heterocigótica no padecen la manifestación grave de esta condición (muchas veces no manifiestan síntomas) y se convierten en portadores que llegan a transmitirlo a la progenie (confiriéndoles inmunidad a dicho plasmodio). Según Cabrera Zamora en la África Ecuatorial hay entre un 10 a un 40% de la población que es portadora de la mutación en su modalidad heterocigótica, mientras que en áreas no endémicas a la malaria, más al norte de África solo encontramos un 1% de la población con dicha mutación. También se ha encontrado que aquellos que contengan hemoglobina C también muestran algo de resistencia a dicho plasmodio. Ver Salamanca-Gómez, “Genes y malaria”, 443; Cabrera Zamora, “Malaria y hemoglobina S”, 506, 508.

las tensiones en torno a la figura del mestizo, el mulato o cualquier otra que fuese identificada con la negritud y la “mezcla” o “hibridez” de razas. En las décadas de los cuarenta y cincuenta algunos investigadores estadounidenses argüían que la enfermedad era mayor en aquellos países en donde hubo cruzamientos raciales. Lo sospechoso de este planteamiento es que los estadounidenses no remitían a estudios en países latinoamericanos ni en el Caribe sino a estudios que reflejaban que en Estados Unidos los “mestizos” o *light skin blacks* padecían más la enfermedad que los negros más oscuros, y por ende más cercanos a África¹⁰⁸⁰. Sin embargo, estos datos no empataban con lo que se encontraba en Puerto Rico o en otros países, como fue el caso de Brasil. El caso de Brasil es interesante porque sus hallazgos apuntaban a que la enfermedad correlacionaba más con los negros “oscuros” que con los más claros o blancos y parecía casi reforzar las ideologías de blanqueamiento; entiéndase que un mayor cruzamiento con blancos iba a ir “mejorando la raza” e eliminando el rasgo¹⁰⁸¹. En Puerto Rico el “rasgo” se encontraba también más en los más “oscuros” y había unos pocos casos en “blancos”, pero lo curioso es la ambivalencia con que presentan estos datos.

¹⁰⁸⁰ Durante la década de los cuarenta y cincuenta hubo varias investigaciones a nivel internacional que buscaban confirmar si el origen de la enfermedad había sido en África, tesis que no fue aceptada inicialmente y se discutía la diferencia entre africanos y negros en Estados Unidos. En Estados Unidos, durante la década de los cincuenta se sugería que el mestizaje (*miscegenation*) con blancos o cruzamiento de razas explicaba el aumento de casos de *sickle cell anemia*, sugiriendo que mestizos con tes clara padecían más la enfermedad que aquellos con tes oscura. En otras palabras, en Estados Unidos se asumió que la mayor proporción de casos con anemia falciforme era evidencia de los efectos degenerativos del mestizaje. Ver Cavalcanti & Chor Maio, “Between black and”, 381-82.

¹⁰⁸¹ En Brasil la relación entre raza y anemia falciforme empieza a investigarse en la década de los treinta (con los estudios de Álvaro Serra de Castro). Inicialmente se consideró que las características clínicas de la enfermedad en Brasil eran únicas debido a la particularidad del mestizaje en tal país. Los pocos estudios en torno al tema buscaban destacar la anemia falciforme como un problema social que afectaba a la “gran masa humana” que conformaba al país y que al pertenecer a las estratas más bajas a nivel económico no recibían el debido cuidado médico. En la década de los cuarenta hubo varios estudios, hecho por el hematólogo y médico Jao Maia de Mendonca, que mostraban que la enfermedad se encontraba en aquellas razas con tes más oscura (los melanodermos y faiodermos oscuros y no en los leucodermos). Este señalamiento contradecía cierto ideal de mestizaje (de que hubiesen leucodermos/blancos con el rasgo) y las evidencias de estudios en Estados Unidos (que veían mayor frecuencia en mestizos de tes clara). Lo que Mendonca había encontrado parecía reforzar las ideologías de blanqueamiento, en donde el mestizaje podía reducir la anemia falciforme al fomentarse el cruzamiento con blancos. Ver Cavalcanti & Chor Maio, “Between black and”, 377, 382-85.

El modo que se discuten estos hallazgos demostraba las tensiones que había en reconocer los grados de mestizaje en el País, en particular cuando vemos las categorizas utilizadas para trazar distinciones raciales. El estudio de Pons y Oms concluía que en el País la frecuencia del rasgo meniscocítico se encontraba en menor cantidad que en los Estados Unidos, pero confirmaba que tal se daba en la “raza etiópica”¹⁰⁸². Los autores hacen algunas aclaraciones en torno al caso de Puerto Rico y la “mezcla de razas” para así mencionar que el “rasgo racial” fue transmitido a un individuo “según todas las apariencias blanco” pero que “tiene sangre negra aunque sea en dilución extrema”¹⁰⁸³. Esta aclaración resulta importante por dos razones: 1) cuestionaba que dicha condición fuese exclusiva a una raza pura; 2) utilizaba la noción de “sangre negra” como un dato biológico, pese a que lo identificado fue la presencia de una condición biológica (y no la existencia o no de “sangre negra/blanca”). Pons y Oms reconocían, a tono con varios médicos puertorriqueños¹⁰⁸⁴, la dificultad que había en Puerto Rico para determinar razas puras y por eso decidieron inicialmente clasificarlos en “blancos”, “negros” y “dudosos”. Hasta el momento, no creo que haya habido texto médico en el país que usó como clasificación la categoría de “dudoso”; sin embargo, lo que resultaba excesivamente interesante y dudoso es como intentan de determinar dichas divisiones. Estas categorías solo las usaron en los primeros 177 casos (de un total de 388), y en los demás intentaron de ser “un poco más exactos” y emplearon términos “variopintos” que iban de “mulato claro” y “moreno” hasta “castaño rojizo” y “casi negro”¹⁰⁸⁵. Si calculamos los

¹⁰⁸² Pons y Oms, “Incidencia”, 368.

¹⁰⁸³ Vale notar que esta inferencia se hace a partir del hecho de que una persona identificada, por los autores, como “blanca” salió positiva en el análisis hematológico para el rasgo meniscocítico. No es que en la sangre del individuo hubiese algo que apuntara a que hubiese físicamente sangre negra. Ese tipo de identificación (que exista “sangre blanca” o sangre negra”) es biológicamente equivocado. Ver Pons y Oms, “Incidencia”, 368.

¹⁰⁸⁴ Ya más adelante veremos como este argumento es también hecho, utilizando otras categorías raciales, por especialistas puertorriqueños en tuberculosis y sífilis (por ejemplo, Rodríguez Pastor, Koppisch, Costa Mandry y Morales Otero).

¹⁰⁸⁵ De un total de 177 casos clasificaron que el 54.8% era blanco, 25.99% era negro y 19.21% eran dudosos. De un total de 211 casos clasificaron que eran 0% “nórdicos”, 10.42% “castaño rojizo”, 52.13 % “moreno”, 22.22% “mulatos

resultados encontramos que este sistema “variopinto” pudiese resumirse en aquellos que son negros puros (un total de 12.6%) y todos aquellos que no son negros puros y se acercan, por distintas gradaciones a los blancos¹⁰⁸⁶.

Los autores no elaboran muchos detalles en torno a la decisión para cambiar y ser “más exactos” y “variopintos”, ni discuten sus criterios para dicha clasificación, pero lo poco que sí dicen pone en evidencia los problemas con adoptar un sistema de clasificación bipolar o tripolar ambiguo (que opera bajo la lógica de blanco, negro y “un no sé qué” mezclado que no es blanco ni negro puro). Igualmente, nos permite ver que los criterios de clasificación e identidad a través de categorías raciales no eran evidentes a nivel fenotípico ni podían descubrirse en análisis hematológicos. Por ejemplo, en un caso, uno de los autores calificó una mujer como “morena” y el otro como “mulato claro”. Cuando discutieron con la paciente ella “negó tener raza negra”. Al fin y al cabo, le pusieron ambas categorías (morena/mulato claro), pero no blanca. Los autores también mencionan dos casos, que ellos habían clasificado como “blanco”, pero al salir positivos para el rasgo meniscocítico cuestionaba si estaban “completamente libres de sangre negra”¹⁰⁸⁷. Ante esta dificultad para discernir cuán blanco o no fueron estos casos, los autores ofrecen dos posibles datos en torno a la incidencia de la condición: un porcentaje de 2.32% si solo se cuentan los que salieron positivos y no fueron identificados como “blancos”, y otro más alto de 5.29% si se incluyen los dos casos “blancos”, todos los “dudosos” y el 5% de los clasificados como

claros”, 7.58% “mulatos oscuros”, 4.74% “casi negro” y 2.36% “negro”. Notemos que en este caso poner simplemente “negro” parecía inferir que eran “negros puros” (en oposición al “casi negro”). Ver Pons y Oms, “Incidencia”, 369.

¹⁰⁸⁶ Al parecer “moreno”, que era algo más oscuro que “castaño rojizo”, era el grupo más grande, y aunque resulta difícil saber en dónde podían encajar los “dudosos” (que eran 34), lo que sí sabemos es que estos no eran clasificados como “negros”, y por esto entiéndase “negros puros” (en oposición a casi negros, mulatos, morenos, etc.). En este texto vemos la insistencia en proponer que en el país hay pocos “negros” y muchos “mezclados” que tienden más hacia blanco que negro. Ver Pons y Oms, “Incidencia”, 368.

¹⁰⁸⁷ Pons y Oms, “Incidencia”, 369.

blancos¹⁰⁸⁸. La impresión indirecta que daba el texto era que, en Puerto Rico, si bien había “mezcla” había pocos “negros” (lo cual explicaba la poca incidencia de casos), pero a la misma vez a que había pocos “blancos puros” y que el rasgo meniscocítico no era exclusivo a la raza negra¹⁰⁸⁹.

Hemos de sospechar que en este estudio lo que distinguía a una categoría racial de la otra no era un simple asunto de colorismo sino de la identificación de supuestos y aparentes “rasgos blancos” en oposición a los “rasgos negros”. Hasta cierto punto, en este sistema de clasificación lo negro y la negritud se definía a partir de lo blanco y lo que definía lo negro era la ausencia de lo blanco (algo similar encontramos en otros países, como Brasil¹⁰⁹⁰). En parte, esto se debía a la noción de que la raza negra “desciende” de la blanca, muy a tono con las tesis monogenistas de la primera mitad del siglo XX¹⁰⁹¹ o las tesis poligenistas que interpretaban a los negros como una

¹⁰⁸⁸ Pons y Oms, “Incidencia”, 369-70.

¹⁰⁸⁹ La división que hacen los autores distrae del hecho de que en la muestra muy pocos fueron identificados como “blancos” (97 de 388) y la mayoría de la muestra fue identificado con aquellas categorías que reflejaban menor “negritud”, como eran los clasificados como “castaño rojizo” (22), “morenos” (109), “mulatos claros” (47). Ver Pons y Oms, “Incidencia”, 368.

¹⁰⁹⁰ Obviamente no podemos equivaler las dinámicas de clasificación e historicidad de Brasil y Puerto Rico en torno al tema. No obstante, hay algunas similitudes que encontramos en los modos que los médicos clasificaban racialmente a los pacientes. Las categorías raciales utilizadas en Brasil, al menos desde la nomenclatura utilizada por Edgard Roquette-Pintó en el 1928, era: melanodermos (los negros), faiodermos (descendientes de negros y blancos), xantodermos (descendiente de blancos e indios) y leucodermos (blancos). Algunos médicos, como hizo Jao Maia de Mendoca, añadían matices de claro, mediano y oscuro a los melanodermos y faiodermos que se parecen a las distinciones que se hacían en Puerto Rico entre mulato y moreno claro y oscuro. En el caso brasileño la diversidad reconocida es mayor, aunque no por ello menos ausente de prejuicios raciales y racismo. Ver Cavalcanti & Chor Maio, “Between black and”, 384.

¹⁰⁹¹ La tesis monogenista defendía que todas las razas descendían de una sola raza. Esta perspectiva monogenista era la defendida por muchos científicos naturales y sociales, incluyendo aquellos que se oponían al prejuicio racial. En el caso de Puerto Rico encontramos una exposición de esta tesis en el texto del 1940, *Problemas Sociales. El Negro*, por los sociólogos José Colomán Rosario y Justina Carrión. Los autores discutían la idea, muy común en la época, de que la adaptabilidad y la selección natural favorecía la supervivencia de ciertos seres cuyas características, gracias a ciertas mutaciones, les permitía reproducirse. Este proceso era entendido como una “lucha” y “competencia” (conceptos darwinianos que, como sabemos, provienen originalmente de Malthus). Desde este crisol es que se argüía que los negros descendían de los blancos. Dicen Colomán Rosario y Carrión, amparándose en otros investigadores, que los “primeros hombres” eran, “sin duda, blancos; o surgieron en Europa o ya vivían en ella para el cuatro periodo glacial, hace unos cincuenta mil años”; sin embargos dichos hombres se “obscurecieron” para así sobrevivir en el clima de África. En ese sentido, la mutación que creaba a la raza negra era una ventaja porque protegía mejor de la intensidad de los rayos ultravioleta. Lo interesante es notar como los sociólogos defendían la noción de que estas

“desviación” y “especie” aparte de los blancos. En ambas tesis encontramos una interpretación similar, una más inclusiva que la otra (aunque no por ello menos equivocada) y tolerante al mestizaje en tanto y en cuanto favoreciera ideologías de blanqueamiento: tras más alejados fuesen ciertos fenotipos de “lo blanco” más se acercaban tales razas a adquirir congénitamente defectos particulares o resistencias “primitivas”.

Muchos de los estudios en Puerto Rico evitaban promulgar posturas extremas de determinismo racial y de pureza racial, pero esto no evitó que hubiera posturas que selectivamente utilizaban el tema de inmunidad racial para así presentar como datos biológicos argumentos y nociones de origen social e ideológico. Ejemplo de ello es un artículo de García Cabrera, en el 1933, que reseñaba ciertas investigaciones “interesantes” sobre inmunidad racial al cáncer en el Congreso Internacional de lucha científica y social contra el cáncer en Madrid. Dichos estudios apuntaban a que la raza negra tenía inmunidad al cáncer (igualmente la tenían contra la disentería y las llamadas fiebres palúdicas)¹⁰⁹². García Cabrera aludirá a los estudios sobre las “razas europeas”, reconociendo que “son raras las regiones donde existen representantes de una sola raza: estos están muy repartidas”¹⁰⁹³. El experto en sífilis mencionaba que existían inmunidades al cáncer (cuya etiología, en aquella época, se asumía podía ser bacteriana o viral) en las razas de América del Sur y África del Sur (dato que hoy, dicho de forma tan generalizada, resultase risible). A partir de estos “datos”, el galeno mencionaba como en dichos estudios se señalaban que esto se debía a que América del Norte y África del Sur tienen más la “raza nórdica” mientras que en América del Sur

adaptaciones evidenciaban que el negro no era inferior al blanco, y que en este sentido las diferencias fenotípicas no tenían que ver nada con degeneraciones biológicas sino con adaptaciones útiles y aptas al ambiente. Ver José Colombaro Rosario & Justina Carrión, *Problemas Sociales. El Negro: Haití—Estados Unidos—Puerto Rico* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1940), 9-11, 13.

¹⁰⁹² El galeno no ofrece en realidad detalles sobre dichas investigaciones. Esteban García Cabrera, “El cáncer y las razas humanas”, *BAMPR* XXV, n° (1933): 564-66, 564.

¹⁰⁹³ El galeno menciona esto y no considera que en Puerto Rico y muchos otros países este dato no parece ser cierto ni consecuente con lo que reflejaban los datos epidemiológicos. Ver García Cabrera, “El cáncer”, 564.

y África del Norte son más la “raza meridional (franceses, italianos, malteses y españoles)”¹⁰⁹⁴. La “raza nórdica” era la “más atacada”, seguida por la “raza alpina” y la “raza mediterránea”, y con esto hay que notar la implicación: las razas más atacadas van desde las más asociadas a los “blancos” a las que eran menos claras y blancas¹⁰⁹⁵. Lo curioso es como se omiten otras posibles explicaciones, como era la correlación entre longevidad y cáncer en los países “modernos”, en oposición a los países que tenían tasas más altas de mortalidad, menor expectativa de vida y de identificación de cáncer u otras enfermedades (como las cardiovasculares¹⁰⁹⁶). Pese a que el autor mencione los avances en torno a los análisis celulares de tumores y su asociación con tipos de sangre, su empleo de términos no biológicos sobre las razas para identificar las razas como si fuesen dato biológico, y a partir de ahí trazar correlaciones, es muy típico de la época y de los problemas en torno al uso impreciso y equivoco del concepto de “raza”.

En los médicos vemos que usan las categorías raciales de forma, por lo general, consecuente con la perspectiva que tenían los intelectuales de la generación del treinta que se identificaban como europeos y blancos. Se argüía que había un “blanqueamiento” sano y armónico, dato que no encajaba necesariamente con la percepción de algunos investigadores estadounidenses que

¹⁰⁹⁴ García Cabrera, “El cáncer”, 565.

¹⁰⁹⁵ García Cabrera, “El cáncer”, 565.

¹⁰⁹⁶ En ningún momento considera García Cabrera la correlación, muy conocida ya en la década de los treinta entre edad, industrialización y cáncer (el cáncer se había convertido, junto a los paros cardiacos, en una de las “enfermedades modernas”). Esto significaba que en aquellos países en donde se era menos longevo o se morían más por enfermedades infecciosas se identificaban/diagnosticaban menos casos de cáncer (igual vale recordar que muchos cánceres se diagnosticaban cuando los síntomas eran evidentes y en etapas, por lo general, más avanzadas que hoy día). Por ejemplo, de acuerdo con Quevedo Báez los “países civilizados” tienen mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares que infecciosas. El galeno señalaba que con el auge de la civilización “marchaban aventadas y, en auge de avance”, las enfermedades o “plagas sociales” como el cáncer, la tuberculosis y la sífilis. Por ejemplo, Fernós Isern destacaba como en Estados Unidos las enfermedades cardiacas eran las principales, distinto a Puerto Rico en donde dominaban las muertes por gastro-enteritis, y menos personas llegaban a edad mayores de 40. El menor número de enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico implicaba no “mayor salud” sino “peor salud” porque no había el número suficiente de personas que pudiesen llegar a la edad de “las enfermedades degenerativas” (entre las cuales estaba también el cáncer). Ver Quevedo Báez, “Proceso histórico”, 58; Antonio Fernós Isern, “Introducción al estudio de las enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico”, *BAMPR* XXX, n°3 (1938): 83-91, 83-4.

notaban lo contrario¹⁰⁹⁷. Las categorías raciales, en particular cuando era en investigaciones científicas, reflejaba inconsistencias que apuntaban a cómo los médicos puertorriqueños se apropiaban y reaccionaban a los prejuicios sociales y culturales de su país y de los estadounidenses. Cuando vemos las varias investigaciones hechas en torno a las enfermedades epidémicas y “endémicas” del país encontramos que hubo una tendencia a vincular las enfermedades llamadas “venenos sociales” / “problemas sociales” con la negritud y la pobreza, en particular la tuberculosis y la sífilis. Las enfermedades asociadas al hambre (o desnutrición), la debilidad y la anemia se vinculaban con la raza blanca y campesina, casi como si los desbalances nutricionales fuesen algo más común entre los blancos que entre los negros, mulatos o morenos¹⁰⁹⁸.

El vínculo entre anemia y el jíbaro blanco reforzaba la imagen romántica de que la raza blanca había logrado “preservarse” en las montañas, aisladas de las regiones negras (particularmente las costas y su asociación con las azucareras) y los desarrollos industriales modernos “americanos”.

¹⁰⁹⁷ En el caso de los intelectuales puertorriqueños el blanqueamiento de la población era visto como un dato biológico e inclusive, como argüían Pedreira y Blanco, cultural y asociado a la cultura española (la hispanidad era concebida como “determinante” en el desarrollo de la identidad y cultura puertorriqueña). Sin embargo, algunos investigadores estadounidenses no coincidían con esta percepción. Por ejemplo, Howell señalaba que, si bien el censo reflejaba un descenso de la población negra, él señalaba que “el número real de personas de color ha aumentado durante el mismo periodo” y esto podía deberse a “la amplitud que se da al concepto ‘blanco’, como alegan algunos”, y porque “la raza se está mezclando continuamente en Puerto Rico”. Ver Bartlett y Howell, *Puerto Rico*, 44-45; Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco”, 36, 39

¹⁰⁹⁸ Un ejemplo de ello es el estudio clínico y hematológico Ramón Suárez en el 1938 que apuntaba a que en una muestra de 148 puertorriqueños un 20% eran mulatos y negros (siendo los negros el grupo más pequeño) que padecían de esprúe. Pese a este porcentaje (para nada insignificante), encontramos estudios que resaltaban la rareza de la anemia entre los negros y ofrecían como explicación la posibilidad de una dieta pobre o similar a la de los jibaros. Con esto se buscaba apuntar, como si fuese algo raro, a que existían negros con una alimentación pobre similar a los jibaros. Esto pese al hecho de que varios estudios, de las décadas de los treinta y cuarenta, que vinculaban negritud con tuberculosis y sífilis reconocían que las condiciones socioeconómicas de los negros eran peores y más desventajadas (incluyendo en términos de alimentación). Por ejemplo, en el 1939 Rafael Rodríguez Molina señalaba que no era imposible que hubiera casos de negros con anemia y podían darse casos de anemia macrocítica (un síndrome distinto al esprúe tropical y la anemia perniciosa típica). Rodríguez Molina analiza dos estudios de casos de mujeres mestizas, clasificadas como mulatas, que padecían de anemia macrocítica. El galeno consideraba que la causa no era racial (dado a la poca frecuencia del fenómeno entre la “gente de color” o los mestizos) sino por deficiencia nutricional (ambas comían mucho arroz y habichuelas y pocos productos lácteos, vegetales frescos y carne). Ver Rafael Rodríguez Molina, “Anemia macrocítica tropical”, *PRJPHJTM* XV, n°2 (1939): 184-190, 188-89; Suárez, “Clinical and”, 158-160; Bailey K. Ashford & Juan A. Pons, “A clinical investigation of thirteen cases of anemia of pernicious type in Porto Rico”, *PRJPHJTM* VII, n°2 (1931): 167-201, 184

Igualmente reforzaba la necesidad de “rescatar” y “modernizar” a ese jibaro, que en su proceso de aislamiento se había degenerado, vuelto arisco y desconfiado, producto de una larga historia de abusos y negligencias múltiples. Esta idealización de un campo aislado y blanco podía llevar a ciertas omisiones muy sugestivas. Un ejemplo de esto puede verse en una discrepancia rara que hay en el estudio de Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne sobre tuberculosis (del 1935): en dicho estudio se declaraba que en Adjuntas no había negros cuando los datos empíricos de ese mismo estudio sí reflejaban que había (pocos, pero sí había y esto tiene un peso estadístico)¹⁰⁹⁹. Esto es particularmente problemático si tales datos se usan, junto a otras, para reforzar porcentajes inflados que dan la impresión de que una raza es más enfermiza que otra. Esta interpretación reflejaba la idealización de que existían en Puerto Rico campos puros o libres de interacción racial, pese a que igualmente se apuntara a que hubiese mestizos o mulatos. Para entender esto mejor veamos otros ejemplos concretos en investigaciones médicas y “médico-sociales” que buscaban justificar, explicar y acomodar la relación entre negritud y enfermedad. En particular es preciso que notemos los problemas e imprecisiones con el uso de las clasificaciones raciales, en particular cuando adoptaban el sistema binominal (o bipolar) estadounidense (*white, colored*).

Por ejemplo, en un estudio de Costa Mandry del 1933 sobre sífilis se utilizan dos categorías

¹⁰⁹⁹ Si vemos las tablas de datos en el artículo aparece que de un total de 540 niños habían 7 calificados como *black*, y de un total de 574 niñas, 10 fueron calificadas como *black*. En la versión en español del mismo artículo sucede el mismo error y se aclara también: “Entre los niños de Adjuntas a los que se les inyectó la tuberculina no había uno solo de la raza negra”. Los 7 niños calificados de negros y las 10 niñas calificadas de negras representaban un 57.1 y 60.2% de sus respectivas poblaciones; dentro de su población en oposición a los grupos denominados blancos y mulatos que tenían un porcentaje entre 40-48%. Podemos inferir que, de ser así, habían entonces dentro de esa población o muestra (porque no quedan claros los totales inyectados con tuberculina) al menos 29 niños negros (alrededor de 12 niños y 16 niñas). Entiéndase que estos datos estadísticos son a partir de una muestra y no de la población entera de Adjunta, lo cual supone que la cantidad de negros era aún mayor. Si inferimos que el total de la muestra estaba hecho a partir de alguna proporción se pudiese decir que la población negra fuese alrededor de 1% a 2%. Son cantidades pequeñas, pero no equivalentes, mucho menos a nivel matemático y estadístico, a decir que no había negros. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 473; José Rodríguez Pastor, Pablo Morales Otero y G.C. Payne, “Investigaciones generales sobre Tuberculosis en Puerto Rico: Estudio de un pueblo costero y otro de la montaña”, *PRJPHTM* XX, n°4 (1935): 480-511, 505.

raciales, “blanco” y “de color”. En la muestra se encontró que 21.13% de una muestra de 2,777 personas “de color” dieron positivo a sífilis en contraposición a 7,751 “blancos”, de los cuales 15.62% fueron positivos a sífilis¹¹⁰⁰. Si bien no hay una categoría que distinga entre mulatos y negros, Costa Mandry no deja de generalizar para acentuar, de forma selectiva, que la sífilis es mayor en “negros”. Vale notar que al no utilizar el término “color” y acentuar “negro”, que en Puerto Rico designaba muchas veces a los “negros puros” (y no ya a los mulatos o mestizos), el galeno acentúa a la negritud como factor que predispone a la enfermedad¹¹⁰¹. Lo mismo hace en el caso de las mujeres pese a que las diferencias de morbilidad entre ambos grupos (las “blancas” y las “de color”) fuesen muy pequeñas¹¹⁰². Igualmente encontramos que muchos textos asumían un sistema “tripartida” de blanco, negro y mulato (este último en ocasiones dividido entre claro u oscuro). El problema con estas imprecisiones no era algo desconocido y era comentado por algunos médicos que buscaban acentuar, de forma más precisa, que a mayor negritud mayor morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, en el estudio de Koppisch del 1939 hay una levísima distinción en el uso de las categorías raciales: a partir de 1,000 autopsias un 11.2% de los “de color” tenían “signos evidentes” de sífilis, la cual era mayor en los negros que en los mulatos¹¹⁰³. Respecto a la incidencia de tuberculosis, el estudio de Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, apuntaba a que la incidencia era mayor en negros, aunque no por mucho; no obstante, los investigadores aclaraban que sí había una mayor diferencia al comparar entre negros y blancos que entre blancos y mulatos¹¹⁰⁴.

¹¹⁰⁰ Costa Mandry, “La sífilis”, 417.

¹¹⁰¹ Costa Mandry, “La sífilis”, 419.

¹¹⁰² En el grupo de mujeres obreras, del cual 14.63% salieron positivas a sífilis, un 41% de estas eran de “raza de color” (el 16.08% fueron positivas en comparación con el 13.63% de las “hembras blancas”), y en las comadronas hubo un porcentaje similar (14.16%). Ver Costa Mandry, “La sífilis”, 413, 418.

¹¹⁰³ Koppisch, “La sífilis”, 163.

¹¹⁰⁴ Tomando como muestra la población de niños en Cataño, los autores encontraron que al comparar las tasas de

En algunos estudios de sífilis, los médicos, en su mayoría con alguna formación de biología (y que también trabajaban en la EMT), apuntaban a los problemas de clasificación racial. Dichas críticas buscaban apuntar como muchos “no blancos” eran categorizados erróneamente como blancos. Por ejemplo, Costa Mandry señalaba como en el censo del 1938 se calculó que 23.1% eran de “color”, cuando en realidad el número era posiblemente más alto. Su razonamiento era el siguiente: era muy posible que “muchos individuos mestizos fueron clasificados como blancos”; y por eso el galeno estimaba que 30% era una cifra mucho más representativa¹¹⁰⁵. Un razonamiento similar vemos en Koppisch, quien en el estudio mencionado del 1939 ofrece una crítica breve respecto a las categorías raciales del Censo, el cual ignoraba las “características raciales” de la población puertorriqueña¹¹⁰⁶.

La crítica de Koppisch en torno al uso del concepto de “color” es similar a la de Costa Mandry y recuerda a las observaciones que hicieron los estadounidenses a finales del siglo XIX: en Puerto Rico había mucha persona que se clasificaba de “blanca” cuando no lo era. Koppisch señalaba la posibilidad de que se clasificasen como “blancos” mulatos de “color claro”, dato que explicaba porque el porcentaje de blancos con sífilis era tan alto en Puerto Rico, recordando que “la sífilis, como sabemos, abunda mucho más entre la gente de color”¹¹⁰⁷. No debe sorprender que estas críticas en torno a la clasificación racial, hechas por un médico especializado en patología y biología, apuntaban a los problemas de “observación” que no permitían identificar correctamente

reacción positiva a la tuberculina entre “blancos” (*white*), “mulatos” (*mulattoes*) y “negros” (*black*) tales no eran tan altas (respectivamente 64.7%, 66.8% y 75.6% en los niños, siendo muy similares también dichas cifras en las niñas). Sin embargo, se apuntaba siendo que las diferencias eran más altas entre “blancos” y “negros”, y no tanto entre “blancos” y “mulatos”. Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 464.

¹¹⁰⁵ Costa Mandry, “La sífilis. II”, 254.

¹¹⁰⁶ Sin embargo, resulta curioso que el acento de esta crítica estaba en función de justificar la existencia indios, y en el caso de su investigación la confirmación de un 1 indio en su muestra de 1,000 autopsias. Ver Koppisch, “La sífilis”, 163.

¹¹⁰⁷ Koppisch, “La sífilis”, 167.

los fenotipos, facciones y características que distinguían al blanco del no-blanco. Lo que notamos en estas discusiones es que el sistema de clasificaciones se amparaba en un tipo de teoría sobre el colorismo. Decimos un tipo de colorismo porque el asunto era algo más complejo que un sistema de clasificación que se basaba en las variedades de pigmentación. En donde esto puede verse mejor es en las investigaciones hechas en el 1935 en torno a tuberculosis; estas son, con la excepción del estudio de Pons y Oms de hematología, de las pocas investigaciones que ofrece una clasificación más detallada de sus criterios para la clasificación racial de su muestra.

Rodríguez Pastor, Morales Otero, Payne y otros, en sus investigaciones sobre tuberculosis del 1934-1935, desarrollaron un sistema de clasificación racial para organizar los datos recopilados por los médicos encargados (y hemos de suponer también las enfermas visitadoras). En dicho sistema los “blancos” estaban agrupados a partir de las siguientes “características”: blancos con “pelo castaño y ojos claros” (6.9%), con “pelo castaño o negro y ojos negros (31.8%) y con “piel trigueña sin facciones negras (30.0%)”. Los mulatos eran aquellos que tuviesen las siguientes características: mulatos con “piel clara y algunas facciones negras” (11.4%), con “piel oscura y algunas facciones negras” (8.2%) y con “piel oscura, facciones negras actuadas y algunos rasgos de raza blanca” (6.0%). Los categorizados como negros eran los que menos categorizaciones tenían, siendo simplemente identificados como “sin el menor rasgo de raza blanca” (5.3%)¹¹⁰⁸. En este estudio podemos ver cómo el negro se definía a partir de la ausencia de lo blanco o de “rasgos” de la raza blanca.

Aunque este nivel de detalle no lo vemos en otras investigaciones, las premisas y supuestos sí parecen repetirse; entiéndase, la insistencia, casi obsesiva, en mostrar la dominancia de elementos

¹¹⁰⁸ Rodríguez Pastor et al, “Investigaciones. II”, 525.

y rasgos de la raza blanca en Puerto Rico. Por eso no es raro encontrar artículos que buscaban aclarar que las enfermedades en los puertorriqueños, como en otros hispanos (identificados como blancos), tenían características más próximas a los “blancos”, entiéndase los europeos (alemanes, franceses e ingleses) y estadounidenses, que a los asiáticos o africanos. Esto podemos verlo, por ejemplo, en una aclaración hecha por Rodríguez Pastor y Ruiz Cestero, a mediados de la década de los treinta, en torno a un error de diagnóstico clínico en los médicos estadounidenses respecto a los pacientes puertorriqueños con tuberculosis. Rodríguez Pastor y Ruiz Cestero criticaban el juicio clínico de los médicos estadounidenses que consideraban que la tuberculosis en los puertorriqueños era similar a otros grupos no blancos, metiendo así en una misma categoría a negros (en inglés *negroes*), filipinos, mexicanos e indios americanos. Lo que compartían todas estas razas era que, aún en pacientes adultos, padecían de la modalidad infantil de tuberculosis. En otras palabras, otras razas que no eran la blanca padecían de una modalidad de tuberculosis que era similar a la infantil en los blancos europeos y estadounidenses, la cual estaba caracterizada por una mayor intensidad en los síntomas. Los especialistas puertorriqueños apuntaban que este error se debía a la falta de hacer estudios empíricos y ampararse solamente en observaciones aleatorias y descuidadas.

En otras palabras, sin decir que se tratara de un prejuicio social, los autores atribuían el error de diagnóstico a una falta de evidencia empírica¹¹⁰⁹. Llama la atención cómo se obvia por completo que esta infantilización de las demás razas “no blancas” fuese señal de un prejuicio racial en los médicos estadounidenses. En vez que señalar que se trataba de un error motivado por racismo se

¹¹⁰⁹ Rodríguez Pastor y Ruiz Cestero apuntaban a que dicha afirmación fue hecha a partir de observaciones aleatorias y descuidadas (*haphazard observations*), y si bien aparecía mucho en la literatura médica, tal no había sido corroborada empíricamente. La evidencia empírica que confirmaba este error estaba en un estudio hecho por Koppisch (a partir de 628 autopsias) que demostraba que el tipo de tuberculosis pulmonar en los puertorriqueños adultos tiene la misma forma que las dadas entre los adultos blancos en Estados Unidos. Ver Rodríguez Pastor y Ruiz Cestero, “Forms”, 483.

apunta a la falta de actualización y rigor empírico, casi como si se tratase de un error inocente producto de ignorancia y retrasos. Los médicos estadounidenses estaban aún amparándose en una premisa vieja y ya refutada de que los tipos “infantiles” de la tuberculosis son propios entre adultos de ciertas razas (*of certain races*); entiéndase que ciertas razas seguían manifestando la modalidad aguda de la enfermedad en vez que sus modalidades crónicas menos severas en sintomatología. Los autores aclaraban que estos tipos de manifestación aguda sí se daban en los adultos blancos en Estados Unidos¹¹¹⁰. Lo interesante de esta aclaración es cómo los médicos puertorriqueños buscaban acentuar que los “blancos” sí padecen de ciertas “intensidades” y morbilidades que antes se suponían eran exclusivas de las razas no-blancas. Esto implicaba que los blancos en Puerto Rico no padecían de una modalidad más cercana a los negros sino común también entre los blancos estadounidenses.

Algunas de estas interpretaciones podían buscar demostrar que en Puerto Rico las condiciones sociales del “negro” y el “blanco” no eran como en Estados Unidos. Dichas interpretaciones acentuaban, por un lado, la imagen de una supuesta “democracia racial” y por el otro, como era que los blancos en Puerto Rico sufrían más que los de Estados Unidos. Por ejemplo, Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne apuntaban a que las diferencias que había entre las proporciones de blancos y negros infectados en Puerto Rico con las de Estados Unidos no se debía a razones raciales sino a las condiciones ambientales. Para ello los autores remitían a los estudios hechos por Dickey y Seitz en San Francisco y California, que demostraban cómo la frecuencia y severidad de la enfermedad dependía más de “oportunidad”, “estado económico” o inclusive clima¹¹¹¹. Dicho argumento, más de carácter ambientalista podía selectivamente eclipsar que hubiese en Puerto

¹¹¹⁰ Ver Rodríguez Pastor y Ruiz Cestero, “Forms”, 483.

¹¹¹¹ Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 475-77.

Rico un problema de racismo. Esta misma aclaración se hacía también cuando se discutía la mayor frecuencia de blancos que padecían de sífilis en Puerto Rico (en comparación con Estados Unidos). Por ejemplo, Costa Mandry, en la década de los cuarenta, señalaba que “las condiciones entre una y otra raza son muy semejantes entre sí, al revés de lo que pasa en los Estados Unidos continentales donde el nivel social de los negros es mucho más bajo que el de los blancos”¹¹¹². Eso dicho, aunque hubiese una proximidad entre ambas razas en Puerto Rico, siempre era necesario recalcar que la enfermedad era más frecuente, y era mayor la mortalidad, en los negros¹¹¹³.

Por ejemplo, se insistía en la mayor proporción de enfermos negros y negras de tuberculosis y sífilis como un dato significativo y que parcialmente confirmaba lo visto en Estados Unidos. Decimos parcialmente porque los médicos, y esto se nota más cuando se discutía la tuberculosis y la sífilis (y parcialmente la malaria), acentuaban que el problema fundamental era la estrata social (en este caso la pobreza¹¹¹⁴). Aún los autores que acentuaban la mayor morbilidad y mortalidad en la raza negra consideraban que la pobreza era un factor más determinante que la raza. A primera vista dicho argumento, que se enfoca en “factores ambientales” y/o “sociales”, pudiese parecer mucho más crítico, reflexivo, holístico e inclusive anti-racista que los argumentos de fomentaban un determinismo biológico racial. Inclusive, este acento en como las condiciones sociales afectaban más a ciertos grupos, en particular los negros, iba de la mano con algunos señalamientos hechos por sociólogos, médicos e intelectuales que afirmaban que las altas tasas de criminalidad, amancebamientos y bajos coeficientes intelectuales en la población negra variaba de país en país; siendo el factor determinante el acceso y grado de participación facilitada a la poblaciones negra en actividades, instituciones y labores civiles y profesionales antes exclusivas a los blancos. En

¹¹¹² Costa Mandry, “La sífilis. III”, 484.

¹¹¹³ Costa Mandry y Janer, “La sífilis”, 495, 497.

¹¹¹⁴ Ver Rodríguez Pastor, Morales Otero y Payne, “Tuberculosis”, 475; Costa Mandry, “La sífilis”, 413, 415, 419; Koppisch, “La sífilis”, 160-61, 68-69; Arbona & Morales Otero, “Difficulties”, 1058.

otras palabras, allí en donde se le permitía mayor acceso y participación a instituciones educativas, laborales y militares reflejaba un “ascenso” en las capacidades de las poblaciones negras o de “color”¹¹¹⁵. Pero esta correspondencia entre las posturas médicas de carácter “ambiental” y las posturas que criticaban la desigualdad y falta de acceso a las poblaciones negras fue parcial y errática. En el caso de Puerto Rico, esto se traducía a acentuar como “problema social” la pobreza por encima de la raza y esto no pocas veces llevó a minusvalorar e ignorar problematizar los prejuicios raciales.

En ese sentido es preciso que notemos cómo los médicos puertorriqueños aún reforzaban muchos de los imaginarios que se habían declarado, desde finales del siglo XIX, en médicos como Valle Atilés. Hasta cierto punto puede sorprender lo poco que cambian estas nociones dentro de la comunidad médica puertorriqueña, y los cambios que notamos tienen que ver más con cómo los médicos puertorriqueños se apropiaban, reaccionaban y, hasta cierto punto, antagonizaban con las nociones, categorías y prejuicios raciales de los estadounidenses. Visto de forma muy superficial, en Puerto Rico parecía que las diferencias raciales no eran un “problema social” cuando se comparaba con Estados Unidos. La diferencia entre los modos de interpretar lo racial en Puerto Rico y Estados Unidos era palpable, lo suficiente para que algunos sociólogos estadounidenses (como Charles C. Rogler¹¹¹⁶) estudiaran por qué el “distanciamiento racial” era menor en las

¹¹¹⁵ Esta postura podemos encontrarla en aquellos autores que criticaban el prejuicio racial y pedían por igualdad de derecho y acceso. Por ejemplo, los sociólogos puertorriqueños José Colomán Rosario y Justina Carrión resaltaban esto y utilizaban como ejemplo el modo que el negro en Estados Unidos había logrado “ascender” al lograr construir e insertarse dentro de las instituciones civiles, en particular la educación pública. Ver José Colomán Rosario & Justina Carrión, *Problemas Sociales. El Negro:Haití—Estados Unidos—Puerto Rico* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1940), 78-87.

¹¹¹⁶ En la década de los cuarenta hubo estudios en Puerto Rico, como los del sociólogo estadounidense Charles C. Rogler, que discutían la mayor flexibilidad de las clasificaciones raciales en la Isla y las razones por la cual que existía menos “distanciamiento racial” y prejuicios raciales que en los Estados Unidos. Rogler argüía que semánticamente el uso de categorías y estereotipos raciales era infrecuente entre los puertorriqueños, y sus modos de “distanciamiento” se amparaban más en percepciones de clase sociales. El análisis del sociólogo estadounidense señalaba que el término “negro” tenía un valor usualmente neutral e incluso afectivo, con pocos usos despectivos, como eran el uso de ciertos

interacciones sociales de los puertorriqueños, y muchos de los prejuicios se daban más por razones de percepción social de clase. Este tipo de interpretación es un buen ejemplo de las limitaciones que hubo (y aun hay) cuando el racismo se reducía exclusivamente a la semántica e interpretaciones estadounidenses, como si fuesen un paradigma que delimitaba que cualificaba o no como racismo. De esta forma, se eclipsaban los fundamentos racistas de esas percepciones sociales de clase, los cuales también influían en cómo se investigaba médica y científicamente “la raza” como un objeto biológico y empírico. Hay que insistir que la visión más aparentemente “inclusiva” de los puertorriqueños se daba también porque las elites y autoridades puertorriqueñas se oponían a la visión estadounidense que veía en la “mezcla de razas” una señal de atraso irreversible, solamente remediable a través de la segregación y purificación de las razas¹¹¹⁷.

En ese sentido, el acento en el mestizaje que encontramos entre los médicos puertorriqueños no era muy distinto al de los intelectuales de la década de los treinta, en particular aquellos que buscaban acentuar un mestizaje que, en el mejor de los casos (si tomamos como ejemplo la postura de Tomás Blanco), reflejaba una cultura europea blanca y española y en el peor de los casos (si tomamos como ejemplo la postura de Antonio Pedreira), reflejaba una confusión y degeneración que era sintomática de la ambigüedad, cobardía y voluntad débil del País. Vale recordar que los

términos como “grifo”, que no apuntaban a un problema social sino interpersonal. En otras palabras, gran parte de los prejuicios raciales tendían a reducirse a conflictos interpersonales y no a un problema social porque existía una movilidad y tolerancia que no estaba en Estados Unidos. Hasta cierto punto, si tomamos como ejemplo de “racismo convencional” lo que sucedía en Estados Unidos, ciertamente las situaciones y contextos puertorriqueños podían ser interpretados como más marcados por los significantes de “pobreza” y “clase social” que por denominaciones o clasificaciones raciales. Ver Charles Rogler, “Some situational aspects of race relations in Puerto Rico”, *Social Forces* XXVII, nº1 (1948): 72-77, 72-3, 75; Charles C. Rogler, “The role of semantics in the study of race distance in Puerto Rico” *Social Forces* XXII, nº4 (1944): 448-453, 448-49, 451-52.

¹¹¹⁷ Por ejemplo, en la década de los treinta Robert Watson, un examinador de la FERA (*Federal Emergency Relief Administration*), que evaluó la situación económica del país apuntaba al “problema racial” del país. Dicho “problema racial” era que aún las familias “blancas” estaban mezcladas o tenían algún “mancha” de sangre negra; siendo dicha “composición” y proporción racial uno de los problemas que causaba los estándares vagos y bajos a nivel social de la Isla (incluyendo falta de valores morales en la familia). Las autoridades estadounidenses asociadas a FERA y el Gobierno describían a los puertorriqueños como atrasados tanto cultural y moralmente como económicamente, y carentes de valores propios respecto a familia, vivienda y ética de trabajo; y por consecuente no aptos para el progreso y modernidad que podía proveerle los Estados Unidos. Ver Rodríguez Vázquez, *Power*, 119-122, 125-26.

intelectuales de la generación del treinta también se consideraban objetivos, o al menos críticos y desinteresados, guiados por una preocupación cultural que buscaba recuperar, renovar, unificar y armonizar al país —la imagen de la “Gran Familia”—; y, similar a los médicos, estos intelectuales tenían el deseo de ocupar un rol hegemónico en el desenvolvimiento y destino de la puertorriqueñidad¹¹¹⁸. Tanto los médicos como los letrados de la generación de los treinta consideraban al jíbaro blanco el “tipo nacional”¹¹¹⁹ de Puerto Rico, estrategia que, como ya hemos señalado, resaltaba la pervivencia de un linaje europeo y blanco que requería ser renovado y modernizado (vale recordar que los discursos de recuperación y rehabilitación eran por lo general modernistas). Igualmente consideraban que los puertorriqueños no eran en realidad racistas. Mejor dicho, para muchos intelectuales de la época, ser racista era visto como ajeno y contrario a lo puertorriqueño, ajeno a un legado hispano que reconocía como constitucional la “mezcla de razas” (o esto podemos verlo, tanto en Blanco¹¹²⁰ como Albizu¹¹²¹ desde registros muy distintos). Y si

¹¹¹⁸ Rodríguez, “Tradición y modernidad”, 60-63.

¹¹¹⁹ Muy a tono con los intelectuales latinoamericanos y caribeños de la época (como José Vasconcelos en México, Juan Marinello en Cuba y Ricardo Rojas en Argentina), los intelectuales puertorriqueños sintetizaron la diversidad cultural del país en un “tipo nacional”, que como bien sabemos fue el jíbaro blanco. Ver Rodríguez, “Tradición y modernidad”, 48.

¹¹²⁰ Por ejemplo, en *Prontuario histórico de Puerto Rico* Blanco declaraba: “Cuidemos nuestra modalidad diferencial, influenciada por el trópico y la mezcla de sangres, que nos matiza dentro de la comunidad de los pueblos hispánicos. Erradiquemos toda sombra de ajenos prejuicios raciales que repugnan a la convivencia y a la composición étnica de nuestro pueblo”. Ver Blanco, *Prontuario histórico*, 111.

¹¹²¹ Albizu no acentuaba, como lo hacían otros intelectuales puertorriqueños, el vínculo entre la raza blanca y la hispanidad sino el ideal de la raza latina. Según Albizu, la supuesta ausencia de un racismo violento o tan violento en Puerto Rico como el de los Estados Unidos se debía a esa “herencia” de la cultura española. Albizu vinculaba dicha “herencia” con el concepto de la “raza latina”. Por eso, en el 1935, Albizu declaraba “para nuestra raza el peligro nunca ha existido”; y con esto recalcar que la raza no tenía que ver con la biología sino con el “sentido de cultura” hispana, el cual había logrado un mayor nivel de tolerancia e inclusión de la raza negra. Esta postura coincide parcialmente con las indigenistas e intelectuales que destacaban de forma positiva el mestizaje, como fue el caso de José Vasconcelo en México (y su noción de la “raza cósmica”). A diferencia de Pedreira, también influenciado por Vasconcelo, Albizu veía al mestizo como una figura espiritualmente superior al blanco y en oposición a las raza germana y anglosajona, obsesionadas ambas con la pureza racial. Esto no quita que hubiese comentarios y ambigüedades en Albizu que en ocasiones minusvaloraban la cultura africana en pro de resaltar la española. Sin embargo, el asunto no es simple de aclarar y trasciende los confines de nuestra discusión. Para una discusión más detallada ver Kelvin Santiago, “‘Our race today [is] the only hope for the world’: an African Spaniard as chieftain of the struggle against ‘sugar slavery’ in Puerto Rico, 1926-1934”, *Caribbean Studies* XXXV, nº1 (2007), 107-140, 115-121; Pedro Albizu Campo, “El concepto de raza”, En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 285-86.

existía racismo era por imitación, en ocasiones inconsciente, de lo hecho por los estadounidenses. De esa forma muchos intelectuales puertorriqueños presentaban el racismo en Puerto Rico como algo importado del extranjero y supuestamente absorbido por las mujeres puertorriqueñas (un imaginario incorrecto presente ya al menos desde finales del siglo XIX en Valle Atilés)¹¹²².

Inclusive, hemos de sospechar que no pocos consideraban el prejuicio racial como un “juego inocente de niños¹¹²³”, como eufemísticamente lo tildaba el Dr. Blanco. La postura de Blanco es un buen ejemplo de los efectos de esa insistente y torpe comparación con los Estados Unidos, estrategia que en ocasiones podía resultar oportuna (en particular, cuando se buscaba destacar las desigualdades sociales y negligencias cometidas por las autoridades estatales) pero que servía también para obviar y simplificar las dinámicas sociales y culturales en Puerto Rico. Como decía al respecto Blanco, cuando se comparaba nuestro empleo del término “negro” y otros similares (como “pardo”, “moreno” y “trigueño”), todos estos eran “sanamente eufemísticos” al compararlo con los términos despectivos *nigger* o el formal “*colored people*”, de los cuales no teníamos un equivalente semántico¹¹²⁴. Resulta interesante que Blanco menciona que no exista equivalente para

¹¹²² Inclusive, las mujeres son, según Blanco, las culpables de mostrar dicho prejuicio (y con mayor intensidad). Blanco no era el único que defendía esta postura, la cual encontramos también en Pedreira e inclusive en el sociólogo estadounidense, Charles C. Rogler, quien señalaba que los hombres eran más inclusivos socialmente que las mujeres blancas y para ello remitía a cómo los hombres blancos, en particular los de clase alta, tendieron a casarse o tener relaciones sexuales con mujeres negras de clase baja: “available evidence indicated that three white men marry mulatto women for every white woman who marries a mulatto man”. Ya este mismo “dato” lo vemos expuesto por Valle Atilés para finales del siglo XIX. Rogler añade otros datos, para los cuales en realidad no ofrece datos cuantitativos concretos sino observaciones anecdóticas y casos hipotéticos, como era el caso de los bailes en fiestas de “clase baja” o “pobre”. En dichos espacios las mujeres blancas desdeñaban los avances de los hombres negros y optaban más por seleccionar a hombres blancos. Ver Rogler, “Some situational”; Rogler, “The morality of race mixing in Puerto Rico”, *Social Forces* XXV, nº1 (1946): 77-81. 81. Ver Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco”, 45-46.

¹¹²³ Dice Blanco, comparando el prejuicio de Puerto Rico con los linchamientos y la segregación racial en Puerto Rico: “Comparado con las más intensas explosiones de esa virulencia, nuestro prejuicio es un inocente juego de niños”. Ver Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco”, 40.

¹¹²⁴ Llama la atención cuánto de lo dicho por Blanco aparece también en Rogler. Hemos de sospechar que Rogler conocía el texto de *El prejuicio racial en Puerto Rico* de Blanco, porque vemos también como se arguye ahí como el prejuicio en Puerto Rico era un asunto “personal”. Como decía al respecto Blanco en *El prejuicio racial en Puerto Rico*:

El negro es allá, vulgarmente, casi siempre un *nigger*, derivado respectivo de la palabra inglesa *negro*, sin

colored people, pese al hecho de que mucho de sus colegas médicos cuando escribían en inglés utilizaban el término como equivalente para negro o cualquiera categoría que fuese no blanca (mulato, moreno, mestizo, etc.). Nuevamente, hay que recalcar que en dichas comparaciones “lo negro” era (y aun es) visto como algo extranjero y exterior a la cultura puertorriqueña, en oposición a lo español, que era considerado constitutivo, hegemónico y elemental de la cultura puertorriqueña. Blanco, que se oponía a la imagen de Puerto Rico como “puente entre dos culturas”¹¹²⁵, definían al país como esencialmente europeo/español y blanco (como también lo consideraba Rogler, quien declaraba que no quedaba rastro de la herencia cultura africana en el puertorriqueño negro)¹¹²⁶.

Lo interesante de la representación que ofrece Blanco es que auspiciaba la imagen de una

equivalente posible en nuestro vernáculo (...) Ciertamente que entre nosotros se oyen las expresiones despectivas “negro catedrático” y “grifo parejero” con alguna frecuencia; pero se refieren usualmente a casos específicos en que, el que habla expresa su opinión particular contra determinada persona de la clase de color, las más veces por razones personalísimas. Pero estos epítetos no se aplican nunca genéricamente, o colectivamente, a los negros y mulatos, como ocurre, por lo regular, con *nigger*.

En general, al aludir al negro, la tendencia popular entre nosotros no es peyorativa, sino más bien sanamente eufemística (...) Pero conste que la eufemía popular implícita en los apelativos “moreno” o “trigueño” carece tanto del formalismo objetivo de *colored people* (gente de color) como de la picardía humorística del piropo “¡Adios rubia!” que por nuestras calles y plazuelas provoca, a veces el paso de una negrita de buen ver.

Tomás Blanco, “El prejuicio racial en Puerto Rico”, En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 290-91.

¹¹²⁵ Vale detenerse en la crítica de Blanco, en su texto del 1935 (*Prontuario histórico de Puerto Rico*) y su reclamo de conformar una cultura que sea auténtica y propia, la cual suponía abrazar las idiosincrasias y particularidad del país:

Como campo de choque e interpretación, debemos desechar por inexacto, confusionista y deprimente, el mote de *Puente entre dos Culturas*, con que se nos ha querido bautizar (...) nos acecha el peligro de eternizarnos en un *cock-tail* de mediocridades, en un mosaico de fósiles desportillados y deslumbrantes baratijas ultra modernas, en un burundanga estridente (...) Sinteticemos y conjugemos módulos y tendencias para fundir la diversidad heterogénea en algo propio y característico, con sentido y razón de ser en nuestra tierra. Seleccionemos y coordinemos los materiales de diverso abolengo para crear una originalidad típica con raigambres en nuestras tradiciones y nuestra idiosincrasia. Adaptemos de la civilización universal todo lo que pueda servirnos para nuestra madurez y nuestro progreso; pero aspiremos a vivir dentro de una modalidad cultural auténticamente acorde a nuestra isla y nuestra manera de ser

Tomás Blanco, *Prontuario histórico de Puerto Rico* (Ediciones huracán: Río Piedras, 1981), 111

¹¹²⁶ Según el sociólogo estadounidense los efectos de la dominación española en Puerto Rico eran prácticamente completa y por encima de la cultura negra, tanto a nivel cultural como mental e incluyendo las comunidades “de color” del país: “Spanish dominance over the Negro in Puerto Rico was always present with reference to all of the criteria that are indicative of social dominance (...) No trace of the Negro’s African cultural heritage is present in the white population. And, with the exception of a possible two or three minor folk practices, such as the “drum dance”, no African traits are to be found in the predominantly colored communities”. Ver Rogler, “The morality”, 77.

cultura puertorriqueña que fuese “auténtica”, “original” y que se “adaptara” a la “manera de ser” del País. Sin embargo, dentro de esa “autenticidad” no dejaba de resaltarse lo europeo, por encima de lo estadounidense y de lo negro, y de esa manera el mestizaje era una imagen atractiva si tal auspiciaba un tipo de armonía que tendía a resaltar más los elementos percibidos como “buenos”, que en su mayoría se asociaban a lo blanco, al blanqueamiento y la hispanidad. Hasta cierto punto, este tipo de representación no es tan distinta a la de Pedreira, quien se mostraba más nihilista en torno a esa “armonía”. Pedreira representa al mestizaje como el producto de una “guerra civil biológica”, de una lucha entre una raza inferior, la negra/esclava, y otra superior, la blanca/española¹¹²⁷. Aún si Pedreira, en *Insularismo*, aclaraba que sus observaciones no son médicas (ni las de un alienista¹¹²⁸) vemos en sus argumentos un intento, completamente especulativo, pero con pretensiones objetivas, de correlacionar historia, biología y conducta para así “diagnosticar” y explicar la supuesta “confusión” identitaria y moral de los puertorriqueños a partir de la “mezcla” y los “cruzamientos” raciales¹¹²⁹. Según Pedreira, en los “cruzamientos” de las razas había un proceso de absorción que incluía “disposiciones psicológicas”, que en el caso de Puerto Rico se trataba de un cruzamiento entre una raza superior y otra inferior, una que

¹¹²⁷ Ver Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco”, 30-31.

¹¹²⁸ Proclama Pedreira: “Nadie espere los remedios que no puedo ofrecer. Yo no soy alienista. Mi propósito es más bien señalar los elementos dispersos que pueden dar sentido a nuestra personalidad”. Sin embargo, este tipo de aclaración no debe ser tomada muy en serio y refleja más una falsa modestia muy propia de los intelectuales de la época. Es lo que Arcadio Díaz Quiñonez llama el “viejo *topos* de la falsa modestia”, el cual utiliza en su análisis de la obra de *El prejuicio racial en Puerto Rico* de Tomás Blanco, pero que igualmente pudiese aplicársele a estas palabras de Pedreira. Ver Pedreira, *Insularismo*, 26; Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco”, 37-38.

¹¹²⁹ Pedreira declaraba que la sangre europea había “bautizado” el país y fue con la esclavitud cuando empezó la fusión y la confusión: “De esta fusión parte nuestra con-fusión”. El juego de palabras no pretendía ser jocoso o accidental y encontramos varias veces esta insistencia en vincular el mestizaje con la confusión y el desorden. Por ejemplo, más adelante en el texto Pedreira trata de demostrar que sus observaciones no son nuevas y ya habían sido adelantadas por el fray Iñigo Abbad y Lasierra. Vale notar como Pedreira juega semánticamente para inferir que las observaciones del fray en torno a cualidades y caracteres se traducían a observaciones en torno a la “mentalidad” y “psicología” de los puertorriqueños (casi como si fuese un “arquetipo” plasmado desde el siglo XVIII): “Certeramente vio el problema fray Iñigo Abbad cuando en el siglo XVIII dijo con referencia a nosotros: “Verdad es que mirados en globo y sin reflexión se nota poca diferencia en sus cualidades y sólo se descubre un carácter tan mezclado y equivoco como sus colores”. Así, mezclada y equivoca es nuestra psicología”. Ver Pedreira, *Insularismo*, 27, 31-32.

menospreciaba y otra que la resentía¹¹³⁰. En la figura del mestizo supuestamente “luchaban” (y vale notar el uso de lenguaje bélico mezclado con biologicismos y psicologicismos) dos razas antagónicas y el mulato era, por lo tanto, un ser “indefinido y titubeante” que vivía en el “presente inmediato”¹¹³¹.

El mulato no solo es definido como “indefinido” sino que sus aspiraciones son significadas como “resentidas” y “atrevidas” (un producto de esa misma indefinición y tendencia poco reflexiva hacia lo inmediato). Pedreira define a ciertos mulatos como “grifos parejeros”, un término abiertamente despectivo (y reconocido como tal entre los intelectuales, políticos y profesionales de la época), para así designar a aquellos mulatos que molestaban por su ambición y atrevimiento. Este tipo de conceptualización y clasificación que ofrece Pedreira es muy ilustrativa de las inquietudes e indignación de la clase letrada, “cultas” y “blancas” del país. Una elite que consideraba que las luchas de los líderes negros eran atrevidas y causa de violencia innecesaria (y, vale recordar la pertinencia de Albizu, las huelgas y confrontaciones de la década de los treinta), producto de complejos y resentimientos psicológicos¹¹³².

Tomemos por ejemplo como la conceptualización que hace Pedreira del “grifo parejero” no era muy distinta al *nigger* de Ashford, porque se trataban de figuras supuestamente “indefinidas” que no tenían respecto propio ni habían mantenido la pureza e integridad de su raza. Es muy

¹¹³⁰ Pedreira, *Insularismo*, 28.

¹¹³¹ Pedreira, *Insularismo*, 29.

¹¹³² Como bien lo resume Sonia Labrador-Rodríguez en su análisis de Pedreira, en contraposición a Barbosa:

En este contexto, se explica la preocupación por el elemento destructivo y desestabilizador del mulato y el grifo, inquietud que se expresa en términos bélicos en *Insularismo*. El afán de los “grifos parejeros” que aspiran y ambicionan, y que destacan su “atrevimiento” por encima de cualquier otro grupo étnico (*Insularismo* 30-31), podría muy bien aludir a un sin número de importantes líderes obreros de origen negro, entre los cuales se destaca la figura de Pedro Albizu Campos. La *parejería* que acusa Pedreira en los grifos se representa en Albizu porque en su discurso de afirmación nacional (con las contradicciones que ya le han sido señaladas) éste le arrebató el derecho a la dirección y organización política que Pedreira ve reservado a la elite patricia blanca.

Ver Labrador-Rodríguez, “Mulatos”, 724.

sugestivo el uso del término *nigger* en Ashford, quien lo usa en una ocasión para contrarrestar con los negros de Santo Tomás, a quienes consideraba leales, orgullosos y con méritos propios¹¹³³. Tanto el *nigger* de Ashford y el “grifo” de Pedreira, son seres “indefinidos”, “resentidos” e “inferiores” en sus capacidades volitivas e intelectuales, pero a la vez definidos por los traumas de la esclavitud y los abusos y relaciones de dependencia que permanecen en la sociedad. De un modo u otro, encontramos ciertas correspondencias entre los discursos de intelectuales como Pedreira y de varios médicos (desde Valle Atilés y Ashford hasta Belaval y Figueroa) que definían a las mujeres, los negros, los pobres y los niños como seres confusos e indefinidos al estar gobernados por las pasiones, las necesidades biológicas, el ambiente y las herencias.

Antes que cerremos, tomemos otro ejemplo, dado por el sociólogo Edward Reuter, quien, en sus estudios en Estados Unidos, durante las décadas de los 1910-1930, consideraba que la “mezcla de razas” no conllevaba una degeneración cultural. Sin embargo, en un análisis cultural que hace de Puerto Rico encontramos nuevamente un “diagnóstico” similar al dado por Pedreira: los puertorriqueños son seres inmaduros, dependientes, mentalmente confundidos e incluso culturalmente medievales (entiéndase que aún no habían logrado asimilar los valores culturales modernos y occidentales)¹¹³⁴. Este “diagnóstico” empataba parcialmente con la imagen que tenían

¹¹³³ En su autobiografía encontramos esta descripción de los habitantes negros de Santo Tomás, a quienes considera afectivamente como buenos ciudadanos y no *niggers*: “A fully ninety-eight per cent of the population is African—really African and not mulatto— honest negro folk with no white folks to serve, but proud of their morals and the purity of their race. And well they may be. I want no better friend than a St. Thomas negro for faithfulness and kindheartedness. We can justly be proud of them, now our own black citizens. They have self-respect. They are not “niggers””. Ver Ashford, *A Soldier*, 182.

¹¹³⁴ Ya hemos mencionado la influencia de Franz Boas en la antropología cultura estadounidense y europea, pero también tenemos otros autores como el sociólogo estadounidense Edward B. Reuter, quien en la década de los treinta publica un libro en donde discute que la “hibridez” no conllevaba degeneración alguna. Sus estudios en torno a familiar de *mixed blood* o *mixed race* demostraban que los hijos de una mezcla de padres caucásicos y negro no eran inferiores a hijos de familias de raza o sangre pura. Reuter consideraba que la raza era un factor independiente a la cultura y, en ese sentido, la “amalgamación” de las razas no era un factor causal para el emerger (o decadencia) de una civilización. Reuter va a escribir un artículo en el 1946 sobre Puerto Rico y va a concentrarse en los cambios culturales del proceso de industrialización y modernización, el cual, como en otras partes del mundo, estaba llevando a un desplazamiento

los médicos de un país enfermo, fecundo, sobrepoblado y degenerado. Lo pertinente aquí es notar que esa ambigüedad y racismo que vemos en el discurso médico se nutre de ideologías, nociones y discursos que había en la época en torno a género, raza y clase social. Esto demuestra que el lenguaje del discurso médico no estaba “inmune” a las influencias sociales y culturales que buscaban establecer hegemonías a nivel discursivo en los espacios intelectuales del país.

IV. Observaciones finales: clasismo, sexismo, racismo y los límites de la privilegiada objetividad científica

Sin duda los cambios y adelantos, tanto a nivel institucional como en el desarrollo de especialidades, fueron significativamente grandes si comparamos tanto los servicios médicos y la cantidad de especialidades y conocimientos médico-científicos que existían para inicios del siglo XX. La expansión de las Unidades y la creación de más hospitales, camas, centros de tratamiento

de los nativos (ya exterminados en el caso de Puerto Rico) y de las “gentes más simples” (*the simpler people*): “the general movement is a progressive displacement of the native cultura and of the simpler people”. Este desplazamiento era considerado inevitable o lo más que podía esperarse es que fuese misericordioso. Reuter describe el proceso de interacción racial como uno de amalgamación que fue variada e incompleta al momento que llegó Estados Unidos a finales del siglo XIX. La cultura de aquel momento era, según Reuter culturalmente española y “medieval”. La mayoría de la población del país es descrita como iliterata, cruda, con poca asimilación de la cultura española e incluso aislados de los cambios del “mundo exterior” (entiéndase, estancados culturalmente, hasta que fueron “modernizados” por los estadounidenses). Reiter considera que los puertorriqueños no han asimilados los aspectos esenciales de la cultura occidental, y continuaban con una serie de valores medievales. Similar a Pedreira, Puerto Rico es descrito como un lugar ambiguo y confuso, que no era ni “americano” ni español y su mezcla había desarrollado un híbrido extraño y retrogrado: “In the present, Puerto Rico is neither Spanish nor American; it is something of both—a mixture in externals of the medieval and the modern, not a fusion and blending of cultural realities”. El país es descrito como socialmente inmaduro, mentalmente confundido y dependientes (viviendo de la caridad sin vergüenza alguna). Llama la atención que entre los ejemplos que utiliza el sociólogo para demostrar esto es la incapacidad de los puertorriqueños para aceptar las realidades sociales, incluyendo el prejuicio racial: “There is a common indisposition honestly to face and to admit the unpleasant realities of the social and economic order. The common assertion, for example, that there is no racial prejudice expresses a public policy rather than a private reality. The reality is better seen in the nepotism which so frequently cuts across intensely partisan lines”. El sociólogo describe ciertos movimientos nacionalistas como antiamericanos y por lo tanto contrarios a ideas democráticas (y considera que los puertorriqueños han estado acostumbrados a la idea de absolutismo político y una psicología de la dictadura). Por ende, aún este análisis que pareciera apuntar a la existencia del prejuicio racial, reproduce también argumentos y explicaciones racistas que consideran a los puertorriqueños como seres confundidos, inmaduros, dependientes y, en esencia, incapaces de un gobierno propio democrático. Ver Edward Byron Reuter, “Culture contacts in Puerto Rico”, *American Journal of Sociology*, LII, n°2 (1946): 91-101, 91-92, 98-99; Thomas Teo, “The historical problematization of “mixed race” in psychological and human-scientific discourses”, en *Defining difference: Race and racism in the history of psychology*, ed. Andrew Winston (Washington: APA, 2004), 79-108, 92-93.

y dispensarios contribuyó, aun si de forma paulatina y errática, a proveer más acceso y mejores servicios médicos a una gran parte de la población. Tampoco hay duda de que los médicos puertorriqueños no estuviesen a las alturas de sus colegas estadounidenses en términos de preparación y conocimiento, esto pese al gran obstáculo de que el País no tuviese una universidad nacional de medicina (y con muy pocos programas y certificados que resultaban insuficientes para las necesidades de más médicos, asistentes, enfermeras, técnicos, inspectores sanitarios, etc.). Encontramos durante esta época el desarrollo de diversas especialidades, entre las cuales acentuamos aquellas asociadas a las enfermedades epidémicas y endémicas (anemia, malaria y tuberculosis), la procreación, los servicios sociales y, en menor medida pero igualmente relevante, la psicología y la psiquiatría. Igualmente hemos visto un grupo de médicos, en particular aquellos en posiciones de autoridad (directores de negociados y departamentos médicos y científicos) que regularon, orientaron y promulgaron cambios a nivel legislativo y en torno a los servicios médicos, de ese modo reclamando y demostrando mayor autonomía gubernamental.

En ese sentido, es evidente que los desarrollos sanitarios del País no se debieron exclusivamente a las intervenciones de médicos y autoridades estadounidenses, y podemos ver la iniciativa de médicos puertorriqueños en participar tanto a nivel investigativo como clínico en aportar nuevos servicios y conocimientos en torno a los padecimientos del País. Pese al peso simbólico que se le ha dado a la figura de Ashford, y en menor medida Rhoads, lo que encontramos es que muchas de las transformaciones estructurales y funcionales del sistema de salud, junto a la mayor cantidad de investigaciones científicas especializadas, dependieron mayormente de la actividad de Comisionados de Sanidad, médicos y especialistas puertorriqueños, tanto a nivel clínico como investigativo. Esto no quiere decir que muchas de estas transformaciones no dependieron de capital estadounidense, sea ya gubernamental (a partir del *New Deal*) o privado

(las intervenciones de la RF), ni que muchas de las inversiones buscaban fomentar ciertos sectores más que otros (por ejemplo, las azucareras en las campañas contra la malaria). No obstante, lo que interesa es ver que, dentro de las limitaciones que existían dentro de un gobierno colonial y pese a todas las quejas en torno a la ingobernabilidad de los municipios, hubo una mayor coordinación de servicios y esfuerzos por parte de profesionales puertorriqueños para así ir reduciendo las tasas de mortalidad. Sin desestimar todas las complicaciones y dificultades que entretuvieron estas inversiones, lo pertinente es reconocer que durante este periodo hubo una mayor presencia y autonomía por parte de los médicos puertorriqueños para contribuir a mejorar la Salud Pública.

Eso dicho, también debemos reconocer que las iniciativas eugenésicas y neomaltusianas en Puerto Rico se dieron a través de especialistas puertorriqueños (como Belaval y Figueroa) que consideraban dichas prácticas iniciativas necesarias para el proceso de reconstrucción del País. Igualmente, la insistencia en la fecundidad, la ilegitimidad y la sobrepoblación como un “problema social” fue también promulgado por médicos puertorriqueños que, si bien reconocían la existencia de condiciones de desigualdad social, optaban por continuar acentuando que la ignorancia femenina, la inmoralidad de los pobres y la migración de jíbaros inadaptados a la zona urbana eran las causas principales para el hacinamiento, la sobrepoblación y por consiguiente, la alzas de mortalidad y la falta de progreso económico. Esto pese al hecho de que aún cuando se redujo la mortalidad general durante la década de los cuarenta se apuntó nuevamente a los hábitos de procreación, la falta de voluntad y a la ignorancia de los pobres como los obstáculos para la reconstrucción del país. Una y otra vez los médicos puertorriqueños apuntarán a la pobreza como “problema social” y como solución aconsejarán medidas higiénicas, eugenésicas y maltusianas que tendían a responsabilizar a los pobres, los mendigos, los tuberculosos, los nerviosos, las madres, los mestizos y los negros de las condiciones deprimentes del medio. Con esto no queremos

decir que estas posturas no estuviesen también en los médicos y autoridades estadounidenses, sino que dichos argumentos y prácticas empataban y eran consecuentes con los intereses de clase social e imaginarios que tenían los médicos puertorriqueños.

Por esa razón hemos apuntado a cómo los médicos puertorriqueños, a través de su enfoque en una “educación higiénica”, perpetuaban una serie de prejuicios, imaginarios y estereotipos que reflejaban que los saberes de la ciencia médica, no importa cuan especializados o refinados fuesen, no eran neutrales, apolíticos o inmunes a las ideologías, nociones y discursos de las elites en Puerto Rico. El jíbaro, los obreros, las mujeres pobres y los puertorriqueños negros eran representados como seres enfermizos, irresponsables, abúlicos e incluso desordenados en términos psicológicos. Los “problemas sociales” identificados a través del discurso médico apuntaban, una y otra vez, a la pobreza como causa de la proliferación de muchas de las enfermedades, las discapacidades y la desigualdad económica. Aún si el discurso médico de rehabilitación social resaltaba la importancia de mejorar las condiciones de vivienda y del medio, el acento recayó en prevenir las enfermedades que afectasen la productividad laboral y la calidad de la reproducción natal. Indudablemente hubo mejoras palpables al introducirse y expandirse servicios sociales, de puericultura y de tratamientos especializados para la tuberculosis. No obstante, una visión muy miope y sesgada de los “problemas sociales” limitó el tipo de intervención e inversión. Se repiten muchos de los errores del enfoque biomédico de las campañas de Ashford, al concentrarse en expiar la enfermedad, pero desatender los medios que facilitaban las condiciones para la producción y reproducción de las enfermedades. Los cambios que más perduraron fueron aquellos que no solo dependieron en educar a las personas, sino en transformar los medios laborales y de vivienda, además de añadir mejor acceso a servicios médicos.

Por eso resulta muy preocupante que la mayor visibilidad de conocimientos asociados a la

psicología y a la conducta tendieron a reforzar una perspectiva individualista o a “normativizar” ciertos modos de “adaptarse” y “comportarse” que fuesen obedientes y afines con los intereses de las autoridades. No pocas veces el saber psicológico operó para justamente simplificar o eclipsar la complejidad de los problemas sociales, incluyendo los prejuicios y desigualdades asociadas a clase social, género y raza. Las correlaciones e inferencias que se trazaron para explicar los problemas sociales carecían de la precisión y refinamiento que en el plano de las ciencias naturales había logrado descubrir la etiología concreta de ciertas enfermedades infecciosas. Las explicaciones ofrecidas eran epistemológicamente superficiales y dejaban entrever claros sesgos sexistas, clasistas y racistas. El discurso médico preventivo y de rehabilitación auspiciaba no solo una visión de salud indeterminada que era imprecisa y ambigua, sino una imagen de lo que suponía ser lo “normal” y lo puertorriqueños que descalificaba a gran parte de la población. Lo puertorriqueño era algo aún por hacerse, era algo que debía sanearse, modernizarse, eugenizarse y reconstruirse a partir de la imagen y semejanza de una idealización selectivamente europeizada, blanqueada y “apta” para competir con las demás “civilizaciones”. Como veremos en el próximo capítulo (la Conclusión), este discurso siempre concibió a lo puertorriqueño como algo degenerado, una mala “mezcla”, repleta de herencias manchadas, que no lograba “evolucionar” ni “adaptarse” como lo había hecho el grupo selecto de profesionales y elite puertorriqueña.

Capítulo VI

Conclusiones

La frase “sano y salvo” resume bien la relación compleja que ha habido entre las nociones médicas de “salud”, las significaciones teológicas de “salvación” y, entre otras cosas, las pretensiones de ciertas prácticas y mecanismos (sean estos estatales o privados) que han buscado conservar, preservar y asegurar ciertos “modos de vivir”. También nos permite ver que “sanar” no es solamente curar ni librar de una enfermedad fisiológica, y refleja una serie de imaginarios, pretensiones e idealizaciones en torno a aquello que busca preservarse, conservarse o inclusive alcanzarse. No pocas veces, esas dos palabras remiten también a posturas puristas, deterministas y segregacionistas que han confluído con las nociones médicas de “salud” e “higiene”, llevando a la articulación de biopolíticas que han justificado políticas de exterminio, de exclusión o de abandono (un “dejar morir”)¹. Cuando pensamos en el contexto de Puerto Rico, da la impresión de que el discurso médico buscaba higienizar a los puertorriqueños para así lograr “sanear” y “regenerar” ciertos “elementos”, considerados “esenciales”, mientras dejaba “desaparecer” a otros. En ese sentido, vale preguntarse quiénes eran los que estaban “sanos y salvos” o a quiénes se pretendía tener “sanos y salvos”. Vale la pena detenernos un poco en esa frase (“sano y salvo”), la cual era sinónimo de incolumidad.

Desde al menos el siglo XVIII, podemos encontrar en los diccionarios la frase “sano y salvo”

¹ En el primer capítulo aludimos a este asunto, no obstante, para más detalles en torno a este tipo de biopolítica e higienismo ver Roberto Esposito, “Vida biopolítica y vida política”, *Revista Pléyade* Julio-Diciembre (2013): 15-33; Roberto Esposito, *Bíos: Biopolítica y Filosofía* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006); Giorgio Agamben, *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida* (Valencia: Pre-textos, 1998). Para una discusión en torno a la relación simbólica entre lo puro y lo impuro en las nociones de higiene, tanto en la Antigüedad como en la Modernidad ver Mary Douglas, *Purity and Danger* (Routledge & Kegan Paul: London, 1966); Georges Vigarello, *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días* (Madrid: Abada Editores, 2006). Para una discusión en torno a las intersecciones y confluencias entre los conceptos médicos y teológicos, al menos desde la Antigua Grecia ver Pedro Laín Entralgo, *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica* (Barcelona: Anthropos, 1987) y Antonio Escohotado, “Magia, Farmacia y Religión” (publicado en el 2008), Escohotado.org, recuperado en <https://www.escohotado.org/articulosdirectos/magiafarmaciareligion.htm>.

para designar a alguien “sin lesión, enfermedad, ni peligro” (de las frases y palabras en latín *sanus liberque e incolumis*)². Desde hace siglos, en distintos contextos, como la Roma antigua (por ejemplo, en los poemas de Gayo Valerio Catulo³) y los contratos medievales de vasallaje⁴, podemos encontrar que se utilizaba el término *incolumnis*, el cual ha tendido a traducirse como “sano y salvo” (en vez que “incólume”), para designar un estado “intacto”, que está “ileso” o “sin daño alguno” como si la “ausencia de salud” fuese equivalente a la “ausencia de integridad”. En inglés también se puede ver una relación similar, entre *sanus* y *salvus*, en la frase “*safe and sound*” para así designar “intacto” o “ileso”⁵. Esta afinidad semántica entre la sanidad, la salud y la

² En el 1780 en el diccionario de la Real Academia Española (RAE) lo “sano” (en latín *sanus*) se define como lo que “está en el estado perfecto de sanidad, sin lesión, ni enfermedad alguna”. La frase “sano y salvo” aparece como sinónimo de “sano”. También se define que “sano” es “lo mismo que seguro, ó sin riesgo”, o igualmente “lo que está entero, sin lesión, ni separación alguna (de las palabras latinas *sanus* e *integer*)”. Ya aquí podemos notar como “íntegro” e “incólume” son presentados como sinónimos o inherentes a los términos “sano” y “sanidad”. En esta edición del diccionario de la RAE encontramos varios refranes en torno a la sanidad (por ejemplo, “el sano al doliente so regla lo mete”, “si quieres vivir sano, hazte viejo temprano”, “aquel que va más sano, que anda por el llano”, “el día que te casas, ó te matas, ó te sanas”) asociados a consejos morales para así “preservar la salud” (por ejemplo, se aconsejaba tener prudencia y moderación). Ver RAE, *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso* (Madrid: Joaquín Ibarra, 1780), 824. Recuperado en <https://apps2.rae.es/nttle/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>.

³ Ver Leonor Molero Alcaraz, “Léxico de la enfermedad y léxico del trauma o de la herida en la poesía amorosa de Catulo”, *HABIS XXXIX* (2008): 97-120, 100-104. Tanto en Catulo como en Cicerón la noción de *incolumis* o *incolumitas* se asocia a una salud “íntegra” y “conservada”, lo cual pudiese traducirse también como “sana y salva”.

⁴ Así lee un contrato de vasallo del siglo XI:

Quien jure fidelidad a su señor debe tener siempre presente las seis palabras siguientes: sano y salvo, seguro, honesto, útil, fácil, posible. Sano y salvo para que no cause daño alguno al cuerpo de su señor. Seguro, para que no perjudique a su señor revelando su secreto o entregando las plazas fuertes que garantizan su seguridad. Honesto, para que no atente a los derechos de su señor o bien otras prerrogativas insertas en lo que considera su honor. Útil, para que no dañe su posesión. Fácil y posible, para que no haga difícil a su señor el bien que podría hacer fácilmente, y a fin de que no haga imposible lo que hubiese sido posible a su señor. Es justo que el vasallo se abstenga de este modo de perjudicar a su señor.

Las seis palabras aludidas son *incolumne*, *tutum* (“a salvo”), *honestum*, *utile*, *facile*, *possibile*, y llama la atención que *incolumne* se traduce en la frase o “conjunción” de “sano y salvo” (y no como incólume). La sección que hemos reproducido de un contrato de vasallaje aparece en el texto de François Ganshof y proviene de una carta del obispo de Chartres, Fulberto, en el año 1020, que le envía al duque de Aquitania, Guillermo V. Ver Francois Ganshof, *El feudalismo* (Barcelona: Editorial Ariel, 1985), 130-31.

⁵ En inglés *sanus* se tendió a traducir como “*sound*” o “*whole*” para así designar *sane*, inicialmente en un sentido físico, pero también mental (de donde sale la traducción de *insane* como insano y “loco” o “demente”), destacándose la noción de que dicha cosa o estado es “protegido”, “asegurado” o “*safe*”. Igualmente, en inglés *soundness of body* y *soundness of mind* se asociaban a *sane*. En inglés, la palabra *safe* se asocia al latín *salvus* para designar “*uninjured, in good health, safe*” y a *salus* para designar “*good health*”. A su vez, la palabra *sound* proviene al anglosajón antiguo (al menos desde el siglo XII) *gesund* que significa “*sound, safe, having the organs and faculties complete and in perfect action*”. Aquí puede verse la relación filológica con la palabra alemana *Gesund* para designar *healthy* (y de donde sacamos la palabra *Gesundheit* después de un estornudo lo cual se traduce como “salud” o “*health*”). Ver Douglas Harper, “*sound*(adj.), *safe*”, *Online Etymology Dictionary* (2001-2021), recuperado en <https://www.>

salvación, tanto física como mental, moral y espiritual es algo conocido entre los lingüistas, filólogos y antropólogos. La sanidad se tendió a vincular con ciertas cualidades que aseguraban cierta “integridad”, “preservación” o “conservación” que implicaba el poseer/tener salud (o estar saludable). Sanar podía restituir un estado perdido o librar de ciertos “achaque” o “dolencias”, pero igualmente implicaba librar de “defectos” o “vicios” morales⁶. En otras palabras, el acto de “sanar” —el cual a partir de los siglos XVIII y XIX se vinculó a las actividades médicas y estatales de la Higiene, el *Sanitation* y la Sanidad— siempre significó algo más que simplemente “limpiar” las calles y “curar” las enfermedades fisiológicas (o inclusive prevenirlas). Sanar implicaba también expiar, purgar y purificar. Aunque el campo de la medicina, dada su relación con la llamadas ciencias naturales, creyó en -y pretendió poseer- un lenguaje secularizado, objetivo y libre de prejuicios, sus discursos y prácticas reflejaban la pervivencia de imaginarios, idealizaciones y conceptualizaciones preñadas de significación social, sesgos y muchos “ismos” (clasismo, sexismo, racismo, nacionalismo, colonialismo y otros determinismos).

Los conceptos de “salud” y “sanidad” no son ni han sido conceptos exclusivamente médicos ni científicos, como tampoco lo son los de “enfermedad” y otros afines (como “trauma”, “dolencia”

etymonline.com/search?q=safe+and+sound; Charles S. Halsey, *An Etymology of Latin and Greek* (Boston: Ginn, Heath & Co., 1882): 162; Francis A. Wood, “Greek and Latin Etymologies”, *Classical Philology* XIV, nº3 (1919): 245-272, 246.

⁶ En términos lexicológicos, podemos decir que, desde al menos el siglo XVII (en el 1679), encontramos que los conceptos de “sanidad” (*sanitas*) y de “salud” (*salus*) se asociaban no solo a un estado físico sino espiritual o religioso, donde estar sano o tener salud se asociaban a una “vida salvada”. De un modo u otro, el significante “sano” implicaba un “estar sin enfermedad” y/o “estar bien” y en las lenguas latinas “la salud” se asociaba a la “vitalidad”, la “robustez” e “integridad” o el estar “intacto”. Cuando la sanidad se asociaba al alma, la salud o la sanidad podía aludir a la “salvación del alma”. En el siglo XVIII la palabra “salud” se define como “libre” de “achaque”, “dolencias” o “contagios”, pero también apunta a una “buena disposición”. Aquí sanar era restituir la salud que se había perdido o restablecer a la “integridad”, lo cual implicaba también librar de “defectos” y “vicios” (e incluso restituir las buenas costumbres). Sanear era tanto reparar como remediar y asegurar el reparo. Ver Baltasar Henríquez, *Thesaurus utriusque linguae hispanae et latinae* (Matriti: Ioannis Garcia Infanzon, 1679), p. 405. Recuperado en <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtllle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>; RAE, *Diccionario de la lengua castellana, en que se explica el verdadero sentido de las voces, su naturaleza y calidad, con las frases o modos de hablar, los proverbios o refranes, y otras cosas convenientes al uso de la lengua* (Madrid: Imprenta de la Real, 1739), 36-37; RAE (Madrid: Joaquín Ibarra, 1780), 821-824.

y “padecimiento”). Nos parece imprescindible destacar que existe una confluencia de nociones, imágenes y narrativas que constituye a estos conceptos, los cuales a su vez son relativos a los contextos históricos, sociales y culturales que los enmarcan. En esta disertación hemos intentado ir apuntando estas confluencias, junto a algunas contradicciones y tensiones epistemológicas, para así ir identificando, analizando y deconstruyendo los discursos que hubo en Puerto Rico en torno a lo sano, lo saludable y lo que enferma. El argumento principal que propusimos es que en Puerto Rico se articuló un discurso médico, desde finales del siglo XIX, que representó “lo puertorriqueño” como algo inherentemente enfermizo, desordenado y falta de voluntad (o “dependiente”), que requería ser controlado y corregido para así sanearlo, salvarlo o completarlo. Este “completar” o volver “íntegro” implicó muchas veces ignorar la complejidad de los problemas sociales y no reconocer ciertos tipos de regularidades, normatividades y modos de vivir como parte del ser puertorriqueños. En los discursos médicos, lo puertorriqueño, cuando se refería a la mayoría de los puertorriqueños, era descrito como un cuerpo “pobre” en sentidos físicos y morales, abúlico y enfermizo. Cuando se aludía a lo que los puertorriqueños podían ser, o a lo que algunos habían logrado ser, encontramos discursos racialistas de tipo eugenésico que imaginaban otro país, “civilizado” y “sano” para la Raza o Especie futura de puertorriqueños, a quienes siempre imaginaban como “blancos” y culturalmente europeos.

Después del recorrido que hemos hecho en esta disertación, este argumento requiere algunas modificaciones y aclaraciones, para así poder hacerle justicia al modo en que el discurso médico se refirió a lo saludable, lo enfermizo y su relación con los puertorriqueños. A continuación, ofrecemos de forma esquemática los argumentos principales que hilan nuestra conclusión, los cuales contestan la pregunta principal y las demás preguntas de nuestra investigación⁷:

⁷ La pregunta principal de esta investigación, según aparecen en el capítulo llamado “Introducción” es: ¿cuáles fueron los discursos y prácticas, articulados por el campo médico en Puerto Rico, desde finales del siglo XIX hasta mediados

1. En términos generales, los discursos médicos son discursos higienistas cuyas nociones de sanidad, pese a su pretensión de científicidad, se amparaban muchas veces en analogías, argumentos e inferencias moralistas y que reflejaban sesgos y prejuicios sociales en torno a clase, raza y género que correspondían con el racialismo, clasismo y sexismo de la época.
2. Aunque en términos epistemológicos hubo una mayor precisión en la identificación de ciertas enfermedades a partir de una conceptualización que buscaba la etiología biológica, esta precisión no evitó que las condiciones y criterios para categorizar lo que enfermaba y sus causas fuesen guiados y justificados por argumentos moralistas y prejuiciados. Entre los problemas que esto facilitó fue, por un lado, una biologización de los padecimientos que suspendía la relevancia del medio/ambiente/contexto social y, por el otro lado, una moralización y psicologización que alternaba entre un determinismo del ambiente y un voluntarismo que evocaba posturas individualistas de “responsabilidad individual” y que culpabilizaba a los individuos de/por sus condiciones “enfermizas”.
3. Los discursos higienistas “problematizaron” distintas carencias, fallas y negligencias, tanto a nivel gubernamental e institucional como a nivel privado (la llamada “higiene privada”). Sin embargo, lo que llama la atención fue el enfoque y modo en que se problematizó la conducta de los puertorriqueños, en particular como se patologizó la pobreza. Si seguimos la conceptualización foucaultiana, esta problematización refleja una biopolítica con sesgos eugenésicos y maltusianos.

del XX, respecto a “lo sano” y “lo enfermo”, y cómo tales reflejaban juicios respecto a las habilidades/capacidades de gobierno de los puertorriqueños? Para poder contestar adecuadamente esta pregunta era preciso contestar también otras cuatro preguntas: 1) ¿Cómo definen los médicos lo que es salud (o saludable) y lo que enferma (o enfermizo) ?; 2) ¿Qué cosas, aspectos, condiciones o conductas son las que los médicos y las autoridades sanitarias “problematizan” cómo “problemas médicos” (o que podían ser resueltos por medios médicos, higiénicos o sanitarios)?; 3) ¿Cómo definen los médicos sus roles y saberes?; 4) ¿Cómo son descritos, por parte del campo médico, los puertorriqueños (saludables o enfermos), en particular los pobres, las mujeres y los negros? Ver primer capítulo sección II.A (Metodología) para más detalles.

4. Los médicos se representaban como los más “aptos” para resolver los llamados problemas “médico-sociales” del país y para ello remitían a su posesión de un saber científico, objetivo, neutral y apolítico, lo cual les posibilitaba asumir múltiples roles, entre los cuales se destacaban los de “educador” y de especialista apolítico (que buscaba ejercer políticas higiénicas/sanitarias). Los modos en que los médicos significaron estos roles demuestran cuán poco objetivos, neutrales y apolíticos fueron, pese a sus intenciones explícitas, en sus saberes y prácticas.
5. Los discursos higienistas, incluyendo sus pretensiones “educativas” y “apolíticas”, buscaron regular la conducta de los puertorriqueños, a quienes describían como “pobres”, “inadaptados”, “ignorantes”, “degenerados” e “irresponsables”. Los campesinos/jíbaros, las mujeres pobres y los negros fueron las tres figuras centrales de una biopolítica que selectivamente buscó “higienizar” / “redimir” a los jíbaros anémicos para así “regenerar” las reservas de “blanquitud”, a la misma vez que responsabilizaba/culpabilizaba a las mujeres de la degeneración de la prole/la Raza/Especie (o de procrear “irresponsables” e “inadaptados”) y abandonaba la negritud a una supuesta “asimilación” o “desaparición” natural, como era propio de los atavismos, los traumas o lo inferior.

En este capítulo final vamos a ir elaborando estos argumentos, empezando primero con los tipos de discursos y problematización (y aquí se resumen los argumentos principales). Después vamos a ir resumiendo los ejes principales de análisis, desde los mecanismos institucionales y la producción intelectual hasta los roles asumidos por los médicos y las figuras biopolíticas. Ya en la última sección ofrecemos discutimos los límites y limitaciones metodológicas de esta disertación y ofrecemos un breve resumen de los argumentos para así trazar paralelos con la actual pandemia del coronavirus (COVID-19).

I. Discursos y problematización

Empecemos con una revisión esquemática de los tipos de discursos y sus características, para entonces entrar en mayor detalle en las dinámicas particulares de estos discursos, su modo de problematizar y ciertos problemas epistemológicos. Los discursos y prácticas respecto a lo sano y lo enfermo que se desarrollaron desde el 1880 hasta el 1948 pueden resumirse de la siguiente manera: 1) un discurso higienista preventivo que, desde finales del siglo XIX y a tono con el racialismo latino, buscaba la “regeneración” moral y física de las “masas”, las cuales representó como “pobres”, “ignorantes”, “hacinadas/densas”, “mezcladas”, “degeneradas”, “estancadas” y “enfermizas”; 2) un discurso higienista, biologicista y eugenésico que, a partir de la intervención estadounidense, buscaba no solo “regenerar” sino “mejorar”, “optimizar” y “perfeccionar” la Raza o la Especie a través de prácticas que, para reducir la mortalidad (en particular la mortalidad infantil) y aumentar la productividad laboral, reducían la reproducción de los “degenerados” e “irresponsables” y eliminaban los “parásitos” y focos de infección; 3) un discurso higienista de rehabilitación que, durante las décadas de los treinta y cuarenta, justificó posturas economicistas a través del neomaltusianismo, selectivamente psicologizó los “problemas sociales” y patologizó la pobreza.

Si nos permitimos resumir las características que compartían estos discursos encontramos que, en términos generales, eran discursos higienistas cuya legitimidad suponía sostenerse en su cientificidad apolítica y en su eficacia para prevenir enfermedades, lo cual justificaba su pretensión de proponer e imponer políticas sanitarias y cambios a la organización y administración de los servicios médicos y sanitarios. Esta pretensión, que en teoría aspiraba al ideal de promover medidas que procurasen preservar o mejorar la salud de todos los habitantes por encima de los intereses de clase, género y raza, no logró ejecutarse y lo practicado fue muy distante de los ideales

y abstracciones respecto a lo que debía ser la Higiene y la “medicina social”. Los discursos higienistas no problematizaban estos desfases ni los cuestionaban, sino que adjudicaban y proyectaban la existencia de estas tensiones, conflictos y dificultades a situaciones, cosas y personas que estaban “fuera” del campo médico y sanitario, en particular cuando se trataba de asuntos “políticos”. Es preciso notar que el discurso higienista representaba “lo político”, y junto a esto lo social y lo cultural, como aspectos “exteriores” al saber médico, científico e higienista. En términos epistemológicos y narrativos, estos discursos higienistas sostenían este tipo de problematización adoptando epistemologías deterministas (como el biologicismo) y una supuesta postura neutral, apolítica y objetivista que galvanizaba ciertos prejuicios sociales.

Vale aclarar que el significante “higienista” y el uso de un artículo definido o determinante no debe tomarse de forma literal. Un discurso no es solo una visión, ideología o narrativa y, en realidad, cuando decimos que “hay un discurso” nos referimos a una constelación particular de narrativas, concepciones, nociones, imágenes y argumentos que nos sirven de coordenadas para así ir trazando eso que llamamos “discursos”. En un discurso pueden confluir e integrarse otros discursos, ideologías y narrativas porque los discursos rara vez proceden exclusivamente de un solo campo o tienen un origen absoluto, pero sí emergen o se hacen más palpables en determinados momentos y contextos históricos y culturales⁸. Una de las funciones del discurso más interesantes que hemos podido constatar en nuestro análisis es lo que puede eclipsar la presencia de sesgos, intereses e ideologías, dando ese halo de neutralidad a una serie de prácticas y saberes repletos de contradicciones epistemológicas. El discurso da o pretende dar coherencia a todas estas tensiones, racionalizando y suspendiendo selectivamente ciertos conflictos y “problematizando” otros. Por

⁸ En otras palabras, aunque en esta disertación hablamos en ocasiones “del discurso médico” y en otras aludimos a un “discurso higienista”, lo cierto es que no hay tal cosa como un solo discurso sino una constelación de discursos que, en determinados momentos, están unidos por cierto modo de “problematizar”. Este modo de “problematizar” lo designamos, por convención conceptual (como ya discutimos en el primer capítulo) como tal o cual discurso.

eso lo que criticamos no es tanto el contenido del discurso sino el modo en que organiza, significa y problematiza ciertos aspectos y cómo dicha problematización posibilita y justifica determinadas acciones, prácticas y argumentaciones.

Decimos que los discursos médicos eran higienistas porque las discusiones y regulaciones públicas en torno a lo que enferma y a lo que es saludable van a rearticularse a partir de las discusiones y teorías médicas y científicas del siglo XIX en torno a la higiene o a la Higiene. Por “Higiene” nos referimos a la apropiación discursiva y representación científica que, desde finales del siglo XIX, designaba la creación de un nuevo campo asociado a la organización de los servicios sanitarios e higiénicos, en particular los de nivel público, que en aquel momento tuvieron por nombre “Sanidad” (y que en la actualidad asociamos con las funciones gubernamentales de lo que llamamos “Salud Pública”). Hubo un proceso de “higienización” que pretendía rearticular y medicalizar distintos aspectos asociados a la organización social de la sociedad, desde el llamado “orden público” y la venta de productos hasta las conductas sexuales y morales a nivel público. En Puerto Rico, de modo similar a Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, hubo durante el siglo XIX una paulatina medicalización de lo social que se inició con una higienización de los espacios urbanos, y en menor medida los rurales (usualmente ignorados). En Puerto Rico esta medicalización e higienización fue, como sucedió en España y Latinoamérica, muy limitada en términos de su aplicabilidad, en gran parte por la negligencia del Gobierno insular y los conflictos y carencias a nivel municipal. Aunque la aplicación de este proceso de medicalización fue lenta y errática, eso no quita que a nivel discursivo los registros y entendidos en torno a lo saludable se ampararan en las teorías, debates y estudios de la Higiene y su relación con los discursos en torno a la Modernidad, la Ciencia y el Progreso.

Desde finales del siglo XIX tenemos un discurso higienista preventivo que buscaba una

sanación que llevase a la “regeneración”, “aclimatación” y “modernización” del País. En muchos sentidos, este discurso no tuvo cambios muy radicales sino modificaciones que se acomodaron y apropiaron de las transformaciones históricas, culturales y políticas en Puerto Rico. Si, para finales del siglo XIX, se aludía a la “regeneración”, a principios del siglo XX se apuntará a un periodo de “desenvolvimiento”, “perfeccionamiento” y “evolución” mediante un lenguaje eugenésico y biologicista que se presentaba como cónsono con una perspectiva “moderna” y “preventiva”. Este discurso de carácter eugenésico deja entrever, de forma aún más clara, que el proceso de higienización buscaba selectivamente preservar unos puertorriqueños o ciertos “elementos” y “regenerar” otros. En este discurso las prácticas eugenésicas son presentadas como “racionales”, “inteligentes”, “optimistas” y capaces de “mejorar”, “optimizar” y “perfeccionar” la Especie o Raza. También asumía una visión nihilista⁹ en torno a las condiciones sociales de transformación, sea ya por la inacción gubernamental o de las personas degeneradas. Dicha visión también asumía un determinismo biológico que tendió a considerar ciertas enfermedades y degeneraciones como hereditarias y casi irreversibles (o incurables).

A partir de la década de los treinta del siglo XX, las metáforas organicistas y biologicistas van a rearticularse a través de un lenguaje aparentemente más “social”, de índole economicista y neomaltusiano, que buscaba “desarrollar” y “rehabilitar” el país. El nihilismo eugenista pervive en las décadas de los treinta y cuarenta en las posturas neomaltusianas que presumían que la única solución sanitaria y científica de los problemas económicos era reducir la reproducción de los

⁹ A tono con lo que ya aclaramos en el tercer capítulo —en las sección IC, “Informes de higiene (mayores problemas y enfermedades)” y específicamente en la nota al calce n°58— se trata de un nihilismo pasivo que presume que existe una degeneración y decadencia irreversible, tanto física como moral, que no puede ser transformada. Esta perspectiva asume una postura más reactiva que activa ante la percibida decadencia y degeneración de la sociedad. Por esa razón sus estrategias buscan segregar, purgar y purificar a la sociedad de aquello que ellos perciben ha dañado lo humano, la Raza y la Especie. Dichas estrategias buscan negar ciertos modos de vida, sea ya a través de técnicas de abstinencia o inclusive de eliminación. Ver los capítulos tercero (en las secciones IC, IIIA) y cuarto (en las secciones III.A1-A3) de esta disertación.

“enfermizos” y “degenerados”, cuya existencia estaba vinculada a la pobreza. El discurso médico preventivo y de rehabilitación auspiciaba no solo una visión de salud indeterminada que era imprecisa y ambigua, sino una imagen de lo que suponía ser “normal” que patologizaba y descalificaba a gran parte de la población puertorriqueña. Lo puertorriqueño era representado como algo aún por hacerse, algo que debía sanearse, modernizarse, eugenizarse y reconstruirse a partir de la imagen y semejanza de una idealización selectivamente europeizada, blanqueada y “apta” para competir con las demás “civilizaciones”.

Lo que ofrecemos aquí son unas transiciones muy esquemáticas y no debemos asumir, por ejemplo, que los conceptos de “desarrollo” y “rehabilitación” fueron exclusivos de la década de los treinta y cuarenta, o que igualmente el lenguaje eugenésico desapareció del panorama. En todos estos periodos encontramos que confluyeron las metáforas organicistas y las vitalistas, al igual que distintas modalidades de determinismo. Por un lado, teníamos un biologicismo que suspendía casi por completo la influencia del ambiente o los procesos subjetivos de la voluntad y, por el otro lado, unos moralismos que evocaban nociones metafísicas de voluntarismo y responsabilidad individual como remedios para “progresar” o “adaptarse” a las exigencias de la Realidad (que se reducía a las lógicas de la “lucha por la existencia”/la “supervivencia de los más aptos” y nociones capitalistas en torno a la Modernidad). El biologicismo es más visible en las discusiones en torno a la eugenesia y la medicina tropical durante las primeras dos décadas del siglo XX. Los eugenistas insistían en la costo-efectividad de evitar y prevenir en vez que curar o tratar una enfermedad y, de esa forma, entrecruzando argumentos economicistas con los biologicistas, se cancelaba la relevancia de trazar claramente la distinción entre lo tratable (o curable) y lo no tratable o curable, y, asimismo, entre lo hereditario y lo adquirido. Este tipo de lógica tendió a favorecer prácticas que optaban por la eliminación de cierto modo de vida considerado “degenerado” en vez de

favorecer tratamientos, reformas y prácticas que efectivamente transformaran las condiciones ambientales. Dicha lógica, que tenía la pretensión de objetividad, coincidía con cierta narrativa economicista que optó por estrategias similarmente costo-efectivas.

Aunque apuntamos al economicismo de las décadas de los treinta y cuarenta, eso no quiere decir que este tipo de determinismo no estuviera presente desde finales del siglo XIX. Inclusive, resulta imposible pensar las políticas sanitarias e higienistas como actividades independientes de los intereses económicos, las ideologías económico-políticas ni del particular desarrollo del capitalismo durante estos periodos históricos. Muchas de las campañas más significativas en Puerto Rico (como las de anemia, malaria, tuberculosis, sífilis y contracepción) tuvieron que operar a través de una lógica gubernamental afín con el liberalismo económico. Lo curioso es ver como esta lógica coincidió y reforzó el uso de estrategias, prácticas e ideas eugenésicas y (neo)maltusianas. Ante la ineficacia gubernamental, muchas intervenciones dependieron de financiación privada, desde filantropías y asociaciones locales hasta organizaciones como la *Rockefeller Foundation* (RF), y tuvieron que apelar a los intereses económicos dominantes (como, por ejemplo, las haciendas azucareras). Esto explica por qué ciertas enfermedades, como la tuberculosis, que tenía una mortalidad alta, recibieron mucho menos atención al no estar vinculadas a dichos intereses económicos. La implementación de los modelos biomédicos en las campañas de anemia y malaria hay que ubicarla como parte de una lógica de costo-eficacia que prometía, a bajo costo, mejorar los problemas económicos del país, aumentando la productividad de los trabajadores en las haciendas y otros espacios asociados al capitalismo agrícola, y para ello se requería expiarlos de los parásitos que les “chupaban” la energía. Estos métodos de “saneamiento” que se amparaban en la expiación, eliminación y destrucción del parásito resultaron ineficaces para evitar la reinfección, pero sí lograban, de forma muy lenta, reducir la mortalidad y

sostener cierto nivel de productividad y explotación laboral. En ese sentido, estos métodos, pese a las intenciones de los médicos, sostenían los mecanismos de explotación laboral al no implementar medidas que transformaran o cambiaran los medios, tanto laborales como de vivienda, que facilitaban la propagación de los parásitos.

En términos generales, pero especialmente a partir de la intervención estadounidense, encontramos que los discursos higienistas muchas veces redujeron la complejidad de lo social a problemas higiénicos que supuestamente podían ser resueltos con modelos de intervención biomédica (como fueron, por ejemplo, las campañas de Bailey K. Ashford) y a través de campañas “educativas” dirigidas a cambiar los hábitos personales o individuales. Esta biologización selectiva y este reduccionismo individualista eclipsaban la relevancia de los problemas socioeconómicos y políticos, en particular si apuntaban a los efectos de la relación colonial con los Estados Unidos. Las estrategias biomédicas estaban a su vez regidas por ideas economicistas muy parcas y una ingenuidad científica que buscaba demostrar su rol educativo y político ante la ineficiencia gubernamental y la indiferencia de las corporaciones. Aunque estas estrategias eran bien intencionadas e inicialmente útiles, su razonamiento simplificaba los ideales mismos del discurso higiénico de finales del siglo XIX, que insistía en reformas en el “medio” y no solamente en el organismo/paciente enfermo.

En términos discursivos, esto se tradujo a una narrativa que aludía a la “educación”, los “hábitos personales” y la “responsabilidad individual” como estrategias legítimas para explicar las fallas, los fracasos y la ineficacia de las intervenciones sanitarias. El mismo conjunto de personas que eran, a nivel discursivo, calificados de “pobres”, “ignorantes”, “débiles”, “apáticos” y “abúlicos”, eran llamados a responsabilizarse de transformar sus medios, sea ya, por ejemplo, pagando por la construcción de sus letrinas o, entre otras cosas, asumir regímenes de curación que

implicaban periodos prolongados e inestables de desempleo y hambruna. Esta estrategia culpabilizaba y representaba a las personas pobres como uno de los obstáculos y problemas más relevantes que impedían la “regeneración”, “rehabilitación” y “modernización” de Puerto Rico.

Aún el aparente enfoque “social” y “ambiental” de las décadas de los treinta y cuarenta no dejó de asumir determinismos muy similares al biologicismo, ni dejaron de presumir que lo fisiológico determinaba lo moral. Decimos aparentemente “social” y “ambiental” porque la complejidad de lo social se redujo al “problema económico” y su relación con la pobreza y la fecundidad. Pese a la contradicción que suponían las posturas del biologicismo y del “ambientalismo”, una no cancelaba necesariamente a la otra y ambas reforzaban la interpretación de que lo fisiológico determinaba la moral o, lo que era lo mismo, un déficit moral debía apuntar, aun si no era del todo visible ni evidenciable, a algún defecto fisiológico y/o hereditario.

Los discursos higienistas no solo problematizaban la presencia de enfermedades sino las condiciones sociales y económicas del medio/ambiente que facilitaban la propagación o predisposición a enfermedades. En teoría, esa era la idea principal de los discursos de Higiene, al menos como lo pretendían los higienistas, médicos y científicos de mediados y finales del siglo XIX en Europa (por ejemplo, Rudolf Virchow¹⁰). Decimos en teoría y en apariencia porque dichos

¹⁰ Ya en el año 1848, cuando Virchow, uno de los primeros patólogos especialistas en Europa, fue a la “Alta Silesia” (hoy en día parte de Polonia y la Republica Checa) para atender una epidemia de tifoidea discutió en su informe al gobierno las causas sociales de la enfermedad. Virchow exigía que se hiciesen reformas sociales, educativas y que promovieran el bienestar económico e higiénico (y, siendo partidario de movimientos revolucionarios, también la libertad):

Mass education though primary, commercial and agricultural schools, cheap books, and mass newspapers combined with complete freedom of community life are the first demands which have to be granted to the people. If we get free and well-educated people then we shall undoubtedly have healthy ones as well... A sound constitution must affirm beyond any doubt the right of the individual to a healthy life. It should be left to the executives to find ways and means of ensuring this....What is both necessary and desirable is the association and cooperation of those without property to enable them to face the ranks of those who have, so that ultimately men will no longer be machines of other men (...) These are the radical measures which I suggest as remedies to prevent the return of famine and a vast typhoid epidemic (...) In the final analysis every individual has the right of existence and health, and the state is responsible for ensuring this.

El fragmento del informe de Virchow aparece reproducido en Sylvia Noble Tesh, *Hidden Arguments: Political ideology and disease prevention policy* (New York: Rutgers University Press), 72.

ideales albergaban y se nutrían de muchos presupuestos clasistas, racialistas y sexistas que asociaban la pobreza, la negritud y lo femenino con la inmoralidad, la degeneración y lo irracional. No fue casualidad que los discursos higienistas se apropiaron de argumentos eugenistas y neomaltusianos que, a su vez, coincidían con los ideales del racialismo latino que tenían las elites criollas, quienes buscaban “regenerar”, “rehabilitar” y “perfeccionar” lo puertorriqueño a través de estrategias que asegurasen un blanqueamiento, fuese este biológico, moral o cultural.

Lo problematizado por estos discursos no se redujo solamente a sugerir críticas al Gobierno para así reformar los problemas del medio, sino que el proceso de higienización también estaba dirigido a las poblaciones y sus conductas. Cuando nos fijamos en qué era problematizado, el discurso higienista integraba y estaba influenciado por otros discursos y prácticas, en particular aquellos discursos que vinculaban Modernidad y Progreso con industrialización, productividad laboral y capitalismo. Lo problematizado eran principalmente las conductas y la constitución de la mayoría de los puertorriqueños, y aquí el ideal de lo puertorriqueño era, similar a las promesas de Modernidad y Progreso, algo por-venir, que estaba poco a poco “desenvolviéndose”. Desde finales del siglo XIX hasta el 1948 vemos que el discurso higienista utilizaba significantes asociados al modernismo, el regeneracionismo y las teorías de degeneración para referirse a la necesidad de “regenerar”, “progresar” y “evolucionar” ante la “lucha por la existencia”, la “sobrevivencia de los más aptos” o las exigencias de la “vida moderna”. Las elites criollas, incluyendo los médicos y los letrados, asumieron un discurso nacional que reconocía el mestizaje como un aspecto constitutivo de la identidad nacional y racial, pero consideraba que dicha “mezcla” debía ser orientada hacia una “vitalización” de sus “mejores elementos”, aquellos que iban a asegurar el porvenir de la Raza, la Especie y la Nación. Y esta vitalización debía empezar en la prole jíbara, la cual “preservaba” los elementos europeos y de blancura necesarios para la “regeneración” del

País.

Los negros eran discursados como un elemento que estaba “desapareciéndose”, como si fuese un atavismo o un trauma que, debido a los efectos nocivos de la esclavitud, no iba a poder “ascender” por sí solo. La figura del mestizo era, de esa forma, evidencia de la supervivencia de los más “aptos”, en particular si, a través de la Ciencia y la Higiene se había logrado “aclimatar” y hacer “adaptable” el País a los europeos y a un nuevo tipo de “blanco”. Las mujeres fueron representadas como figuras “ignorantes” destinadas a la economía doméstica y a la reproducción eugenésica de una “prole sana” para así “mejorar” la Raza/Especie/Nación. Tanto los jíbaros “blancos” como los negros y las mujeres pobres fueron objeto de políticas higiénicas que buscaban patologizar sus modos de vivir para así extender y mejorar ciertos elementos, y dejar otros perecer o mejor dicho “desaparecer” (como se pretendía con lo negro o la negritud). Este dejar “desaparecer” era el eufemismo que justificaba que lo que estaba sucediendo era “natural” y “normal”.

II. Resumen y discusión de los mecanismos institucionales y de la producción intelectual

A. Las instituciones, servicios e intervenciones sanitarias

A finales del siglo XIX, la carencia de hospitales y de instituciones y servicios sanitarios era un asunto reconocido por los médicos. Varios informes y artículos apuntaban a carencias a nivel sanitario, desde la limpieza y ornato de las calles hasta la falta de vigilancia y control de la calidad de productos alimenticios. Pese a que, en teoría, cada municipio debía tener servicios accesibles y gratuitos, el País disponía, a nivel general, de muy pocos hospitales, asilos o clínicas¹¹. Los

¹¹ Los hospitales más grandes y que se suponía fueran los más importantes estaban en San Juan (con la excepción del Hospital Trichoce, que era privado, en Ponce), como el Hospital Militar (o Real Hospital), la Casa de Beneficencia, el Hospital de la Concepción y un solo leprocomio oficial (que para finales del siglo XIX estaba en Puerta de Tierra).

hospitales, clínicas y servicios médicos tendieron a concentrarse en las áreas urbanas, en particular en San Juan, lo que va a repetirse también durante el siglo XX¹². La calidad de los servicios y los recursos a su disposición eran igualmente limitados y, aún después de la intervención estadounidense del 1898, muchos de los problemas higiénicos de finales del siglo XIX continuaron existiendo durante las primeras décadas del siglo XX.

Durante la primera década del siglo XX, encontramos que la organización y regulación sanitaria fue muy errática (ejemplo de ello fue el llamado “Consolidado”) hasta que en el 1911 hubo una centralización de los servicios al fundarse el Servicio de Sanidad Insular, el Negociado de Sanidad y el Negociado de Enfermedades Transmisibles. Estos cambios llevaron a la creación del puesto de Comisionado de Sanidad y a que se impusieran, desde el Gobierno, una serie de regulaciones y responsabilidades a los municipios. La formación del Negociado de Enfermedades Transmisibles, en el 1911, operó como un espacio para incentivar la identificación y tratamiento de varias enfermedades infecciosas, junto a su registro, organización y análisis estadístico. La creación, en el 1912, del Instituto de Medicina e Higiene Tropical (ITMH por sus siglas en inglés), y la Escuela de Medicina Tropical (EMT) en el 1924, se asociaron a la figura de Ashford y al éxito atribuido a las campañas de anemia, que se inician en el 1904 y culminan en el 1910¹³. En el 1917 se crea el Departamento de Sanidad, con la finalidad de centralizar estatalmente los servicios sanitarios y así evitar parcialmente los déficits municipales percibidos en el manejo de los asuntos

¹² Comparado con finales del siglo XIX, hay un crecimiento significativo de hospitales privados y públicos durante las primeras décadas del XX, pero su cantidad será aún insuficiente para atender la cantidad de pacientes y muchos de los hospitales, en particular los municipales y el Manicomio (renovado en el 1929), estaban en mal estado. Debido a la carencia y deterioro de los servicios de beneficencia municipal se planifica, en el 1934, la construcción de cuatro hospitales municipales que pretendían remediar la falta de servicios de beneficencia en la Isla, pero la apertura completa de los cuatro se da paulatinamente y todos fueron construidos en el área norte (Bayamón, Arecibo, Fajardo y Aguadilla). Para más detalles en torno a estos hospitales, ver en el quinto capítulo la sección I.A2.

¹³ La cantidad de personas atendidas durante las primeras campañas de anemia fue un dato destacado por las autoridades debido a su cantidad alta (un total de 273,256 personas del 1904 al 1910) y porque servía para justificar la necesidad de expandir servicios similares para otras enfermedades transmisibles (desde el 1908 los dispensarios ya no se dedicaban solo a la anemia sino a las demás “enfermedades tropicales”). Para más detalles, ver en el cuarto capítulo la secciones I.A1 y I.C3.

higiénicos y médicos.

A partir de la apertura del Departamento de Sanidad, se amplía la organización de los servicios sanitarios con la creación de negociados y divisiones nuevas. Algunos de estos negociados y servicios van a centrarse en los llamados “problemas sociales” (o “médico-sociales”), que en este contexto se refería, entre otros, a la “higiene social”, la “puericultura” y la natalidad. Ya aquí puede verse una tendencia que reducía muchas veces los supuestos “problemas sociales” a aquellos asuntos problematizados por los discursos eugenésicos, tanto en Puerto Rico como en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, como eran la natalidad, la mortalidad infantil y la pobreza¹⁴. Respecto a los otros negociados que emergen a partir de la década de los veinte tenemos una ampliación de las funciones asociadas al Negociado de Enfermedades Transmisibles, con divisiones dedicadas a la malaria, la tuberculosis y, entre otros, la organización y análisis de estadísticas.

En las décadas de los treinta y cuarenta vemos también la creación de más negociados vinculados a instituciones de beneficencia, caridad y de servicios sociales¹⁵. Muchos de los cambios notables que se dan a partir de la década de los treinta están asociados al *New Deal* y la formación del *Puerto Rico Emergency Relief Administration* (PRERA) en el 1933 y posteriormente el *Puerto Rico Rehabilitation Administration* (PRRA). Estos dos proyectos de restauración y rehabilitación no solo llevaron a la creación de varios negociados y divisiones, sino al fortalecimiento de estos y la expansión de servicios sanitarios al resto de la Isla, como fueron

¹⁴ Los dos negociados que mejor representan esta tendencia son el Negociado de Medicina Social y Puericultura, así como el Negociado de Bienestar Social). Vale aclarar que con esto no queremos decir que todos estos servicios eran de suyo eugenésicos, pero no va a ser simple casualidad que los médicos que promulgaban posturas eugenésicas lo hacían en pro de reducir la mortalidad infantil, como fueron Francisco del Valle Atilés y, en menor medida, Manuel Quevedo Báez y José Belaval, durante las primeras dos décadas del siglo XX, y a partir de la década de los veinte tenemos a José Lanauze, Leopoldo Figueroa y, entre otros, Antonio Fernós Isern.

¹⁵ Tenemos por ejemplo el Negociado de Caridades en el 1930, la Junta Territorial de Beneficencia en el 1935 y la División de Bienestar Público y el Negociado de Servicios Médico-Sociales a inicios de la década de los cuarenta.

las Unidades. La construcción de las Unidades también ayudó a cubrir las deficiencias municipales y la falta de camas y de hospitales, pero su construcción inicial fue lenta (la primera fue en el 1926) y su mayor crecimiento se dio a través de PRERA y de PRRA (en el 1935 se logran las primeras Unidades en áreas rurales y para el 1938 cubren todos los municipios), al igual que se ampliaron sus funciones, que iban desde servicios asociados a la detección de enfermedades infecciosas hasta educación higiénica y contraceptiva (a finales de la década de los treinta) y servicios sociales (en la década de los cuarenta). Con PRERA y PRRA vemos también mayor construcción de estaciones de leche, sanatorios y centros de tratamiento (que eran parte de las Unidades).

Varias intervenciones, servicios y espacios dedicados a tratamiento médico dependieron de financiación privada y de la colaboración de distintas asociaciones, médicos y grupos (estadounidenses y puertorriqueños). Las campañas de malaria y anemia requirieron, desde la década de los veinte del siglo XX, de la RF para financiación. La motivación de la RF era remediar aquellas enfermedades asociadas a ciertos modos de producción (como el café y el azúcar). Las campañas de anemia y de malaria que se iniciaron a principios de la década de los veinte retomaban el razonamiento de Ashford, que asociaba los problemas económicos del País con la cantidad alta de trabajadores enfermos. Inicialmente, estas campañas se enfocaron en la identificación y eliminación inmediata del parásito con terapias alopáticas/biomédicas. Este tipo de intervención se auspiciaba como la opción más costo-efectiva, un eufemismo para decir barata y con efectos inmediatos, pero fracasaba al no llevar a cabo cambios estructurales y ambientales que evitasen la propagación del parásito.

Este tipo de lógica lo vemos también en otros tipos de intervenciones, como las asociadas a la contracepción, cuya financiación fue inicialmente también limitada y errática. Durante la década de los treinta, tenemos distintos espacios y estrategias asociadas con promulgar la educación y

administración de servicios anticonceptivos. Aunque oficialmente no existió un “programa estatal” de anticoncepción, sí hubo un respaldo, desde principios de la década de los treinta y por parte de autoridades y figuras clave de la clase médica y el Gobierno. A su vez, en el 1937 se crea una Junta Insular de Eugenesia y se aprobaron leyes eugenésicas y neomaltusianas, y a partir del 1940 el Departamento de Sanidad inauguró servicios de instrucción anticonceptiva¹⁶.

Lo que une muchas de estas intervenciones es un modo de problematizar que supone ser científico, pero en realidad es político. Estas estrategias reflejan una rearticulación de lógicas colonialistas en torno a la aclimatación y adaptación de los “blancos” a los Trópicos, que para las décadas de los treinta y cuarenta se torna en un discurso economicista sobre el “desarrollo” de los países “subdesarrollados”, disimulando así la pervivencia de ideas y prácticas eugenésicas. Los ideales y las prácticas neomaltusianas y eugenésicas que buscaban reducir las poblaciones “degeneradas” confluyen con los ideales higienistas de un racialismo latino que buscaba sanear, regenerar y rehabilitar el medio para así mejorarlo y asegurar el desarrollo de una prole sana, cada vez más “blanqueada”. A esto añadimos una perspectiva biomédica y biologicista que en ocasiones asumió un lenguaje bélico para aplicar estrategias higiénicas de prevención centradas en la eliminación del “enemigo”/“invasor”/parásito, mientras aludía selectivamente a estrategias sociales que se reducían a intervenciones “educativas”. Estas intervenciones “educativas” van desde la lógica higienista del *Mens Sana in Corpore Sano* de finales del siglo XIX hasta las

¹⁶ Los programas contraceptivos y de corte eugenésico tuvieron el respaldo de varios médicos como José Belaval, Antonio Fernós Isern, Edgardo Garrido Morales y Leopoldo Figueroa, además de políticos y gobernadores como Blanton Winship, Rafael Menéndez Ramos y Muñoz Marín. También fue importante el rol de ciertas asociaciones, como la Asociación Pro Salud Maternal e Infantil (APSMI), la Asociación Puertorriquena Pro Bienestar de la Familia (APBF) y el rol del médico, filántropo y eugenista Clarence Gamble, cuya influencia y operación nos permite ver en los programas contraceptivos una suerte de colaboración público-privada. Fueron varios los espacios habilitados para la educación y aplicación de métodos contraceptivos, algunos de corta duración (como las clínicas abiertas en el 1932 y las clínicas estatales que inician en el 1935 y son cerradas en el 1936), y otros de larga duración (como los servicios asociados a los dispensarios y los hospitales privados, por ejemplo, el Hospital Presbiteriano). El empuje para lograr estos servicios tomó mayor fuerza cuando en el 1937 se aprobaron leyes que legalizaban el aborto médico y la enseñanza de métodos contraceptivos y eugenésicos, y se fundó la aludida Junta Insular de Eugenesia (para llevar a cabo esterilizaciones). Para más detalles, ver el quinto capítulo secciones I.A4, I.B2 y I. B3.

distintas intervenciones de “educación higiénica” en las campañas sanitarias durante la primera mitad del siglo XX, incluyendo las de métodos contraceptivos.

El objetivo de estas intervenciones “educativas” era responsabilizar a los ciudadanos, incluyendo a los pacientes, de higienizarse e incluso “esterilizarse”. El objetivo ideal de la educación eugenésica promulgado por Francisco del Valle Atilés era que los degenerados optasen voluntariamente por su esterilización o renunciasen a reproducirse. La imagen de “esterilizar” (sea usando espermaticidas o la ligadura de las trompas de Falopio) para evitar la reproducción estuvo presente tanto en la educación contraceptiva y eugenésica como en las intervenciones biomédicas de la medicina tropical (el fármaco administrado expiaba el parásito y evitaba su reproducción). Estas intervenciones se representaban como costo-efectivas, no solo por ser baratas en términos financieros (o porque evitaba futuras “cargas” para el Estado) sino porque podían hacer cortocircuito a las deficiencias “gubernamentales”. Estas deficiencias gubernamentales no se reducían a las actividades del Gobierno Insular y a las políticas municipales, sino a la voluntad de los cuerpos de la mayoría de los puertorriqueños, que eran considerados “pobres”, “ignorantes” y “degenerados” o “enfermizos”.

En otras palabras, tanto las intervenciones “educativas” como las biomédicas y eugenésicas pretendían expiar y purgar a los cuerpos de aquellas toxinas e impurezas que los afectaban (y esto podía incluir, a nivel mental, las “supersticiones” y todo aquello asociado a la “ignorancia”) y afectaban la productividad laboral y la reproducción de una “prole sana”. Los mecanismos institucionales se centraron inicial y mayormente en intervenir sobre los cuerpos, desde hacerlos seguir el régimen farmacológico hasta ciertas “reglas de higiene”, y no en transformar el ambiente o las condiciones que facilitaban las infecciones. Sin embargo, las intervenciones que terminaron siendo las más efectivas, que llevaron a las bajas de mortalidad más significativas, fueron aquellas

que también transformaron el ambiente, incluyendo las estructuras institucionales y de servicios, además de las condiciones sociales (desde la vivienda hasta la calidad del agua).

B. La producción intelectual (publicaciones y tipos de estudios)

Cuando comparamos las primeras décadas del siglo XX con las últimas del siglo XIX encontramos que hubo una mayor cantidad de medios y publicaciones asociados a la investigación científica y la medicina. La cantidad de publicaciones y espacios asociados a la investigación científica era muy limitada en Puerto Rico durante el siglo XIX¹⁷. Tampoco había, y esto seguirá siendo así hasta mediados del siglo XX, una institución educativa que concediera grados universitarios de Medicina. Sin desestimar las contribuciones de las investigaciones del EMT, su creación no fue principalmente para asistir al País en sus problemas sanitarios sino para utilizar a Puerto Rico como un espacio de estudio y análisis de enfermedades tropicales (cuya mortalidad y morbilidad no eran las más significativas ni de prioridad sanitaria). Muchas de las contribuciones más prácticas y relevantes a las necesidades del País se dieron gracias a los médicos puertorriqueños en la EMT¹⁸. Por lo general, este detalle queda eclipsado porque la representación de las contribuciones científicas y sanitarias del País fue reducida a los logros de Ashford y otros

¹⁷ Por ejemplo, los recursos estatales designados para el registro y análisis sistemático de las enfermedades eran prácticamente nulos (aun si existían registros demográficos), con un solo laboratorio (fundado por el padre Rulfo en el 1851, y que no podía atender la demanda existente) y un solo instituto dedicado a la vacuna. Esta ausencia de instituciones gubernamentales asociadas al registro sistemático y epidemiológico de las enfermedades y a la investigación científica de tales enfermedades no quiere decir que no existiesen investigaciones científicas ni laboratorios privados o pequeños que llevasen a cabo análisis, pero evidentemente la inversión estatal no estaba centrada en promover este tipo de actividad o producción. Para más detalles ver en el capítulo tercero sección I.A.

¹⁸ Por eso llama la atención cómo, al aumentar la participación de médicos puertorriqueños dentro del EMT, en particular cuando toman puestos administrativos, notamos ciertos estudios e intereses que parecían desviarse de los objetivos iniciales de la institución y de la Universidad de Columbia. Ejemplos de ello fue impartir cursos y ofrecer certificaciones para así tener más personal entrenado en las Unidades, y publicar investigaciones asociadas a tuberculosis, pobreza y nutrición. Desde los inicios de la EMT se puede ver la desconfianza que tenían las autoridades y académicos estadounidenses respecto a los médicos puertorriqueños. Ejemplo de ello fue el modo en que se minusvaloró el rol de González Martínez y Gutiérrez Igaravidez en las campañas de anemia y en el Instituto de Medicina e Higiene Tropical (donde ofrecieron, entre otras cosas, cursos para preparar los inspectores de salud en asuntos de bacteriología, parasitología e higiene), además de que fueron removidos de sus puestos al inaugurarse la Escuela de Medicina Tropical (EMT). Para más detalles, ver en el quinto capítulo la sección I.B1, II. A7 y II.C4.

médicos y oficiales estadounidenses a principios del siglo XX.

Hubo muy pocas revistas o foros de expresión y publicación dedicados a los médicos, o inclusive a las ciencias en general, entre las que se destacaban, para finales del siglo XIX, las revistas científicas *La Salud* (LS) y *El Eco Médico Farmaceutico* (EMFPR). Durante los inicios del siglo XX no proliferan tampoco los textos médicos, pero sí encontramos un crecimiento significativo cuando lo comparamos con el siglo XIX, y gran parte de ello se debe a las publicaciones del *Boletín de la Asociación Médica* (BAMPR), que se inicia en el 1903 (un año después de la AMPR en el 1902) y del *Porto Rico Health Review* (PRHR), en el 1925 como un boletín en inglés y a partir del 1929 va a publicarse como un *journal* con el nombre *The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine* (PRJPHTM). Otra publicación pertinente, que no era estrictamente médica, aunque sí fue significada como “médico-social”, fue la *Revista de Servicios Sociales* (RSS), creada en el 1939. Esta fue uno de los muy pocos espacios en que encontramos textos dedicados a la psiquiatría, la psicología o la higiene mental durante la primera mitad del siglo XX.

Para finales del siglo XIX, hubo pocos libros de medicina o de temas asociadas a la higiene, destacándose los textos de Stahl, Valle Atilés (siendo tal vez el más prolífico), Manuel Zeno Gandía, Cayetano Coll y Toste, Ramón Emeterio Betances, José Rodríguez Castro, Martín Corchado y Enrique Pina y Casas. Durante las primeras cuatro décadas del siglo XX se destacan las publicaciones sobre: 1) eugenesia e higiene, de Valle Atilés; 2) anemia y otros temas de medicina tropical, de Ashford y sus colaboradores Pedro Gutiérrez Igaravidez e Isaac González Martínez; 3) fecundidad, natalidad y temas de obstetricia de Agustín Stahl, José Belaval, José Lanauze y Leopoldo Figueroa; 4) psiquiatría, de Francisco Goenaga y Luis Manuel Morales García; 5) historia y temas higiénicos, de Manuel Quevedo Báez; 6) análisis epidemiológicos y

especializados en tuberculosis, sífilis y mortalidad infantil, de José Rodríguez Pastor, Óscar Costa Mandry, Pablo Morales Otero, Esteban García Cabrera, Edgardo Garrido Morales y Antonio Fernós Isern. Varios de los autores mencionados no solo fueron especialistas en áreas distintas de la medicina, sino que ocuparon puestos administrativos, como directores de negociados y divisiones, y gubernamentales clave (por ejemplo, Comisionado de Sanidad)¹⁹.

Hubo un aumento considerable de estudios microbiológicos y análisis estadísticos asociados a la EMT, las campañas de anemia y a las nuevas divisiones y negociados²⁰. Estos saberes van a ser significados como necesarios y propios de una medicina moderna y preventiva, interesada en identificar la etiología de las enfermedades y trazar sus tendencias epidemiológicas. A partir de la segunda década del siglo XX, hubo más especialistas dedicados a resolver los problemas de la mortalidad infantil y las diferentes enfermedades transmisibles que pudiesen afectar la natalidad, como la tuberculosis y la sífilis, o llevasen a otras complicaciones (como las infecciones puerperales). Ante las altas cifras de mortalidad infantil y la repetida falta de fondos y recursos para proveer más servicios y de mejor calidad, varios de estos especialistas auspiciaron medidas eugenésicas y/o neomaltusianas.

Si, durante la década de los veinte, vemos un mayor enfoque en especialidades asociadas a la mujer, como la obstetricia y la tocología, durante la década de los treinta y cuarenta va a haber un enfoque en el “desarrollo” del niño y en la rehabilitación de los pobres y enfermos. Desde la década de los treinta podemos ver que se destacan las especialidades asociadas a lo “médico-social”, lo cual incluía, desde la perspectiva del campo médico, el trabajo social y la psicología. Aquí puede

¹⁹ La lista que hemos dado de médicos no es exhaustiva, pero sí representa algunas de las figuras clave asociadas al estudio de la mortalidad infantil, la natalidad, la eugenesia, la anemia, la tuberculosis, la microbiología y la psiquiatría (tal vez esta una de las áreas con menos publicaciones).

²⁰ Por ejemplo, hay una mayor proliferación y organización de estudios estadísticos a partir de la fundación del Negociado de Estadísticas Vitales y la División Epidemiológica, fundadas en el 1923 y el 1926, respectivamente. Esta tendencia puede verse en los estudios empíricos y especializados en la anemia, la tuberculosis, la malaria y la pobreza. Favor ver las secciones I.C3 a la I.C6 del tercer capítulo, y las secciones I.C1 a la I.C7 del cuarto capítulo.

verse, de forma lenta y paulatina, un enfoque que resaltaba lo psicológico como algo que requería ser integrado a los saberes médicos, en especial el estudio de los miedos y del control de las emociones, para así “adaptar” a los pacientes a la “Realidad”. Hasta cierto punto, estos saberes se alejaban de ciertos determinismos biológicos, pero asumían un determinismo ambiental que, de manera similar al biológico, reforzaba también prejuicios y moralismos contra las clases pobres, las mujeres y los negros (por ejemplo, correlacionando la negritud con las familias ilegítimas, la sobrepoblación, la sífilis y la tuberculosis).

III. Resumen y discusión de las tendencias epistemológicas en torno a la salud y la enfermedad

A. Lo que enferma

Si nos permitimos ofrecer un resumen muy esquemático en torno a las tendencias temáticas y epistemológicas que obtuvieron mayor relevancia o visibilidad discursiva, un punto de partida clave es la importancia que adquirió lo higiénico como tema médico, científico y social. Las discusiones más frecuentes para finales del siglo XIX estaban asociadas a la relevancia de difundir la Higiene como un saber educativo que podía ilustrar y modificar las conductas tanto privadas como públicas, ya fuera tanto de las familias como de las autoridades gubernamentales. Con la intervención estadounidense tenemos un enfoque en la “educación higiénica” que va a resaltar aún más, no pocas veces con sesgos racistas, que en el País existía una ignorancia casi absoluta de conocimientos, hábitos y regulaciones higiénicas. La otra tendencia más relevante se asoció al rol de la biología, en particular la microbiología, en la organización, identificación y tratamiento de las enfermedades.

Desde finales del siglo XIX, pero de forma más marcada a partir de principios del siglo XX, hubo una mayor precisión en los modos de identificar y organizar la clasificación y etiología

microbiológica de las enfermedades transmisibles. Esto supuso una ruptura con la dependencia en criterios observacionales a nivel clínico. No obstante, esto no va a quitar que, hasta mediados del siglo XX, se siguiesen reforzando inferencias y asociaciones de índole moralista, clasista y racista, entre, por un lado, la suciedad, las clases sociales bajas, la ilegitimidad matrimonial, la negritud, las mujeres pobres (o incluso la feminidad) y, por el otro lado, la inmoralidad, los vicios, los “venenos sociales”, la degeneración y la proliferación de enfermedades infecciosas y hereditarias. Pese a que se tuviese un conocimiento más preciso sobre la identificación y mecanismos de transmisión de ciertas enfermedades (como la uncinariasis, la tuberculosis, la malaria, la tifoidea, la lepra y la sífilis) esto no siempre coincidió con saber distinguir adecuadamente si la enfermedad era contagiosa, heredada o transmitida por otros medios (por ejemplo, a través de un vector como el mosquito, como fue el caso de la fiebre amarilla y la malaria). Ciertas enfermedades que eran contagiosas (como la tuberculosis) y otras que eran infecciones particulares no contagiosas (como la lepra) fueron asumidas, desde una perspectiva eugenésica, como heredadas. Ciertas “intemperancias” y “vicios” también fueron interpretados como heredables y que predisponían a otros vicios o inmoralidades (por ejemplo, los vínculos entre debilidad mental y prostitución o criminalidad, o entre santería o “curanderismo” y locura o criminalidad).

Hubo también una mayor precisión en la delimitación de las llamadas enfermedades mentales, que para finales del siglo XIX designaba todo un conjunto aún impreciso de enajenaciones mentales, en particular las manías, las neurastenias y, entre otras afecciones mentales, las intemperancias. La distinción entre una afección o patología mental y un supuesto “vicio moral” era aún muy arbitraria y vaga (y continuaron siéndolo durante gran parte de la primera mitad del siglo XX). Los alienistas suponían que la mayoría de los vicios morales apuntaban a un problema mental y fisiológico. En el caso de Puerto Rico, las discusiones en torno a la alienación y las

degeneraciones mentales eran muy limitadas, y así se mantuvieron durante gran parte de la primera mitad del siglo XX²¹. Muchos alienistas e higienistas suponían, desde finales del siglo XIX, que lo fisiológico determinaba lo moral. De ahí la equivalencia muy equívoca entre pobreza física o económica y pobreza o debilidad moral, las cuales eran interpretadas como un signo/síntoma de degeneración.

Desde finales del siglo XIX, los médicos problematizaron la pobreza como un “síntoma” que apuntaba a condiciones enfermizas e inmorales. El vínculo entre enfermedad, pobreza e inmoralidad fue muchas veces ambiguo y equívoco. Ningún médico, o al menos no a nivel discursivo y visible, iba a declarar que ser pobre era de suyo una enfermedad ni implicaba directamente inmoralidad. Al contrario, los médicos apuntaban a que muchos “vicios” morales o sociales, desde la vagancia hasta la ebriedad, no eran en realidad producto de la voluntad del individuo sino un efecto de una enfermedad o de un “ambiente enfermizo”, que debilitaba el organismo²². Los médicos, incluyendo los alienistas (o psiquiatras), defendían el argumento de que un individuo enfermo no tenía control de ciertas conductas ni actividades fisiológicas y, por esa razón, no era justo juzgar sus acciones como voluntarias y morales. Sin embargo, si lo fisiológico determinaba lo moral y los puertorriqueños pobres eran representados como seres enfermizos que viven en un ambiente enfermizo que era difícil de sanar, encontramos que, de forma indirecta, la pobreza fue interpretada como una condición patológica que llevaba inevitablemente a una

²¹ Las publicaciones que encontramos en torno al tema fueron obra de los pocos alienistas/psiquiatras que habitaron en la Isla (se destacan Francisco Goenaga, José Rodríguez Castro, Eliseo Font y Guillot y Luis Manuel Morales García) y un grupo de médicos que discutían en torno al tema (como Manuel Quevedo Báez, Agustín Stahl y Francisco del Valle Atilés).

²² Esto podemos notarlo, por ejemplo, en la insistencia de los médicos desde finales del siglo XIX (ya antes que Ashford) en aclarar que la aparente “vagancia” del jíbaro no era voluntaria ni viciosa sino producto de una enfermedad (que ellos llamaban de forma general “anemia”). Esta enfermedad se asociaba al ambiente del jíbaro, lo que incluía su falta de alimentación adecuada (y notemos cómo aquí se apuntaba a que el hambre podía facilitar la anemia, pero no necesariamente era su causa).

degeneración moral.

En este tipo de interpretación vemos cómo la teoría miasmática, que apuntaba a ambientes y aires enfermizos, podía reforzar la imagen de que ciertos espacios, que careciesen de ciertos recursos y organización, como era la vivienda de los pobres, podían ser “enfermizos” debido al hacinamiento y a la falta de luz y alimentación adecuadas. A través de la teoría miasmática se reforzaban ciertos prejuicios de clase social, género y raza que suponían que ciertas apariencias y ambientes “viciaban” porque facilitaban la propagación de infecciones y permitían ciertas “promiscuidades”. La analogías sugestivas entre los espacios hacinados y las relaciones promiscuas, o entre las infecciones tóxicas de un miasma y la intoxicación ebria, son ejemplos de esa relación ambigua y equívoca que muy oportunamente reforzaba, en términos generales, los modos de vivir de las clases “pudientes” y “privilegiadas” como sanos/saludables.

Con la teoría de los gérmenes, y esto será más evidente a partir del siglo XX, se promulgó otra imagen distinta de “suciedad” e “impureza”, la de un “enemigo invisible”. Los enfoques microbiológicos del campo de la patología insistían que no bastaba con fijarnos en ciertos elementos sensibles del ambiente (la humedad, el hacinamiento, la mugre, los polvos, etc.) porque el “verdadero enemigo” no era palpable ni visible (como era el caso del bacilo de la tuberculosis). En el caso de la medicina tropical, se va a insistir que los parásitos no eran, en su mayoría, visibles con el ojo, y sus condiciones de reproducción dependían de factores muy precisos a nivel ambiental (un cierto tipo de clima y la presencia de otros animales y posibles depredadores). Por ende, no bastaba limpiar, sino que se debían sostener ciertas condiciones higiénicas que evitasen directamente la reproducción de dicho parásito (por ejemplo, agua estancada, tierra que había sido “contaminada” al caer heces de una persona infectada con la uncinaria, etc.).

Desde esa perspectiva centrada en los gérmenes, lo que enfermaba directamente no era el

ambiente sino las toxinas transmitidas por el vehículo/agente de infección y la cura radicaba en la expiación o purgación de las toxinas con un medicamento. Esta distinción, resaltada por ejemplo en Ashford, se centraba en definir etiológicamente la enfermedad a partir de su relación con un parásito y justificó a nivel discursivo una biologización reduccionista de la anemia que minusvaloró la relevancia del ambiente a favor de identificar y tratar biomédicamente la enfermedad. Este tipo de reduccionismo se torna problemático cuando se apropia también de nociones muy simplistas de economía y de educación que auspiciaban la aplicación de un modelo biomédico reduccionista como solución costo-efectiva y suficiente para resolver los problemas sanitarios y económicos del País. De esa forma, el enfoque microbiológico va a asociarse con un modelo de intervención biomédico que, pese a sus intenciones iniciales, promovió una estrategia biologicista y reduccionista, justificada por su costo bajo y efectos inmediatos, que desatendía la necesidad de transformar las condiciones del medio/ambiente.

Otro registro importante del reduccionismo biológico lo encontramos en las discusiones de los eugenistas, quienes destacaban que las degeneraciones podían ser irreversibles y heredables. Ambos registros, el de la medicina tropical (microbiológico y afín con la teoría de gérmenes) y el eugenésico, pese a sus diferencias epistemológicas, se complementaban dentro del discurso higienista porque las reinfecciones recurrentes (de uncinariasis, malaria o tuberculosis) reforzaban la imagen de un país y ambiente perpetuamente enfermizo y “estancado”, lo cual a su vez justificó la conformación de soluciones “urgentes” y “excepcionales”, como las eugenésicas y neomaltusianas. En Puerto Rico los eugenistas advertían sobre la peligrosidad de los “pseudo-normales” (en particular los “débiles mentales”) y la herencia de los “venenos sociales”, en particular la tuberculosis, como problemas higiénicos que eran evitables. Pese a que los eugenistas decían ampararse en los saberes de la biología y las ciencias experimentales, lo curioso es notar

que muchas de sus inferencias y técnicas científicas se amparaban en lo aparente, lo observable y los prejuicios de clase social que consideraban a las clases pobres un foco de degeneración, atavismo y retraso (moral, mental o biológico). Por ejemplo, Valle Atilés asociaba casi cualquier conducta considerada inmoral o “problemática” (desde la prostitución hasta la mendicidad y la dificultad en el aprendizaje) como “signos” de una debilidad mental congénita. Los prejuicios de clase que habían sido reforzados por el eugenismo auspiciado por Valle Atilés continuaron aún durante las décadas de los treinta y cuarenta, pero rearticulados a través de las teorías neomaltusianas y ciertas interpretaciones psicológicas (o que se presentaban como psicológicas). En lugar del “débil mental” teníamos ahora otros “pseudo-normales”, como los neurasténicos y los fóbicos, cuyas conductas “irracionales” y “peligrosas” apuntaban a un desajuste o inadaptación temprana (de la niñez) biológica y/o “mental”.

Lo que no deja de sorprender en estos casos es cómo las teorías nuevas no lograron producir una ruptura con -ni siquiera una reflexión acerca de- los prejuicios anteriores o existentes. Por ejemplo, sorprende que las teorías eugenésicas proliferaran, pese a toda su imprecisión, en la misma época en que se promulgaba una mayor precisión con las teorías de los gérmenes²³. Igualmente sorprende que, en la misma época que se resaltó la importancia de rehabilitar los ambientes de las familias pobres, se impulsaron medidas eugenésicas (incluyendo la emigración) y contraceptivas. Da la impresión de que el reduccionismo biologicista del modelo biomédico, que no lograba resolver el problema de las reinfecciones, junto a la ineficacia gubernamental para

²³ Es preciso recordar que, durante este periodo, en particular durante las primeras dos décadas del siglo XX, los conocimientos biológicos de la herencia eran muy pocos, y llama la atención que la insistencia en trazar la heredabilidad de ciertas “degeneraciones” y “venenos sociales” se encontraba más en aquellos médicos que no tenían un dominio exacto ni especializado del campo de la biología (en Puerto Rico tenemos a Valle Atilés, Quevedo Báez y Goenaga). Esto no quiere decir que los especialistas que tuviesen algunos conocimientos biológicos no auspiciaran prácticas eugenésicas, pero sí notamos un sesgo que coincide con otros países: los médicos eugenistas tendían a estar asociados a especialidades como la obstetricia, la puericultura, la epidemiología (o apegados a la estadística) o interesados en explicar la mortalidad infantil, la sífilis u otras enfermedades venéreas (como Belaval, Figueroa, Fernós Isern, Garrido Morales y, entre otros, García Cabrera).

proveer los recursos necesarios para transformar los problemas del medio/ambiente, complementaba la perspectiva nihilista de los discursos eugenistas que apuntaban a la supuesta irreversibilidad de muchas de las enfermedades más mortales y debilitantes, ahora resignificadas como congénitas. Los eugenistas se oponían al “gasto” de instituciones reformistas como una solución económicamente posible o suficientemente rápida y eficaz para reducir la perpetuación y transmisión de las enfermedades. La opción más racional según los eugenistas era evitar la propagación y reproducción de los “degenerados”, que eran como organismos “parasitarios” incurables, que impedían el Progreso y Evolución de la Raza/Especie/Nación.

Aunque la uncinariasis era curable, las reinfecciones constantes apuntaban a algo en apariencia irreversible o casi imposible de transformar. Poco importaba si la causa yacía en la falta de voluntad (sea del Gobierno, los hacendados o los pobres) o de dinero, o en la supuesta imposibilidad de sanear un ambiente u organismo enfermizo. La ineficacia de las intervenciones sanitarias supuestamente justificaba que la mejor estrategia y la más costo-efectiva era evitar que se propagara el “parásito”. Y para ello se iba a invocar la educación y la voluntad de los “parásitos”, los “inadaptados” e “irresponsables”, aquellas “cargas” al Estado. Notemos que, sea en el enfoque eugenista o el de la medicina tropical, la solución no fue transformar el medio para evitar las (re)infecciones sino eliminar y educar para así “reformular”. Y aquí “reformular” implicaba que los “inadaptados” e “irresponsables” buscasen voluntariamente hacerse responsables de su propia higienización/esterilización.

B. Lo saludable

Cuando analizamos los usos del concepto de “la salud” (y asimismo de “lo sano” y “saludable”) nos topamos con una conceptualización que, a nivel discursivo, remite muchas veces a condiciones abstractas e ideales que reflejan sobre todo los deseos e intereses de ciertos grupos dominantes.

Esto va muy a tono con lo expuesto por autores como Georges Canguilhem y Sandra Caponi, en particular en lo que concierne a la ambigüedad e indeterminación (muchas veces poco científica, aun si pretende serlo) en torno a lo que es saludable y sano, y como tal remite a nociones sesgadas de “normalidad” y “seguridad”²⁴. Al analizar “lo dicho” por varios médicos y autoridades sanitarias en Puerto Rico, la impresión que se obtiene es que la salud era algo que estaba constantemente en peligro (de perderse, degradarse o desaparecer) y que la mayoría de los puertorriqueños aún no la habían obtenido. Las estrategias de higienización no solo pretendían expiar o purgar el cuerpo de alguna enfermedad, sino de ciertas “impurezas”, “desbalances”, “intemperancias”, “déficits” o “degeneraciones” asociadas a las conductas y modos de vivir de las poblaciones pobres, en particular los jíbaros, las mujeres y los negros.

En otras palabras, cuando los discursos higienistas buscan sanear, no se trata solo de curar una enfermedad sino de “regenerar”, “mejorar”, “rehabilitar” y hasta “perfeccionar” física y moralmente a los puertorriqueños débiles y pobres. El destino de esta “regeneración”, “rehabilitación” y “perfección” siempre apuntó a los ideales que las autoridades tuvieron en torno a lo que el cuerpo debería ser, noción que cada vez más va a “normalizarse”: ser sano o estar sano implicaba ser o estar normal. Notemos que aquí sanear no es restablecer el cuerpo a un estado anterior a la enfermedad, ni siquiera recobrarlo, porque en este discurso la salud no era algo que “tuviese” (como si fuese una “posesión”) la mayoría de los puertorriqueños.

Desde finales del siglo XIX, la salud se asoció a estados abstractos de “armonía” y “orden”, así como al ejercicio, la energía y la vitalidad, que fueron correlacionados como “signos” de salud en oposición a la inacción y la vagancia. A partir del siglo XX, se vinculaba la salud de un país con su productividad, tanto económica como intelectual, en oposición a su estado de pobreza y

²⁴ Respecto a la postura de Canguilhem y Caponi ver el primer capítulo en particular la sección I. E.

sobreproducción natal. Igualmente, se correlacionaba la sanidad con la “inteligencia” (entendida como un concepto psicométrico) y la temperancia, en oposición a la intemperancia y la debilidad mental. En la década de los treinta y cuarenta se definió la “buena” higiene mental (o la salud mental) como una actitud que se “adaptaba” a la Realidad y como una posesión, disciplina y fortalecimiento que llevaba a la “eficacia” social, en oposición a la fobia, la neurastenia u otras conductas “maladaptativas”. Inclusive, lo “saludable” suponía apuntar al modo en que “normalmente” funcionaba el cuerpo, pero dicho funcionamiento siempre supuso un estado de “bienestar”, “productividad” y “eficacia”. Si nos fijamos bien, estos criterios de “sanidad” si apuntaban conceptualmente a estados algo ambiguos e imprecisos, en la práctica lo hacían a ideales de trabajo, productividad y comportamiento que, en vez que propiciar conocer y mejorar las condiciones de vida de la mayoría de los puertorriqueños, lo que hizo fue promover estrategias eugenésicas y neomaltusianas, además de continuar perpetuando una imagen de lo puertorriqueño como enfermizo, abúllico e incapaz de “civilizarse” o estar a las “alturas” de los llamados “países modernos” y “civilizados”.

Es importante que notemos que la sanidad y la salud no eran simplemente estados inferidos ante la ausencia de alguna enfermedad concreta²⁵. La definición de la OMS busca, aun hoy día, presentarse como novedosa y como una ruptura, cuando en realidad es una actualización de la postura de los higienistas y de la medicina social europea de finales del siglo XIX. La supuesta novedad de la definición de la OMS tiene más un objetivo político, de preservar o sostener una

²⁵ En ocasiones podemos encontrar médicos, como Ashford, que declaraban que se podía curar al paciente una vez se extirpara el parásito que enfermaba o se tratara alopáticamente la infección. Esta imagen simplificada reducía lo que es la salud, su posesión y sostenimiento, a la expiación del agente infeccioso (intoxicante) o a la desinfección inmediata. El paciente estaba más saludable (o menos enfermo) o lo suficientemente para así ser productivo según las necesidades y criterios de un sistema laboral explotador. En realidad, ningún médico presumía que la terapéutica alopática o biomédica bastaba para evitar las reinfecciones o garantizar una vida saludable y, por ende, la eliminación de una enfermedad, una infección o un vehículo de infección era simplemente un primer paso hacia la sanación del cuerpo. Después de todo, el discurso higienista preventivo no se reducía a tratar o curar una enfermedad o dolencia, sino en justamente facilitar las condiciones para evitar las (re)infecciones.

condiciones óptimas de bienestar que aseguren la productividad y estabilidad social y política. Esta pretensión de asegurar cierto nivel de bienestar buscaba preservar o garantizar ciertos niveles de satisfacción y estabilidad que eran cónsonos con los ideales capitalistas de productividad y consumo²⁶. El problema con los discursos higienistas en torno a lo sano, la sanidad y lo saludable no es solo su indeterminación o ambigüedad sino el modo que fue reduciendo ciertos problemas sociales a registros muy limitados y reduccionistas de índole biologicista, psicologicista y economicista, bajo un halo de neutralidad y científicidad que justificó estrategias eugenésicas, y que buscaban excluir a una gran cantidad de los puertorriqueños.

IV. Resumen y discusión de los roles médicos y las figuras biopolíticas

A. Los roles médicos

Los médicos asumieron distintos roles que ellos, en tanto y en cuanto profesión, veían como cónsonos con el discurso higiénico, preventivo y modernista. Los roles que más se resaltaban eran el médico como científico, maestro/educador, economista, político, moralista y protector de la infancia. Los roles del médico como maestro/educador, economista, político, moralista y cuidador de la niñez aparecen en los textos higienistas de médicos de finales del siglo XIX que: 1) daban consejos a las mujeres, de entrada consideradas ignorantes, para criar racional e higiénicamente los niños (como hizo, por ejemplo, Zeno Gandía); 2) resaltaban que la inversión financiera dirigida a mejorar las condiciones higiénicas iba a llevar a mejoras económicas (por ejemplo, en varios artículos de Valle Atilés); 3) sugerían cambios legislativos para así mejorar la regulación de la higiene y los servicios médicos (por ejemplo, esto puede verse en varios artículos de la *La Salud*

²⁶ Esto no quita que se lograron justificar ciertos servicios médicos, antes ignorados, o que dicha definición facilitó ciertos adelantos que resaltaban que la salud dependía de procesos de recuperación (y no solo de la ausencia de una enfermedad). Sin embargo, resulta ingenuo pensar que estas transformaciones y prácticas dependieran o fueran creadas gracias a dicha definición. Para una crítica de la definición de la OMS, y sus implicaciones, ver en el primer capítulo la sección I. E, en particular las críticas de Canguilhem y Caponi.

y en informes sanitarios); 4) consideraban la inmoralidad y los vicios como condiciones que predisponían a ciertas enfermedades o eran signo o síntoma de alguna enfermedad (como se decía sobre la ebriedad y la locura). Durante principios del siglo XX, estos roles e imágenes van ser más evidentes, en particular en aquellos textos en que se resaltaba al médico como: 1) un economista que reducía los problemas económicos de la Isla a la falta de trabajadores saludables (por ejemplo, Ashford en las campañas de anemia y malaria) o a la sobrepoblación (por ejemplo, como declaraban Lanauze y Belaval); 2) un maestro que debía, a través de demostraciones científicas, convencer para la cooperación (lo vemos en Ashford y en casi todas las campañas, incluyendo la de tuberculosis); 3) un “comadrón” y “mecedor de cunas” para así bajar la mortalidad infantil (por ejemplo, encontramos este tipo de argumentos en Belaval, Figueroa y Quevedo Báez); 4) un político y moralista, que supuestamente no era subjetivo, egoísta ni pasional sino inteligente, neutral y desinteresado (esto lo vemos en Quevedo Báez, Fernós Isern y, a su modo, en los eugenistas y neomaltusianos, como Valle Atilés, Lanauze, Figueroa y García Cabrera).

Muchos de estos roles pudiesen resumirse en el papel del médico como educador y como científico, dado que sus intervenciones económicas, políticas e higiénicas suponían ser parte de esa “educación” que iba a deshacer la “ignorancia del pueblo” y los excesos e intereses de la política. El rol educativo de los médicos, desde finales del siglo XIX, suponía operar principalmente para educar, orientar y transformar los mecanismos estatales para que se logaran ejercer regulaciones que modificasen los excesos y déficits locales, tanto de la “higiene pública” como la “higiene privada”²⁷. Ese suponía ser idealmente la influencia educativa del poder

²⁷ Por ejemplo, desde finales del siglo XIX, los médicos (por ejemplo, en el semanario *LS*) apuntaban a las autoridades y a las filantropías que invertir en la higiene podía transformar muchos de los “vicios” aparentes, como era la vagancia en los jíbaros y las distintas intemperancias y manías de los locos, toxicómanos e idiotas. Recomendaban que muchas conductas consideradas inmorales debían ser tratadas a nivel terapéutico en un asilo o manicomio (y para ello se debía reconstruir y mejorar la Casa de Beneficencia y crear más servicios psiquiátricos de beneficencia a nivel municipal) y no en una cárcel, la cual no servía para mejorar ni transformar, de forma productiva, esas conductas peligrosas y/o inmorales. Los médicos buscaban así “ilustrar” a los pudientes y privilegiados sobre los beneficios de invertir en

medicalizador, pero en realidad los reclamos de los médicos puertorriqueños fueron, por lo general, ignorados durante el régimen español y gran parte del régimen estadounidense. Durante el régimen estadounidense podemos notar que el rol educativo, pese a lo dicho a nivel discursivo, tenía un alcance muy limitado cuando no iba acompañado de suficiente financiación y planificación para transformar el medio o ambiente. El aspecto “educativo” de muchas de las campañas de anemia, malaria y tuberculosis quedó limitado a lo que los pacientes podían hacer dentro de contextos con recursos muy limitados²⁸. El problema de la reinfección que hubo en estas enfermedades nos permite ver que la “educación higiénica” no parecía brindar resultados muy palpables, en particular cuando los consejos requerían no solo de atención y conocimiento, sino de recursos, tiempo y ayuda colectiva.

La “educación higiénica” parecía cumplir la función ilusoria de representar el problema sanitario como “educativo” o asociado a un “saber-hacer” que podía lograrse si se tenía la voluntad para hacerlo (o estar dispuesto a asumir los sacrificios). En ocasiones pareciera que el discurso transfería a los pobres las exigencias frustradas de los médicos y especialistas que suponían ser los que “sabían qué hacer”. El rol educativo del médico, por bien intencionado y útil que hubiese parecido, no operó para proveer las herramientas debidas para que los pacientes pudiesen manejar

técnicas, espacios y métodos médicos y científicos que podían reformar y curar los aparentes vicios y debilidades temporales que eran producto de enfermedades causadas, en su mayoría, por déficits y carencias higiénicas del medio o ambiente. Los higienistas también apuntaban, en menor medida, a que se debían mejorar las condiciones de vivienda y de trabajo, invirtiendo en técnicas agrícolas, una mejor alimentación y mayor acceso a la escolarización. Así se podía mejorar, por ejemplo, al jíbaro anémico.

²⁸ Por ejemplo, durante las primeras décadas del siglo XX, las estrategias para lidiar con el parásito de la uncinariasis dependieron de la “educación higiénica” dada a los campesinos y los hacendados, la cual consistía en apuntar a los lugares de reproducción del parásito, la necesidad de usar zapatos, de no defecar en cualquier sitio y, entre otras cosas, tener letrinas, fuese practicada por los pacientes y sus familias. Las campañas de Ashford no lograron presionar (ni tuvieron los debidos recursos estatales para hacerlo) a que los hacendados hiciesen los cambios ambientales necesarios (como los zapatos y las letrinas), y gran parte de la inversión de centró en la identificación y tratamiento de la uncinariasis. En el caso de la malaria, se brindaban consejos en torno a cómo detectar el mosquito y eliminarlo, y evitar sus lugares de propagación. Sin embargo, resulta difícil ver cómo esto logró traducirse en las prácticas cotidianas de los trabajadores o cómo los pacientes podían practicarlo, más allá de seguir el régimen de quinina y descanso. Además, estas estrategias resultaban insuficientes porque el sistema de riego continuaba facilitando la proliferación del mosquito.

sus enfermedades sino para disciplinar y regular las conductas de estos. Esta “educación” exigía la responsabilidad individual de aquellos que a la misma vez diagnosticaba como pobres, ignorantes, apáticos, abúlicos y viviendo en espacios enfermizos. Esta invocación a la responsabilidad individual podía tener el efecto moralizante de culpabilizar a los individuos/pacientes (y sus familiares) como obstáculos a la curación o recuperación del paciente. En ese sentido, podemos decir que el objetivo principal de los discursos en torno a la “educación higiénica” (sea la promulgada por las autoridades sanitarias o sea por los médicos) fue moralizar y persuadir de forma “científica” que varias enfermedades y problemas sanitarios (por ejemplo, la tuberculosis) se podían resolver “educando” a la población para transformar sus hábitos o a “higienizarlos” (porque se presumía que las personas carecían casi por completo de hábitos higiénicos).

Pese a la imagen que reforzaban los discursos higienistas, las poblaciones pobres, esas que eran consideradas un “obstáculo”, “ignorantes” y “abúlicos”, sí cooperaron con los médicos, como lo muestran, por ejemplo, las filas de miles de campesinos que viajaron horas largas y hasta días, llevando su excreta en cajitas de fósforos, para ser atendidos en los dispensarios durante las campañas de anemia de Ashford, o los campesinos que construyeron y pagaron por sus letrinas en las campañas de anemia financiadas por la RF. Igualmente, vemos cooperación en los trabajadores que ayudaban en la caza de mosquitos, soportaban los efectos nocivos de los insecticidas y la quinina y que, para poder sobrevivir, continuaban trabajando en las haciendas azucareras en condiciones insalubres y de explotación. También vemos cooperación en los pacientes de tuberculosis que, mes tras mes, tenían que someterse a tratamientos invasivos (como la colapsoterapia) o que estaban, si tenían la suerte de que encontrasen espacio disponible, aislados de sus familias en los sanatorios, solo para retornar a sus hogares bajo la advertencia de que

cualquier fuerza excesiva, agotamiento o convivir en condiciones no higiénicas iba a llevar a una recaída/reinfección. Las cientos de miles de personas atendidas y que iban a los dispensarios y las Unidades no son reflejo de un país ignorante que se resistía a cooperar, hacía caso a “charlatanes” y eran un obstáculo para la curación de una enfermedad. En ningún documento he podido encontrar evidencia de que una campaña fallase por la voluntad y las conductas de los pacientes puertorriqueños. Por el contrario, las fallas que encontramos en Puerto Rico fueron las mismas que en otros países: problemas estructurales, de financiación y de planificación por parte del Gobierno, y no pocas veces también de sus especialistas y filántropos²⁹.

Vale aclarar aquí varios asuntos antes de que continuemos. Las condiciones de tratamiento y de los servicios no eran culpa de los médicos, como tampoco lo eran de los pacientes, y reflejan los problemas de financiación de los municipios (lo cual tampoco era necesariamente culpa del municipio, si carecía de ciertos fondos). Los efectos nocivos de muchos medicamentos tampoco era algo que pudiesen controlar los médicos, y no hay razón para dudar de la buena intención de utilizar aquellas herramientas que fuesen valoradas y significadas, por parte de la comunidad médica y científica, como las más útiles y eficaces. También es preciso que consideremos las condiciones de negligencia y frustración bajo las cuales trabajaban los médicos, en especial a nivel municipal e incluso en los hospitales insulares y de mayor prestigio. Lo mismo tuviésemos que considerar de las condiciones de abandono, negligencia y frustración de los obreros y campesinos,

²⁹ Esto no quiere decir que no hubiese resistencia ni oposición por parte de los campesinos, obreros y familias que eran objeto de intervenciones higiénicas o sanitarias. Sin embargo, la oposición no provenía sistemáticamente de una cantidad inmensa de personas. Hemos de sospechar que aquellos que abandonaban los tratamientos o no seguían los regímenes era por razones muy válidas (como hemos visto que aparece en algunos informes, por ejemplo, de los dispensarios de anemia), aún si penosas y no pocas veces insalubres. Hoy día, no pocos pacientes también hubiesen abandonado los tratamientos bajo las condiciones en que las recibieron los campesinos, y hasta posiblemente hubiesen demandado. Eso no es necesariamente mejor ni peor, pero sí nos permite contextualizar el absurdo de los reclamos y denuncias que (re) presentaban a los campesinos, obreros y mujeres como “obstáculos” debido a su ignorancia y resistencia.

quienes tampoco podían controlar las condiciones de su vivienda (en particular cuando no eran los dueños, sino que la alquilaban), del agua, de los alimentos vendidos (en particular la leche), de los mataderos, de las calles (no solo en su proximidad, sino de toda la región). Lo que resulta problemático del discurso médico e higienista de “responsabilidad individual” es cómo terminaba culpabilizando al paciente de su destino enfermizo, de su desenlace mórbido y recurrente.

El modo en que los médicos decidían representar las causas de una enfermedad, su recurrencia o reinfección, sí era algo que podían parcialmente controlar, en particular los de la AMPR y aquellos que tenían autoridad gubernamental. La alusión constante a la ignorancia y a los malos hábitos de las personas, lo cual incluía hacerle caso a los curanderos y comadronas, da una impresión muy distorsionada de lo que sucedía en las campañas y cuáles fueron los obstáculos para evitar la reinfección de las enfermedades más mortales. Sin embargo, cuando algo no funcionaba en términos de los servicios de salud, incluyendo la mala recopilación de registros y datos epidemiológicos, los errores e imprecisiones de diagnóstico, la cantidad masiva de personas que morían sin ser atendidos por un médico, o cuando había discrepancias entre un especialista y un generalista, tales problemas no eran problematizados por la profesión médica como reflejo de la ignorancia de los médicos (o un problema de responsabilidad individual). Por lo general, no encontramos que los médicos asumieran, cuando se trataba de sus reclamos de “pobreza” (o de que muchos médicos morían “pobres”), que sus problemas salariales podían resolverse aumentando su productividad. Al contrario, encontramos médicos que se quejaban de que existiese un *State Medicine*, un sueldo fijo (usualmente más bajo) y que los pacientes no pagaran o exigiesen servicios gratuitos. Varios médicos exigían mayores controles del Gobierno, siempre y cuando no afectasen su autonomía. Por un lado, tuvimos un discurso profesional que promovió una centralización gubernamental de los servicios médicos que hiciera cortocircuito con las políticas

locales y la percibida ignorancia del pueblo y, por el otro lado, ese mismo discurso promovió una descentralización selectiva que asegurara la autonomía e intereses económicos de la profesión médica, evitando también que el médico se convirtiese en un empleado gubernamental (y por consiguiente fuese “politizado”).

Cuando analizamos las estrategias educativo-higiénicas de los discursos médicos, estas reflejan una mirada mecánica y simplista de la educación, la economía y la política. Esto nos permite ver cómo los entendidos que tiene una profesión o campo en torno a estos conceptos son importantes. Por ejemplo, los médicos valoraban su educación universitaria, la cual percibían como privilegiada y que justificaba su autonomía y autoridad moral, científica y política. La “educación higiénica” que ofrecían a los pobres era distinta y tenía como objetivo persuadir a obedecer, porque estaba dirigida a personas “ignorantes”. Algo similar sucede cuando analizamos el uso del significante “político” en los discursos médicos, el cual era generalmente significado de forma negativa cuando era adjudicado a cualquier profesión o persona no médica o científica³⁰. Bajo una lógica similar, el médico no consideraba su moralismo como anticientífico, pese a sus repetidas analogías, metáforas e imagería sensacionalista y religiosa, o sus argumentos y retórica sexista y sus interpretaciones racialistas cuando se refería a la relación entre raza negra, enfermedad e inmoralidad. Aunque el campo médico proyectaba una narrativa que representaba la profesión como la clase más capacitada y apta para resolver los “problemas sociales” -debido a su supuesta neutralidad, objetividad y desinterés político-, un análisis crítico nos permite apreciar la presencia de los intereses económicos y políticos de la clase médica.

Por ejemplo, en la profesión médica encontramos un discurso heroico que se nutría de

³⁰ Esto es algo que es digno de explorarse en otros estudios futuros, dado que nos dice mucho en torno a cómo la “educación” y el “educar” fueron significados por muchas profesiones como técnicas de control, manipulación y disciplina. Igualmente sucede con los entendidos en torno a lo “político”.

analogías e imaginería religiosa y sensacionalista para así eclipsar sus intereses de clase y (re)presentarlos como reclamos y demandas de interés universal. Sus reclamos de autonomía profesional fueron utilizados para oponerse a distintas reformas, como era la aparente “socialización” de los servicios médicos (o lo que despectivamente llamaban el *State Medicine*) o a la autonomía de los municipios en la organización de los servicios médicos y sanitarios. La representación más cuestionable en estas discusiones en torno la autonomía del médico era la imagen del médico “pobre”, la cual reflejaba los malentendidos y sesgos que tenían los médicos en torno a lo que significaba ser económicamente pobre (lo cual iba más allá de poder vivir con ciertas comodidades “modernas” o vivir igual que sus análogos estadounidenses). Este tipo de representación, junto a las demás mencionadas, refleja cómo los médicos asumían una retórica sensacionalista que se apropiaba de diversos significantes que eran culturalmente valorados (como las imágenes religiosas y de pobreza) para así supuestamente (re)presentar sus reclamos como necesarios y neutrales en vez de políticos, personales o de clase social.

Los silencios que encontramos en las publicaciones científicas eran también muy selectivos. Eran menos silenciosos para criticar los problemas salariales de los médicos, criticar la política local e irse en contra de ciertas dinámicas y estrategias gubernamentales, como el *State Medicine*. Muy vocales para celebrar los cambios legales del 1937, pero muy silenciosos para ofrecer resistencias contra la eugenesia. No encontramos, dentro del campo de la medicina y sus discursos, una argumentación concertada y en contra de la eugenesia o el neomaltusianismo. Encontramos una brevísima crítica a Rhoads, mucho más breve que los elogios hechos a sus estudios. Poca mención o casi ninguna sobre las luchas obreras, pero sí críticas a la mujer obrera. Aún más sugestivos son los reclamos de unión y solidaridad, entre especialistas y generalistas cuando atendían a un mismo paciente o entre los miembros de la AMPR para defender los hallazgos de

Ashford, pero un silencio marcado para mostrar solidaridad ante los varios conflictos y huelgas en el País.

Los discursos de las autoridades sanitarias estadounidenses destacaban la ingobernabilidad de la Isla, la cual vinculaban constantemente a la ignorancia de las personas y a los conflictos políticos municipales, esto pese a que existiesen conflictos y negligencia por parte del Gobierno. El discurso de los médicos puertorriqueños no era, en esencia, muy distinto, porque tendía a centrarse en los problemas de la política local y la ignorancia del pueblo. Obviamente, hubo conflictos entre los médicos puertorriqueños y las autoridades sanitarias estadounidenses³¹, pero estos quedaron mayormente eclipsados, en gran parte por la decisión de la AMPR, y por lo tanto el BAMPR, de asumir una postura apolítica y resaltar la supuesta universalidad y objetividad del pensamiento científico-médico. Rara vez vemos que los médicos lograran trascender muchos de los imaginarios sociales y culturales de la época, o al menos no en mayor grado que otras profesiones o personas con educación universitaria (y aún ahí se trataba también de una burbuja muy frágil repleta de prejuicios de clase, raza y género). Esto no resta mérito a los conocimientos, precisiones y adelantos en lo que concierne a ciertos saberes y técnicas asociadas a la medicina clínica, al análisis de laboratorio e intervenciones complicadas, tanto a nivel quirúrgico como farmacológico. Sin embargo, sí cuestiona como la aplicación de estos conocimientos pudo haber estado limitada por la falta de reflexión en torno a los asuntos mencionados.

³¹ Existieron conflictos, pero a nivel discursivo no son visibles. Por ejemplo, pese a la imagen que presenta Ashford de las resistencias que tuvieron sus descubrimientos, tampoco vemos una crítica concertada ni un discurso, por parte del campo médico puertorriqueño, que se opusiera a los descubrimientos del médico estadounidense. Inclusive, las omisiones, errores y problemas que tuvo Ashford apenas se discuten en las revistas científicas y médicas en Puerto Rico. Entre las pocas críticas que hubo, como la de Luis García de Quevedo, el objetivo no era desacreditar los logros ni descubrimientos de Ashford. El discurso higienista tendió a favorecer una narrativa de resistencia y obstáculos heroicos que daba la impresión de que estas prácticas higiénicas eran incomprensibles. Lo que sí vemos a nivel discursivo es la insistente dicotomía de la medicina puertorriqueña era el producto de una “mezcla” de la mentalidad científica y moderna estadounidense y la española enfocada en la medicina clínica. Al respecto, ver en el capítulo cuarto la sección II.C3.

He ahí una de las tragedias del pensamiento médico afiliado a las técnicas de la microbiología y la ciencia experimental: los rigores y precisiones empleados en esas investigaciones, teorizaciones y experimentaciones no se traducían o encontraban un equivalente en los razonamientos e inferencias hechas en torno a los problemas sociales. Peor aún, más que encontrar ese mismo rigor, lo que encontramos son analogías, comparaciones y deducciones muy mecánicas y simplistas que reflejaban premisas clasistas, moralistas y sexistas. Encontramos narrativas que representaban las enfermedades como un enemigo bélico que proliferaba en las mentes y cuerpos de aquellos individuos considerados indeseables, poco atractivos o simplemente inferiores. Y casi metonímicamente tenemos interpretaciones que apuntaban a personas, grupos sociales, géneros y razas que se comportaban como si fuesen enfermedades, convirtiéndose así en parásitos, organismos disgénicos, focos de infección y, por lo tanto, “cargas” económicas al cuerpo general de la sociedad o el Estado.

B. Las figuras biopolíticas

En términos generales, tenemos tres figuras principales que van a ser objeto de las intervenciones biopolíticas e higienistas desde finales del siglo XIX: 1) las comunidades pobres, en particular los campesinos o jíbaros anémicos; 2) las mujeres pobres, en particular lo que concierne a su fecundidad y capacidad para reproducir y criar una “prole sana”; 3) los negros, o mejor dicho la negritud y por extensión todos aquellos “no blancos” que van a ser significados como “mezclados”, “híbridos” o “mestizos”. Cada una de estas figuras van a ser resignificadas a partir de principios del siglo XX, a través de otras figuras, inicialmente eugenésicas y biologicistas, posteriormente psicológicas y neomaltusianas, que reflejaban el modo en que el discurso médico problematizó la relación entre pobreza y enfermedad. Durante las primeras dos décadas del siglo XX las figuras del “inadaptado” y el “irresponsable” van a resignificar, a través de un lenguaje

eugenésico y biologicista, las figuras del “jíbaro anémico” y la “mujer pobre e ignorante”. Ambas figuras apuntaban a la supuesta incapacidad inherente que tenían las poblaciones pobres para “adaptarse” y/o “responsabilizarse” de su “sanidad”, lo cual los convertía en focos de infección³². Ambas figuras aludían a que existían grupos humanos cuya condición era inherente e irreversiblemente enfermiza y afectaba la moral, el intelecto y la voluntad del organismo. En ese sentido, el irresponsable era incapaz de asumir las responsabilidades de un ciudadano y esto no se debía a la “ignorancia” o falta de conocimiento, sino a un déficit biológico y congénito. Ambas figuras eran evocadas cuando los eugenistas apuntaban a la debilidad mental, a los pseudonormales y a otras condiciones degenerativas que predisponían a la pobreza, la mendicidad, la prostitución y la criminalidad.

Durante la década de los treinta y cuarenta notamos otro giro, que ya no acentuaba tanto la figura eugenésica del irresponsable, pero sí otras similares como los miedosos y los neurasténicos. La etiología de estas enfermedades apuntaba a una “mal-adaptación” interna que reflejaba que dichos individuos no tenían los medios psicológicos para confrontar debidamente ni aceptar la Realidad. Un ejemplo ilustrativo de este tipo de racionalización y psicologización la encontramos en las figura del tisióforo y las neurosis de guerra, las cuales patologizaban las preocupaciones y desconocimientos de los pacientes y ciudadanos. Estas figuras biopolíticas nos permiten apreciar cómo la psicologización de lo social comparte con las estrategias eugenésicas la reducción de las condiciones sociales/ambientales a ideales individualistas, en particular la supuesta voluntad del individuo y a su habilidad para “adaptarse” a las exigencias de la Realidad. Lo más lamentable es que, cuando analizamos “lo dicho” por el campo médico en torno a los llamados “problemas

³² Por ejemplo, en la década de los veinte del siglo XX, varios médicos (como Fernós Isern y Rodríguez Pastor) van a atribuir los aumentos de casos de tuberculosis, y otras enfermedades, a la “migración jíbara” a zonas urbanas, y a la incapacidad de estos grupos para adaptarse. Ver en el capítulo cuarto la sección B2.

médico-sociales” encontramos una falta de reflexiones y cuestionamiento en torno a la supuesta Realidad, en especial a lo que concierne a las nociones de clase, género y raza, y de ir más allá de las posturas individualistas y deterministas.

Por ejemplo, las mujeres pobres fueron usualmente tildadas de irresponsables y culpables de la sobrepoblación. Los ambientes pobres eran, especialmente durante las décadas de los treinta y cuarenta, significados como enfermizos, irresponsables e inadaptados y, por lo tanto, responsables de la criminalidad (o de su desarrollo en los niños). En ese sentido, pese a la pretendida científicidad de los argumentos de los higienistas, los juicios emitidos por los médicos cuando se trazaban correlaciones entre género, clase, raza y enfermedad reflejaban sesgos y prejuicios que rara vez fueron cuestionados. Asimismo, los intereses por “sanear” a las mujeres, los pobres y los negros tuvieron intenciones eugenésicas. Por ejemplo, si se estudió la salud de la mujer fue para garantizar una mejor prole, una mejoría de la Raza o la Especie, y no un interés científico por conocer la fisiología o las condiciones materiales, sociales y experiencias de las mujeres. No pocas veces, cuando los médicos hablaron sobre las condiciones laborales, políticas y sexuales de las mujeres, lo que encontramos son interpretaciones sexistas o que reflejaban imaginarios propios de la elite, desde la noción de que las mujeres pobres eran ignorantes y promiscuas hasta la condena de las “mujeres modernas”, sean estas las madres obreras, que por trabajar eran consideradas negligentes, o las mujeres que “imitaban” a los hombres y eran un síntoma catastrófico del porvenir de la ginococracia³³. Ni hablar de los imaginarios en torno al racismo de las mujeres blancas, lo cual presentaba muy oportunamente a los hombres blancos como más inclusivos y tolerantes, y de

³³ Por ejemplo, Belaval criticaba a las comadronas y a las mujeres que seguían sus consejos por no respetar las jerarquías del saber, llegando al punto de culpar a las comadronas del aumento de mortalidad infantil. Quevedo Báez proclama que los médicos debían ser “meceadores de cunas” ante la ignorancia y negligencia de las madres obreras (y algo similar va a decir Leopoldo Figueroa). Ver en el cuarto capítulo las secciones II. B4 y III.C3 y en el quinto capítulo la sección III.B3.

esa forma la elite blanca se podía representar como la que guiaba el proceso de mestizaje. Algo similar vemos cuando los puertorriqueños negros eran objeto de análisis sanitario.

Cuando los médicos se acercaban a trazar correlaciones entre raza y enfermedad, o cuando se estudiaban ciertas comunidades donde había más negros, mulatos o *colored*, estos estudios y análisis buscaban mejorar la productividad laboral o evitar que ciertos espacios se convirtiesen en focos de infección. Se correlacionaban las condiciones de mayor pobreza en los negros con ciertas conductas consideradas inmorales, como la prostitución y la convivencia ilegítima, que llevaban a la sobrepoblación. Las resistencias inmunológicas identificadas en la raza negra o *colored* eran interpretadas, como se hizo desde el siglo XIX, para justificar la tolerancia al calor y el dolor de los negros, o para apuntar a que eran inmunes a la anemia (menos en el caso de la anemia falciforme), pero no a los “venenos sociales” como la sífilis y la tuberculosis. En las décadas de los treinta y cuarenta, varios médicos en Puerto Rico resaltaban la desigualdad socioeconómica por encima del prejuicio racial (el cual fue subestimado y casi invisibilizado), en gran parte porque admitir las interpretaciones racistas estadounidenses implicaría un ennegrecimiento del País³⁴. La mayor tolerancia y flexibilidad de los puertorriqueños que se identificaban como “blancos” no era señal de una comprensión e inclusión de la negritud como parte integral de la cultura puertorriqueña sino un estrategia que iba a tono con el racismo latino y el discurso letrado del mestizaje.

Evidentemente, el racismo en Puerto Rico no era como el estadounidense, y esta diferencia era asumida por los intelectuales y médicos puertorriqueños como evidencia de que no existía racismo

³⁴ Por eso un artículo del 1929 de Rodríguez Pastor resulta tan ilustrativo de estas tensiones, dado que las tasas de tuberculosis eran mayores en Puerto Rico que en España y otros países y, por lo tanto, resultaba difícil sostener que racialmente el elemento blanco dominaba sobre el negro (como había especulado originalmente Rodríguez Pastor) o que el mestizaje había hecho que los negros o *colored* fuesen menos propensos a la tuberculosis (e igualmente, se podía inferir en torno a la sífilis y la malaria). Rodríguez Pastor señalaba a la desigualdad económica como posible explicación y de esa forma se demostraba cómo la pobreza podía ser un factor suficientemente influyente para “armonizar” las diferencias raciales. Ver capítulo cuarto sección III.C4.

en los puertorriqueños o que dicho racismo estaba más orientado por las diferencias de clase social. Esta observación presumía que el clasismo excluía la presencia de racismo (como si ambos no pudiesen coexistir), a la misma vez que no cuestionaba la presencia de argumentos clasistas en el discurso higienista. Se reconocía el prejuicio de clase social, pero este reconocimiento fue de la mano con una romantización de la figura del jíbaro y toda una serie de eufemismos en torno a la personas pobres como “humildes” y “desheredados”. Por ejemplo, las características atribuidas al jíbaro desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, un ser supersticioso, dócil, arisco, apático, débil, raquítrico, ignorante, pero, en esencia, “bueno” (“temeroso a la Ley”) y obediente, no cambiaron durante la primera mitad del siglo XX. La imagen que se tuvo del jíbaro fue, de un modo u otro (y aún con el éxito de las campañas de anemia), la de un ser enfermizo e “inadaptado” que aún estaba por “desenvolverse”. No obstante, la figura del jíbaro era importante en los discursos higienistas porque su “sanación” era crucial para la “regeneración” y “rehabilitación” racial y nacional del País.

Desde finales del siglo XIX, cuando se trazaba la genealogía racial de los puertorriqueños se apuntaba a los campesinos o los jíbaros para demostrar la pervivencia de los elementos psicológicos, culturales y raciales de la cultura europea y blanca. De igual forma, se apuntaba a cómo el carácter “variopinto” del “color” o la “raza” reflejaba la herencia de traumas, déficits y degeneraciones de las “otras razas” (en particular la negra). Por ejemplo, Valle Atilas apuntaba a la “indolencia indígena” y a los traumas del “esclavizado negro” para así explicar las características psicológicas y morales del campesino, que, si bien era “variopinto”, su raza era esencialmente blanca y europea. Varios médicos, como Fernós Isern y Pedro Ortiz, defendían en la década de los veinte del siglo XX que “lo blanco” podía sobrevivir y reproducirse en los Trópicos, en gran parte gracias a la Higiene y la Ciencia que había logrado sanear y “aclimatar”/“adaptar” una región

insalubre e inhóspita. Sin embargo, la imagen de un país enfermo contradecía esta representación de blancura, en especial cuando las tasas de malaria y tuberculosis fueron, durante largo tiempo, mucho más altas que cualquier otra región en Estados Unidos, Europa y varios países latinoamericanos. Por esa razón vamos a notar que, desde la década de los veinte, pero más marcadamente en los discursos higienistas de rehabilitación de las décadas de los treinta y cuarenta, se va a acentuar la relevancia de los “ambientes pobres” para explicar por qué las enfermedades que se suponía que afectarían más a las “razas primitivas” o “inferiores” (como la tuberculosis y la malaria) eran las predominantes en un país que se definía como esencialmente “blanco”.

De esa forma, la negritud era conceptualizada como un elemento “heredado” a través de la esclavitud, pero esencialmente nocivo y foráneo a la cultura puertorriqueña. Las explicaciones fisiológicas y psicológicas ofrecidas por Valle Atilés, desde finales del siglo XIX, para explicar el supuesto mal olor, fealdad y mayor predisposición a la violencia de los negros, fueron asumidas como datos incuestionables por la mayoría de los médicos. Lo negro era visto como un atavismo o un elemento que, si bien formaba parte de la “mezcla” que definía la Raza y Cultura puertorriqueña, estaba destinado a desaparecer o a ser un elemento recesivo de la “herencia” moral, racial, psicológica y cultural del país. El discurso de la elite criolla en torno al mestizaje presumía que la “mezcla” permitió “ascender” al negro al asimilarse a los elementos “blancos”. Haciendo eco de Valle Atilés y de su noción de que la “raza conquistadora” determinaba la “fusión de razas”, Cayetano Coll y Toste vaticinaba que “lo negro”, por ser inferior, estaba destinado a perecer y a ser asimilado por “lo blanco”. Esta perspectiva, en esencia, no va a cambiar durante todo el periodo que hemos analizado, aún si se ofrecieron algunas interpretaciones aparentemente novedosas o

distintivas (como la de Antonio Pedreira, que vinculaba despectivamente el mulatismo y el mestizaje con la “confusión” psicológica y espiritual de los puertorriqueños).

Tenemos así una noción de “hibridez” que se amparaba aún en entendidos muy parcos de la “antropología” racialista y en nociones de herencia de índole eugenésico. Similar a las interpretaciones eugenésicas que presumían que bastaba un elemento negativo para causar la degeneración del organismo, la negritud era ese elemento que, en términos evolutivos, no podía sobrevivir. Los eugenistas en Puerto Rico, y esto lo vemos también en otros países latinoamericanos, no asumen un discurso cruel ante el “miserable” disgénico, sino todo lo contrario: es un discurso de compasión y paternalismo que estaba parcialmente dispuesto a la rehabilitación, pero insistía que la mejor vía era la reducción o esterilización de los degenerados. Estas nociones biologicistas y discursos higienistas simplificaban la complejidad de las genealogías, las historias y los mecanismos biológicos de adaptación e inmunidad. Por eso las discusiones en torno a la inmunidad racial tenían leves destellos de lucidez, eclipsados por el racialismo hegemónico. Asimismo, las precisiones de la microbiología permitían una claridad y lucidez muy distintas a la observación clínica que iba más allá de las apariencias. Los análisis microbiológicos, junto a las interpretaciones evolucionistas, suponían demostrar la íntima dialéctica entre organismo y ambiente, entre lo biológico y lo social. La psicología “humanista” y holística, como la que pretendía Morales García, suponía demostrar también la relación recíproca y compleja entre la mentalidad y los modos en que una sociedad percibía y valoraba ciertas conductas y grupos sociales. Sin embargo, una y otra vez, esta compleja interrelación entre los objetos, los espacios y los individuos era simplificada en interpretaciones que resaltaban un polarismo dicotómico o un determinismo que forzosamente justificaba la sobrevivencia o pervivencia del supuesto “elemento superior”.

Es importante que reconozcamos que los prejuicios, determinismos y sesgos mencionados no fueron explícitamente cuestionados por los discursos dominantes, aún si hubo grupos que ofrecieron resistencia y críticas. Los discursos médicos e higienistas “naturalizaban” y “normalizaban” estos prejuicios como si fuesen bromas o eufemismos “inocentes”, desde el modo en que se infantilizaba al jíbaro hasta el “juego inocente de niños” al que aludía Tomás Blanco cuando se refería al prejuicio racial en Puerto Rico (como el uso de frases como “grifo parejero”). Sin embargo, muchos puertorriqueños sintieron indignación ante la supuesta “broma” de Cornelius Rhoads, una broma que se burlaba, con mucha inmunidad, de aquellos Otros que considera “inferiores” y posibles chivos expiatorios. En un tono similar, muchos puertorriqueños, incluyendo los médicos, criticaron el racismo y los prejuicios de las autoridades estadounidenses, pero rara vez apuntaban al sexismo y racismo de los puertorriqueños (o de su profesión).

Lamentablemente, hay muchos asuntos que, por razones de espacio hemos tenido que dejar a un lado, como las críticas que hubo contra el racismo. Nuevamente, es importante que destaquemos que esta disertación se centró más en los discursos dominantes, en aquellos que, por sus modos de problematizar, afectaban las condiciones de visibilidad y veridicción de ciertos fenómenos. Aun así, nos parece oportuno señalar las resistencias que hubo, aún dentro de los espacios académicos, dado que los discursos no dominan todos los registros del entendimiento ni de las prácticas sociales. Por ejemplo, vale la pena señalar que en el 1937 se publicó un volumen que recopilaba una serie de textos del médico Celso Barbosa bajo el título *Problema de razas*³⁵ cuyos argumentos permiten ver una lectura alternativa a la propuesta por Pedreira y Blanco, porque se trataba de una

³⁵ Dichos textos fueron editados por la hija de Barbosa, Pilar Barbosa de Rosario. El orden no es cronológico y pareciera estar organizado para dar la impresión de ser un ensayo más que una colección de artículos, cuyo título también fue seleccionado por la editora. Por esa razón resulta difícil hasta establecer hasta qué punto pudiese considerarse esta colección de artículos propiamente un ensayo creado/editado por la hija de Barbosa. Para más detalles, ver Sonia Labrador-Rodríguez, “Mulatos entre blancos: José Celso Barbosa y Antonio S. Pedreira. Lo fronterizo en Puerto Rico al cambio de siglo (1896-1937)”, *Revista Iberoamericana* LXV, nº188-189 (1999): 713-731, 715.

interpretación que criticaba la presencia de prejuicios raciales que no eran “inocentes” ni paternalistas (como en su artículo “Negrofobia”³⁶). Sin embargo, es preciso destacar que aquellos intelectuales, artistas y políticos que intentaron resaltar la presencia y aportación del negro en la cultura puertorriqueña fueron criticados, ridiculizados y minusvalorados (asimismo sucedió con las discusiones feministas y anarquistas)³⁷. Otro texto muy pertinente, por ser tal vez el primer análisis académico y sociológico del prejuicio racial en Puerto Rico, fue el libro de José Colombán Rosario y Justina Carrión³⁸, publicado en el 1940: *Problemas Sociales. El Negro: Haití—Estados Unidos—Puerto Rico*³⁹. Colombán Rosario y Carrión proveían, entre otras cosas, ejemplos empíricos a partir de entrevistas y evidencia epistolar, sobre cómo los negros habían sido y eran

³⁶ Celso Barbosa en el 1920, criticando como se decía la palabra “negro” para denigrar, arguye:

Hoy la superioridad no se manifiesta, no en la raza, no en la mayor o menos cantidad de materia colorante en la piel; la superioridad depende de la cantidad de sustancia gris, de la fineza de las circunvoluciones cerebrales, de la educación, de la voluntad, de la preparación moral, del medio ambiente, de la gimnasia intelectual, factores esenciales para la superioridad individual y colectiva. Esos seres blancos de piel, aunque oscuros de pensamiento y sensibilidad, gozan y se amparan de los privilegios injustos que les ofrece el nacimiento, consistiendo en ser expresión dolorosa de la retrogradación de la especie humana.

Ver José Celso Barbosa, “Negrofobia”, En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, ed. Eugenio Ballou (San Juan: Folium, 2018), 281-82, 281.

³⁷ Por ejemplo, Luis Palés Matos fue criticado y ridiculizado por varios intelectuales puertorriqueños que consideraron impropio que se hablase de una poesía negra o afroantillana en Puerto Rico (o puertorriqueña). Entre tales intelectuales estuvo Diego Padró, quien consideraba que la cultura superior del colonizador, la blanca/española, había logrado someter a la inferior, la negra/africana. Ciertamente es que Palés Matos no estaba exento de reduccionismos y pretensiones patriarcales (de un escritor blanco que quería dictaminar qué era afroantillano o no), pero lo relevante aquí es notar la resistencia que hubo entre varios letrados a reconocer la existencia y contribución de los afrodescendientes en Puerto Rico (ni hablar de reconocer lo que en aquel momento hacían los puertorriqueños negros a nivel artístico y político). Ver Arcadio Díaz Quiñonez, “Tomás Blanco: Racismo, historia, esclavitud”, en *Obras completas de Tomás Blanco III: El prejuicio racial en Puerto Rico* (Ediciones huracán: Río Piedras, 1985), 14-91, 31.

³⁸ José Colombán Rosario era profesor de sociología en la UPR y Justina Carrión era también profesora catedrática de sociología en la UPR, graduada con B.A. en la misma institución. Ya en el 1939 decían del trabajo de Carrión, en la revista de mujeres graduadas de la UPR, que ha “publicado varios artículos sobre el negro como elemento racial de la isla en colaboración con el Sr. José A. Rosario”. Ver *Revista de Servicio Social* XI, n°3 (1950): i (en la sección que provee información de los autores/colaboradores en ese número de la revista); *Revista de la Asociación de Mujeres Graduadas de la Universidad de Puerto Rico*, I, n°4 (julio 1939), i (en la sección que provee información de los autores/colaboradores en ese número de la revista).

³⁹ Este no era el primer estudio de los autores que estaba interesado en constatar problemas sociales de esta índole (inclusive este texto había sido publicado en el 1939 en un boletín de la UPR). Los otros estudios de los autores fueron: José C. Rosario, *A Study of Illegitimacy and Dependent Children in Puerto Rico* (San Juan: Imprenta Venezuela, 1933); José C. Rosario y Justina Carrión, “Rebusca sociológica: una comunidad rural en la zona cañera.” *University of Puerto Rico Summer School Review* 15, n°5 (1937):4-14; José C. Rosario y Justina Carrión “Problemas sociales. El negro: Haití—Estados Unidos —Puerto Rico.” *Boletín de la Universidad de Puerto Rico* 10, n°2 (1939) :1-165.

aún excluidos de hoteles, de estudiar en algunas escuelas particulares y de obtener empleos aun cuando tenían todas las cualificaciones (o mejores que sus análogos blancos)⁴⁰.

V. Límites, conclusiones y umbrales

A. Limitaciones metodológicas y asuntos que faltan por analizar

Hay mucho más que puede decirse en torno al tema que hemos abarcado, pero a la misma vez es pertinente reconocer los límites y limitaciones de tiempo, de espacio y de metodología en esta disertación. Hemos tenido algunas limitaciones en términos del material cubierto. En esta disertación he intentado ser lo más exhaustivo posible para cumplir con los objetivos propuestos, pero evidentemente hay mucho más que pudiese decirse y analizarse en torno a los discursos y prácticas del campo médico. Debido a este enfoque en lo discursivo, hemos tenido que dejar a un lado un análisis en torno al rol de las mujeres en el campo de la medicina, al igual que de los médicos negros (o identificados como no blancos)⁴¹. Definitivamente, hace falta un estudio que rescate y reconozca a todas aquellas figuras y grupos sociales que contribuyeron a la salud pública, y que quedaron eclipsadas en una profesión que a nivel discursivo se representaba como masculina, blanca y “educada/culta” (asociada, en términos de clase social, a los letrados y otros grupos que

⁴⁰ Ver José Colombaro Rosario & Justina Carrión, *Problemas Sociales. El Negro:Haití—Estados Unidos—Puerto Rico* (San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1940), 134-39, 144-160. Los ejemplos más detallados se encuentran en el apéndice (en las páginas 144 a la 160) y son propiamente una fuente rica para análisis de contenido y discurso.

⁴¹ Debo a Nylca Muñoz Sosa y Mayra Rosario Urrutia el señalamiento en torno a la necesidad de reconocer la presencia de mujeres médicas, enfermeras y asociadas en Puerto Rico durante el periodo estudiado en esta disertación. Coincido completamente con esta observación. Definitivamente, hacen falta más historias, no solo de la medicina sino de otras profesiones, que reconozcan el rol y contribución de las mujeres, quienes tienden a quedar eclipsadas. Por ejemplo, Mayra Rosario ha apuntado al rol de varias doctoras que fueron importantes en periodos de crisis, como la anestesióloga Dolores Mercedes Piñero. Igualmente, hace falta reconocer a los médicos negros o que no eran identificados como “blancos” (recordamos al señalamiento hecho en este capítulo en torno a Barbosa, en la página 1006). En esta disertación hemos mencionado los prejuicios de género, incluyendo la visión negativa que tenían varios médicos ante las enfermeras y las comadronas. El objetivo era centrarnos en los prejuicios que existían en el discurso y no en rescatar los que eran eclipsados u olvidados en la profesión. Ver, por ejemplo, la sección en el cuarto capítulo “El médico como protector de la infancia: mecedores de cunas, comadrones” y la nota al calce n°509 y, en el quinto capítulo, la sección “Las mujeres: ignorantes, sexualmente desconfiables e irresponsables/responsables de la economía doméstica” (en particular, la discusión en torno a la Dra. Marta Robert, en las páginas 910-912).

se consideraban ejemplares).

Otra limitación metodológica importante es que hubo ciertas referencias que no pudieron analizarse⁴², sea porque no pudieron localizarse o porque tuvieron que eliminarse por razones de tiempo y espacio⁴³. También hubo artículos de médicos publicados en otras revistas no médicas (como, entre otras, *Puerto Rico Ilustrado*, *Puerto Rico Evangélico*, *Ámbito*, *Asomante*, *Índice* y la *Revista de las Antillas*) y varios periódicos que no fueron integrados porque nos limitamos a analizar el discurso médico en ciertos vehículos y medios de expresión científicos y médicos. Igualmente sucedió con integrar obras no médicas de médicos⁴⁴. En ese sentido, hay que resaltar que el análisis de esta disertación se ha centrado en los discursos médicos según han aparecido en vehículos y medios científicos, médicos y gubernamentales. Hiciera falta analizar también los

⁴² Hay ciertos volúmenes que no pudieron localizarse inicialmente, como fueron varios números de la segunda y tercera década del BAMPR, junto a unos pocos libros que no pudieron conseguirse. En un futuro fuera oportuno poder encontrar estos textos y completar las posibles lagunas que hay en términos de análisis.

⁴³ Tenemos, por ejemplo, la *Revista de Bienestar Público*, la cual amerita su propio análisis dado que formaba parte del Departamento de Salud desde finales de la década de los cuarenta. Sin embargo, teniendo en cuenta que nuestra disertación se detiene justo antes del 1948 y la revista inicia en el 1947, su inclusión iba a ser muy parcial e incompleta. Los tomos de *Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico* de Manuel Quevedo Báez, cuyo primer volumen se publica en el 1946 y el segundo en el 1949, incluyen mucha información que ya aparecía en artículos anteriores, además de que el segundo tomo se publica con posterioridad a la época que hemos delimitado. Su inclusión fue dejada a un lado, como sucedió con varios textos de análisis histórico de otros médicos por razones de espacio (por ejemplo, de Pedro Malaret, Cayetano Coll y Toste y Oscar Costa Mandry). No obstante, fuese oportuno reunir estos textos para un análisis más detallado y comparativo. A su vez, hemos omitido mucho textos cuyos temas no encajaban necesariamente con los patrones discursivos y las epidemias más recurrentes (artículos sobre, entre otros temas, cardiología, neumología, dermatología y técnicas quirúrgicas). Los análisis provistos en términos de los temas de relevancia epidemiológica, como eran los artículos de mortalidad infantil, tuberculosis, anemia, malaria y sífilis, se centraron mayormente en las intervenciones y campañas sanitarias, y no tanto en casos clínicos o estudios asociados al tema. En ese sentido, y hay que resaltarlo, nuestro análisis buscaba identificar los discursos principales y, por ende, aún falta un análisis epistemológico e histórico más riguroso en términos de todas las teorías y técnicas asociadas a estos temas.

⁴⁴ Incluimos *La Charca* de Manuel Zeno Gandía porque resultaba crucial para la discusión en torno al “país enfermo”. No obstante, fuera pertinente en un futuro análisis integrar las demás novelas y cuentos de Zeno Gandía (además de sus ensayos periodísticos), junto a los cuentos y novelas de otros médicos como Manuel Alonso, Francisco Vasallo, José G. Padilla, Gabriel Ferrer Hernández, Francisco del Valle Atilés, Jesús María Amadeo y Antomarchi, Manuel Martínez Roselló, Manuel Quevedo Báez, Cayetano Coll y Toste, Pablo Morales Otero o Tomás Blanco. Salvador Arana Soto hace una recopilación de los distintos médicos que han escrito poemas, cuentos y novelas que puede servir de guía. Ver Salvador Arana Soto, *Diccionario de Médicos (Que se han distinguido fuera de la Medicina)* (San Juan: Aldecoa, 1963), 103, 187-203 (lista de médicos literatos); Salvador Arana Soto, *Los médicos y la medicina en la literatura puertorriqueña* (Barcelona: Tipografía Miguza, 1969) (para algunas menciones de médicos escritores y literatos).

demás textos y medios mencionados para así tener una imagen más completa de los discursos médicos y sus transfiguraciones.

Hay ciertos límites que son metodológicos, dado que el enfoque de esta disertación es el análisis de discursos y no una historia comprensiva de la medicina, las campañas y los quehaceres médicos. En ese sentido, aún falta una historia comprensiva y detallada de estas campañas, incluyendo las de vacunas (desde las de viruela y tifoidea hasta las de tuberculosis y polio), y de las transformaciones tecnológicas y de ingeniería sanitaria (desde los acueductos y alcantarillados hasta las letrinas) que afectaron las tasas de morbilidad de algunas enfermedades. A su vez hay ciertos aspectos que van más allá de los discursos, como fuese una historia comprensiva de las experiencias de los pacientes, sin olvidar los procesos de enfermedad y tratamiento. En muchos sentidos, aún falta un análisis histórico comprensivo (que además incluya análisis de los expedientes⁴⁵) que pueda analizar cómo distintos grupos sociales y medios de comunicación significaron estas experiencias y cómo tales experiencias reflejan, contradicen o cuestionan lo que aparece en los discursos higienistas⁴⁶.

⁴⁵ En otras palabras, un análisis que se fije también en las diferencias lingüísticas en las narrativas de los expedientes. Por ejemplo, recientemente se ha estudiado cómo la narrativa de los pacientes difiere de lo escrito por el médico en el *record/expediente* (igualmente sucede con los análisis de casos publicados en las revistas científicas). La narrativa de los expedientes médicos (entiéndase, lo que fue escrito por el médico) tiende a subestimar u omitir las dificultades de los pacientes para recibir servicios, mantener contacto con los médicos y todo lo que tiene que ver con información contextual. Para este otro tipo de acercamiento muchas veces hace falta utilizar otros métodos de indagación, desde la historia oral o el análisis de correspondencia hasta llevar a cabo entrevistas fenomenológicas y análisis etnográficos. Ver Rod Sheaff, Joyce Halliday, Richard Byng, John Ovretveit, Mark Exworthy, Stephen Peckham y Sheena Asthana, “Bridging the discursive gap between lay and medical discourse in care coordination”, *Sociology of Health & Illness* XXXIX, n°7 (2017): 1019-1034, 1027.

⁴⁶ Son muy pocos los trabajos que han podido hacer esto, entre los cuales se destaca la tesis de Rafael Lebrón “¡Detengamos el jinete de la muerte!” la plaga blanca ante un pueblo enfermo: la lucha por controlar la tuberculosis en Puerto Rico, 1900-40 (Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico. Programa Graduado de Historia, 1990). Si remitimos a la disertación de Rafael Lebrón sobre la tuberculosis notamos que su análisis permite que veamos el sufrimiento de los enfermos y sus denuncias sistemáticas de falta de servicios, trato pésimo y negligencia por parte de las autoridades médicas, aún durante la década de los cuarenta. Estas fallas, que provenían de la administración de los hospitales y del trato dado a los pacientes, no es algo que aparezca en el discurso médico, inclusive es algo que tiende a ignorarse. Cuando aparecen estos sinsabores y violencias, los médicos lo adjudican a los problemas políticos de presupuesto. Por esa razón, el artículo de Arana Soto que romantiza la tuberculosis es particularmente insultante. Además de la tesis de Lebrón-Rivera, ver Rafael Lebrón-Rivera, “Un acercamiento histórico al paradigma de la marginación: La tuberculosis en Puerto Rico durante los primeros años del siglo XX”. Conferencia presentada en el

También hace falta un análisis que abarque mejor los conflictos municipales más allá del discurso de la “ingobernabilidad” del País. El problema de “ingobernabilidad” en Puerto Rico no es un tema nuevo y, como bien lo había señalado Fernando Picó, existe la necesidad de estudiar las complejas tensiones y dinámicas locales y los modos en que distintos grupos buscaron imponer sus propias nociones e ilusiones de “orden”, “control” y “valores”⁴⁷. Gran parte del problema tiene que ver con el fracaso de las instituciones que debían proveer ciertos servicios, asistencias y necesidades básicas y, por esa razón, es preciso que evitemos la tendencia a patologizar y criminalizar a los individuos que, de un modo u otro, fueron “problematizados” como los culpables de los problemas sociales, económicos y políticos del País. Por lo general, la tendencia fue culpabilizar a los grupos que fueron marginalizados y explotados por dichos fracasos institucionales. No obstante, la lógica no es romantizar tampoco estas resistencias y apropiaciones, sino comprender justamente su complejidad política, social y cultural.

Hemos detenido nuestro análisis justo antes del régimen del Gobernador Luis Muñoz Marín porque las transformaciones que van a darse bajo el primer gobernador electo de Puerto Rico ameritan un análisis aparte y detallado. Ya en esta disertación hemos podido ver cómo ciertas

XXV International Congress of the Latin American Studies Association 7-9 de octubre de 2004.

⁴⁷ En palabras de Fernando Picó:

El problema de gobernabilidad lo enfrentaron todos los gobernadores del siglo 19 [...] Si la Carretera Central tardó 32 años en hacerse no fue porque faltó voluntad en la Capital, sino porque los comisarios de barrio no podían conseguir la mano de obra prescrita en sus jurisdicciones. La resistencia a los ejercicios del poder central eran habituales. Naturalmente en ese vacío florecieron los caciques de barrio, los hacendados despóticos, la extorsión, la explotación del más débil. Nuestra sociedad siempre ha sido violenta porque sus instituciones rara vez han asegurado la paz social.

Nos hablan de que todo se resuelve con la enseñanza de valores. Pero los que propulsan los valores a fin de cuentas de lo que hablan es de controles [...] Muchos de esos controles intermedios, que definían la vigencia de unos poderes locales, han desaparecido, para bien o para mal, en las últimas cinco décadas. Todavía quedan algunos, no menos interesantes porque sean anacrónicos: por ejemplo, el del dueño del punto, quien requiere disciplina y racionalidad en las operaciones de su empresa; el del cacique de urbanización, que intenta dominar las reuniones de sus vecinos; el del ejecutivo de Hato Rey, quien no pierde memoria de su bisabuelo de la cordillera, y pretende controlar hasta la hora de almuerzo de sus subalternos. Pero en general los viejos controles y su orden ilusorio se han desvanecido. Por eso la sensación de violencia es mayor, no sólo porque los homicidios aumenten de un año a otro (siempre lo han hecho en fases de contracción económica), sino porque hay un forcejeo generalizado para tratar de imponer la propia noción de orden.

Fernando Picó, “Siglos de Violencia”, *Suplemento Especial Claridad*, 7 September 2010

figuras clave del Partido Popular Democrático (PPD) fueron importante en la conformación de los proyectos de rehabilitación económica de las décadas de los treinta y cuarenta (en particular, Carlos Chardón), la cual incluye médicos (como Antonio Fernós Isern, Guillermo Arbona y Juan A. Pons). Lo que ofrecemos a continuación son solo algunas observaciones en torno a los desarrollos que se dan en las décadas de los cincuenta y sesenta que ameritan una investigación futura.

Uno de los aspectos que fuera pertinente analizar es cómo se fue conformando un plan de regionalización, en particular bajo Arbona como Secretario de Salud, lo cual llevó a la construcción de hospitales “de área” y a la apertura de El Centro Médico en Río Piedras en la década de los sesenta. Trazar la conformación de este sistema resulta importante si se desea comparar con los cambios durante la década de los noventa cuando el Gobernador Pedro Roselló, también un médico, llevó a cabo un proceso de privatización de los servicios de salud. También fuera interesante analizar la influencia y pertinencia de esas primeras clases graduandas de la primera escuela autóctona de medicina del país (la Escuela de Medicina en la UPR, Recinto de Río Piedras) bajo un profesorado de médicos puertorriqueños. Igualmente se tuviesen que analizar las primeras generaciones de psiquiatras puertorriqueños, en particular a partir del 1949⁴⁸, y la fundación del Departamento de Psiquiatría en la década de los cincuenta (junto al rol de varios psiquiatras pertinentes como Luis Manuel Morales García, Juan Roselló, Ramón Fernández Marina y Juan Enrique Morales⁴⁹).

Durante la década de los cincuenta se van a ir expandiendo algunos de los temas que hemos

⁴⁸ Guillermo Arbona, “Comienzos de un programa de salud mental para Puerto Rico”, *BAMPR* XLII, n°11 (1950): 676-681.

⁴⁹ Entre algunos textos pertinentes tenemos: Juan Antonio Roselló (ed.), *Tratado General de Psiquiatría* (Río Piedras: Universidad de Puerto Rico, 1962); Juan A. Roselló, *Historia de la psiquiatría en Puerto Rico, 1898-1988* (San Juan: Instituto de Relaciones Humanas, 1988); Pablo Morales Otero, *Bebiendo espero* (San Juan: Biblioteca de Autores Puertorriqueños, 1959).

mencionado en el capítulo quinto de esta disertación, como la educación higiénica, los tratamientos contra la tuberculosis y los estudios psicológicos, que fuese oportuno analizar. Por ejemplo, a partir de la década de los cincuenta van a llevarse a cabo estrategias de educación higiénica centrados en la nutrición y la pobreza (por ejemplo, los brotes de *Bilharzia*⁵⁰), entre los cuales estuvo las actividades de la División de Educación para la Comunicad (DIVEDCO) y del Departamento de Instrucción Pública⁵¹. La vacunación de la tuberculosis inicia en el 1949 y, aunque fue reduciendo su mortalidad, aun existían discrepancias en su registro (dificultando el cálculo de las tasas de mortalidad)⁵² y se van a continuar destacando los problemas y factores psicológicos de la tuberculosis⁵³. Van a haber más estudios psicológicos que le daban un mayor énfasis a la figura del adolescente, su relación con la ausencia del padre⁵⁴, los hijos de madres trabajadoras y la necesidad de un “ambiente seguro” que evitase el desarrollo de futuros delincuentes⁵⁵.

Tal vez unos de los hallazgos que ameritan más indagación son los textos y discusiones en torno al llamado *Puerto Rican Syndrome*⁵⁶. Aquí pudiésemos ver una continuación de las imágenes

⁵⁰ José G. Rigau-Pérez y Luis A. Pereira Díaz, “¡HAY BILHARZIA!, by Klock, Ildfonso, and Mateo-Serrano. Medical Images of Poverty and Development in Puerto Rico”, *PRHSJ* XV, n°1 (1996): 33-44; George V. Hillyer, “The rise and fall of *Bilharzia* in Puerto Rico: Its centennial 1904-2004”, *PRHSJ* XXIV, n°3 (2005): 225-235.

⁵¹ Hubo varios números de revista de la DIVEDCO que contenían temas higiénicos y sanitarios como *La Ciencia contra la superstición* (1951), *Alimentos para su familia* (1954), *Bilharzia* (1961), *Sangre* (1961), *La Plaga Blanca* (1965) y *Nuestro Ambiente* (1976). Respecto a textos higiénicos publicados por el Departamento de Instrucción Pública, hubo varios de José Rodríguez Pastor, entre ellos: José Rodríguez Pastor, (ed.). *Las especialidades. Los microbios* (San Juan: Editorial del Departamento de Instrucción Pública, 1954), Rodríguez Pastor, (ed.). *Temas de salud pública* (San Juan: Editorial del Departamento de Instrucción Pública, 1954); Rodríguez Pastor, José. *Males del medio ambiente* (San Juan: Editorial del Departamento de Instrucción Pública, 1954); Rodríguez Pastor, (ed.). *Enfermedades de la nutrición, la digestión y el metabolismo* (San Juan: Editorial del Departamento de Instrucción Pública, 1954).

⁵² Juan A. Pons, “El movimiento antituberculoso. Sus logros y perspectivas”, *BAMPR* XLIV, n°7 (1952): 251-58.

⁵³ Jacinta García Cabrera, “Problemas emocionales del paciente de tuberculosis”, *RSS* XII, n°2 (1951): 37-39

⁵⁴ Por ejemplo, aquí se destaca el texto de Ramón Fernández-Marina, *La función del padre en el hogar* (Río Piedras: Instituto del Hogar, 1965).

⁵⁵ Consecuente con esto hay un énfasis en estudiar los “desajustes” emocionales de los criminales para así distinguir, como proponía por ejemplo el Dr. J.R. Maymí Nevares, entre los “falsos anormales” y los “anormales verdaderos”. Ver Mario Urdaneta del Valle, “Estudio de la personalidad de doce delincuente federales”, *RSS* XI, n°1 (1950): 16-22; Efraín Sánchez Hidalgo, “La antesala de la adolescencia”, *RSS* XII, n°2 (1951): 2-4, 25; José R. Maymí Nevares, “El delincuente anormal ante la justicia”, *RSS* X, n°3 (1949): 19-21.

⁵⁶ Entre los textos pertinentes sobre el tema, véase Veterans Administration, *‘Ataques,’ Hyperkinetic Type: The So-Called Puerto Rican Syndrome* (Washington, D.C.: Veterans Administration, 1956); Ramón Fernández-Marina, “The Puerto Rican Syndrome”, *Psychiatry* XXIV (1961): 79-81.

de puertorriqueños neurasténicos, histéricos y fóbicos descritas por varios médicos durante el periodo que hemos analizado, desde el “ataque” de Silvina en la novela *La Charca* y las descripciones, para principios del siglo XX, de Ashford de los “ataques” (o *nervous attack*) y de King de la neurastenia tropical hasta la descripciones de Morales García y Rodríguez Pastor de los fóbicos, tisióforos y neurasténicos. A partir de la década de los cincuenta, habrá varios estudios psicológicos interesados en analizar los efectos de la pobreza en la salud mental (y aquí es pertinente ver la influencia de la teoría de Oscar Lewis sobre la “cultura de la pobreza”), como fueron los estudios sobre esquizofrenia en La Perla y los efectos psicológicos de “Manos a la Obra” en la nueva generación de adolescentes⁵⁷. También encontramos discusiones psicológicas que buscan analizar el “carácter nacional”, los “patrones de conducta” y la “cultura puertorriqueña”, como fueron los textos del escritor René Marqués en torno al “puertorriqueño dócil” y del psicólogo Carlos Albizu Miranda sobre la “personalidad puertorriqueña”⁵⁸. Cada vez más habrá un interés en acentuar que la “personalidad” y “cultura” puertorriqueña estaban definidas por complejos de inferioridad, tendencias maniaco-depresivas y suicidas, violencias reprimidas, resentimientos y una consciencia conformista⁵⁹. Aquí fuera pertinente ver cómo ciertas nociones de racialismo, junto a la ya aludida pervivencia de nociones eugenésicas, contribuyeron, de un modo u otro, a una visión nihilista y patológica de las capacidades de los puertorriqueños.

⁵⁷ Ramón Fernández-Marina, Ursula von Eckardt, Ursula, Eduardo Maldonado Sierra, *The Sober Generation: Children of Operation Bootstrap: A topology of competent coping by adolescents in modern Puerto Rico* (Río Piedras: University of Puerto Rico, 1969); Lloyd Rogler & August Hollingshead, *Trapped: Puerto Rican Families and Schizophrenia* (Maplewood: Waterfront Press, 1965).

⁵⁸ Carlos Albizu Miranda y Herbert Marty Torres, “Atisbos en la personalidad puertorriqueña”, *Revista de Ciencias Sociales* II, nº3 (1958), 383-401; René Marqués, “El puertorriqueño dócil”, *Revista de Ciencias Sociales* VII, nº 1-2 (1963): 35-78 (este ensayo fue presentado originalmente en el Sexto Congreso de Psicólogos en Puerto Rico en el 1961).

⁵⁹ Llama la atención que en el 1974 el psicólogo puertorriqueño Reinaldo Ortiz Colón, al hacer un análisis de la literatura de finales del siglo XIX hasta la década de los sesenta del siglo XX para así comprender la “conducta social” y “personalidad” de los puertorriqueños, concluía que “los patrones de conducta de conformismo, complejo de inferioridad, la preponderancia del hombre en la familia y la sumisión de la mujer en la sociedad se repiten a través de todas las obras”. Ver Reinaldo Ortiz Colón, “Hacia el estudio sistemático de patrones de conducta en la personalidad del puertorriqueño”, *Revista de Ciencias Sociales* XVIII, nº3-4 (1974): 133-51,145.

Consecuentemente con esto, es durante las décadas de los cincuenta y sesenta cuando más visiblemente vamos a encontrar estudios sobre control de la natalidad y de contracepción desde una perspectiva neomaltusiana⁶⁰. Interesantemente, el maltusianismo también va a ser visto como un asunto “psicológico” que ameritaba estudiarse para ver cómo la influencia del “machismo” afectaba la aceptabilidad de los métodos contraceptivos⁶¹.

Nuevamente, lo que brindamos aquí son solo algunos atisbos sobre los procesos que continuaron en las próximas décadas (después del 1948) y que ameritan una futura investigación.

B. Conclusiones y correspondencias actuales (COVID-19)

No es posible cerrar esta disertación sin comentar en torno al coronavirus (COVID-19), cuya pandemia fue declarada oficialmente en Puerto Rico el mes de marzo del 2020 y hasta el 26 de octubre de 2021 ha causado un total de 3,223 muertes, con una tasa actual de 0.47 por cada 100,000 habitantes y ha llevado a que 2,528,657 personas sean vacunadas (80.8%), lo cual nos hace uno de los países más vacunados⁶². En términos generales, se estima que mundialmente la tasa de mortalidad actual de COVID-19 es de 2.22%⁶³ (aunque esta cifra es un promedio que no representa

⁶⁰ Entre algunos textos están: Reuben Hill, Kurt Back, & J. Mayone Stycos, “Intra-family communication and fertility planning in Puerto Rico”, *Rural Sociology* XX (1955): 258-271; Reuben Hill, J. Mayones Stycos & Kurt W. Back, *The Family and Population Control: A Puerto Rican Experiment in Social Change* (New Haven: Colleege & University Press, 1959).

⁶¹ Por ejemplo, según J. Mayoce Stycos, existía un problema de “psicología social”, que no permitía el ejercicio “democrático” de la contracepción. Aquí puede verse cómo se acentúa una distinción entre la postura científica en oposición a la religiosa y machista (de la paranoia e inseguridad sexual de los hombres), y el maltusianismo era propuesto como la opción más racional y de mayor beneficio al deseo de las mujeres. Curiosamente, aquí se puede ver una exploración psicológica sobre las diferencias del “mundo masculino” y “femenino” de las percepciones y experiencias sexuales, las cuales tendían a “desexualizar la esposa”. Más que un problema religioso, Mayone Stycos apuntaba a que se debía a un problema psicológico y de ignorancia. Ver J. Mayone Stycos, “La psicología social del control poblacional”, *RSS XIII*, n°2 (1952): 25-31. También se encuentra un argumento similar en el psiquiatra Ramón Fernández Marina, “La higiene mental y el problema poblacional de Puerto Rico”, *RSS XIII*, n°2 (1952), 17, 20-4, 32

⁶² Departamento de Salud PR (2021). “COVID-19 en cifras en Puerto Rico. Martes, 26 de octubre de 2021”. Recuperado en https://www.salud.gov.pr/estadisticas_v2#dashboard_covid--vacunacion; “No se reportan muertes por COVID-19 en Puerto Rico”, *Primera Hora*, 25 de octubre de 2021. Recuperado en <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/no-se-reportan-muertes-por-covid-19-en-puerto-rico/>; Ray Sánchez, “Como es que Puerto Rico se convirtió en el país más vacunado de Estados Unidos”. *CNN en español* (24 de octubre de 2021). Recuperado en <https://cnnespanol.cnn.com/2021/10/24/puerto-rico-lugar-mas-vacunado-estados-unidos-trax/>.

⁶³ Por ejemplo, de un total de 244,872,232 casos han muerto 4,971,242 (cerca de un 2%). Ver Statista, “Number of

bien la variabilidad⁶⁴), afectando mayormente a las personas con edad avanzada y/o que tengan ciertos tipos de comorbilidad (en particular condiciones o enfermedades renales, cardíacas o respiratorias)⁶⁵. A finales de octubre de 2021 se celebran en Puerto Rico los éxitos de la vacunación al verse una disminución de mortalidad, la cual se ha interpretado como un logro de la cooperación entre los sectores privados y públicos, y entre los partidos políticos. Aunque la disminución actual de mortalidad y morbilidad, tanto en Puerto Rico como Estados Unidos⁶⁶ y Europa, parece indicar un cambio positivo ante los efectos de la variante Delta del coronavirus, aún hay muchas preguntas que ameritan atención, desde aquellas que son más epistemológicas, como son las interpretaciones contradictorias en torno a su morbilidad y mortalidad relativo a la primera variante del virus en diciembre de 2019, hasta las más ético-políticas que nos permiten ver el recrudecimiento de estrategias biopolíticas, racistas y xenofóbicas bajo la lógica de una normalización de los estados de excepción.

Por un lado, nos encontramos ante los efectos de una medicalización indeterminada que presume que las intervenciones médicas, en particular las biomédicas, son la solución a todos los problemas asociados a la pandemia actual. Aquí nos topamos con una actualización de esos

coronavirus (COVID-19) cases, recoveries, and deaths worldwide as of October 26, 2021”, recuperado en <https://www.statista.com/statistics/1087466/covid19-cases-recoveries-deaths-worldwide/>.

⁶⁴ Las tasa de mortalidad ha variado y en la actualidad Puerto Rico tiene una de las tasas más bajas al compararlo con: Nueva Zelanda (0.48), Israel (0.61), Estados Unidos (1.66), Reino Unido (1.59), Brasil (2.79), Afganistán (4.65), China (4.4), México (7.57) y Yemen (19.08). No es posible entrar aquí en un análisis de las razones para estas diferencias. No obstante, la desigualdad social y de recursos (incluyendo, pero no limitándose a la vacuna sino también a servicios asistenciales) son factores fundamentales a considerar. Ver Statista, “Coronavirus (COVID-19) death rate in countries with confirmed deaths and over 1,000 reported cases as of October 26, 2021, by country”, recuperado en <https://www.statista.com/statistics/1105914/coronavirus-death-rates-worldwide/>

⁶⁵ Un metaanálisis de características clínicas que podían determinar mortalidad o complicaciones médicas en pacientes de COVID-19 apuntaba a edad avanzada, género masculino, hipertensión, obesidad, diabetes y que padecieran enfermedades cardiovasculares, renales, pulmonares o respiratorias. Ya estos asuntos se han ido apuntando desde temprano en la pandemia y sorprende la cantidad de artículos que han destacado un asunto que de suyo no es sorprendente. Ver, por ejemplo, Xinyang Li, Xianrui Zhong, Yongbo Wang, Xiantao Zeng, Ting Luo, Quing Liu, “Clinical determinants of the severity of COVID-19: A systematic review and meta-analysis”, *Plos One* XVI, n°5 (2021): 1-21, recuperado en <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250602>.

⁶⁶ David Leonhardt, “Covid Cases Keep Falling”, *The New York Times*, 26 de octubre de 2021, recuperado en <https://www.nytimes.com/2021/10/26/briefing/covid-cases-falling-delta.html>.

discursos higienistas de corte eugenésico y preventivo que operan bajo la lógica biopolítica de “¿quién se negaría a más salud, más vida, más bienestar? ¿Tal vez a cualquier precio o con cualquier gobierno?”⁶⁷. Por el otro lado, ahora más que nunca nos queda claro que dicha medicalización no opera (ni puede operar), pese a lo que crean los médicos, independientemente de las dinámicas del capitalismo neoliberal, el cual selectivamente puede “normalizar” ciertos peligros siempre y cuando no afecten a las ganancias de aquellos grupos que han sabido “adaptarse” a las nuevas tecnologías que, entre otras cosas, se nutren del “distanciamiento social”. Esta medicalización revela cada vez más su procedencia poco científica (aunque sí científicista y selectivamente biologicista) e incapacidad para garantizar los ideales de sanación e higienización que proclamaba desde el siglo XIX. El proceso de la pandemia nos permite ver cuán flexible es el discurso neoliberal, cuán bien se “acomoda” a las pandemias, y hasta qué punto el “estado de excepción” ha funcionado para selectivamente ayudar a unos grupos y abandonar a otros.

Sin desacreditar los efectos positivos de la vacunación, es sumamente importante que no se olviden todos los errores, problemas, complicaciones y desinformación que hubo y hay aún desde los inicios de la pandemia, al menos en Puerto Rico desde marzo de 2020 (ni hablar otros países porque no nos da el espacio). Hace apenas un año se insistía en los problemas estructurales asociados a los servicios y recursos médicos, y a los mecanismos estatales, que habían llevado a un exceso de muertes que habían sido efecto del llamado *lockdown*⁶⁸ (uno de los mecanismos llevados a cabo una vez se declaró “estado de emergencia”). Se apuntaba a la ineficiencia gubernamental

⁶⁷ Esta pregunta que busca higienizar la vida la hemos tomado prestada (su fraseo) de Laura Bazzicalupo, *Biopolítica. Un mapa conceptual* (Melusina: España, 2010), 63.

⁶⁸ En septiembre de 2020 se publicó un artículo señalando el exceso de muertes que no habían sido debidamente reportados, muchos de ellos muertes relacionadas a la falta de acceso a servicios médicos, el abandono de personas en asilos y, entre otras cosas, los efectos del llamado “*lockdown*” en marzo. Para más detalles ver Omayá Sosa Pascual, Jeniffer Wiscovitch, “COVID-19: Exceso de cientos de muertes en Puerto Rico no ha sido investigado por el Gobierno”. Centro de Periodismo Investigativo, recuperado en. <https://periodismoinvestigativo.com/2020/09/covid-19-exceso-de-cientos-de-muertes-en-puerto-rico-no-ha-sido-investigado-por-el-gobierno/>.

en términos de proveer las pruebas de diagnóstico de COVID-19 y de llevar a cabo un rastreo y registro epidemiológico adecuado. También se hicieron más palpables las limitaciones y fallas del sistema actual de salud⁶⁹(ni hablar también de las fallas del sistema educativo y la “educación a distancia”). Vale aclarar que el problema no es si se debe hacer o no un cierre de ciertos espacios (o una reducción en cierto tipo de interacciones sociales), sino el simple hecho de que dicha estrategia exacerbó una serie de déficits existentes, desde la falta de acceso a servicios médicos, sociales y legales hasta el empeoramiento de otros (entre ellos, los apagones constantes por falta de generación eléctrica), lo cual ha llevado a un aumento de muertes y dolencias que van desde enfermedades crónicas hasta la explotación laboral, el hostigamiento sexual y los casos de abuso doméstico y feminicidio.

No es este el espacio para entrar en todos los déficits actuales asociados tanto al Gobierno como los sistemas de salud y de educación, en particular después del huracán María en el 2018, los temblores en enero de 2020 y la privatización de varios servicios básicos. Tampoco es posible recorrer el despilfarro que hubo desde finales de enero de 2020, cuando tanto el Secretario de Salud como la Epidemiológica del Estado aseguraban que no había peligro de que llegase el COVID-19, aludiendo a la mayor severidad y relevancia de la morbilidad y mortalidad de la influenza⁷⁰ o

⁶⁹ Estos son solo algunos de los problemas que hubo, desde la compra de pruebas, el registro y conteo errático (en ocasiones duplicado, en otras no contado) de pruebas, infectados y mortalidad. Los problemas del sistema de salud llevaron a que inicialmente no se hicieran las debidas pruebas a los pacientes (inicialmente hasta se le dio prioridad a cobrar deudas a los pacientes en vez que proveerles los debidos servicios) o se tuviese un protocolo para atender personas sin planes médicos. Y estos problemas ya eran conocidos y han sido discutidos recientemente, en particular desde el huracán María en el 2018 y los terremotos en el enero de 2020 (poco antes de declararse la pandemia en marzo de 2020). A ello también tenemos que añadir la no apertura de los comedores escolares y el abandono que hubo en torno a las personas sin hogar y todos aquellos que aún estaban esperando compensaciones y arreglos desde el huracán María en el 2018. Para una cronología resumida de los eventos más significativos de los primeros 6 meses al declararse el estado de emergencia y *lockdown* en marzo de 2020 en el mencionado artículo de Sosa Pascual y Wiscovitch, “COVID-19”. Ver también Jeniffer Wiscovitch y Omayra Sosa Pascual, “Males crónicos del sistema de salud de Puerto Rico impiden la respuesta efectiva al COVID-19”. *Centro de Periodismo Investigativo*, 16 de julio de 2020, recuperado en <https://periodismoinvestigativo.com/2020/07/males-chronicos-del-sistema-de-salud-de-puerto-rico-impiden-la-respuesta-efectiva-al-covid-19/>

⁷⁰ En febrero de 2020 el secretario de Salud (Rafael Rodríguez Mercado) apuntaba a que la influenza era más contagiosa y mortal (en Puerto Rico del 2018 al 2019 hubo 3 fatalidades anuales, y para febrero de 2020 no se habían

destacando que el problema era “lejano” (allá en Italia⁷¹ y China⁷², como si en Estados Unidos no hubiese casos para las mismas fechas), mientras continuaba la entrada de turistas internacionales. La renuncia de ambas figuras en marzo de 2021 dice mucho en torno a la organización sanitaria y política del País⁷³. Hay demasiados factores, contextos y asuntos que pudiesen discutirse y que ameritan análisis. Por el momento lo que llama la atención son las correspondencias con lo que hemos ido discutiendo en esta disertación como son: 1) la confluencia entre discursos economicistas y biologicistas que a su vez justificaban estrategias biologicistas; 2) la insistencia en intervenciones biomédicas y una educación higiénica que rara vez considera las condiciones sociales del entorno; 3) la presencia de discursos bélicos y heroicos en torno a la profesión médica; 4) los problemas epistemológicos que llevan a interpretaciones cuestionables a nivel epidemiológico y que refuerzan una relación dicotómica entre política y medicina (o de una política sanitaria que sea apolítica). Lo que ofrecemos son solo algunas observaciones que a su vez permiten ver la relevancia de lo discutido en esta disertación.

En el caso de Puerto Rico, como en otros países, hemos podido notar que los intereses económicos y turísticos pueden ir por encima de los problemas sanitarios, a la misma vez que se pueden reforzar representaciones selectivamente racistas y xenofóbicas (usualmente, aunque no exclusivamente, contra asiáticos), que no pocas veces se fundamentaban en la relación entre

registrado muertes). Ver Eric Perlloni y Rosa Rivera, “Comunicado de Prensa: Salud advierte que el contagio por influenza es mayor que el de coronavirus”, *Gobierno de Puerto Rico. Departamento de Salud*, 3 de febrero de 2020.

⁷¹ La Epidemióloga del Estado (Carmen Deseda) asumía que la mayor cantidad de casos en Italia se debía a la cercanía con China. Ver “Epidemióloga del Estado: Casos de coronavirus en Italia son por ‘cercanía’ con China”, *Noticel*, 26 de febrero de 2020.

⁷² Por ejemplo, en Puerto Rico la preocupación inicial del Secretario de Salud era que inmigrantes ilegales de China estuviesen en el país y facilitaran el contagio dado que, como aclaraba él mismo “la ventaja que tenemos nosotros es que aquí no se reciben vuelos internacionales de China”. No obstante, se aseguraba que había un plan. Su renuncia apenas unos meses después, al declararse el “estado de emergencia”, atesta lo contrario. Ver Osman Pérez Méndez, “Salud no espera llegada del coronavirus”, *Primera Hora*, 27 de enero de 2020.

⁷³ José Karlo Pagán, “Renuncia la epidemióloga del Estado, Carmen Deseda”, *Primera Hora*, 26 de marzo de 2020; ELNUEVODIA.COM, “Renuncia el secretario de Salud y el gobierno endurece medidas por casos positivos de coronavirus”, *El Nuevo Día*, 13 de marzo de 2020.

desigualdad económica, raza y enfermedad para considerar ciertos grupos humanos como focos de infección (y no me refiero solo a las personas de edad avanzada sino a grupos indígenas, negros y latinos en distintas partes del mundo)⁷⁴. Desde un inicio, la mayor incidencia de COVID-19 afectó a los grupos marginados (o, como sugieren algunos autores, aquellos que han sido “abandonados”⁷⁵), lo que demostraba que la mayoría de los países no estaban preparados para una pandemia y las medidas tomadas, a nivel internacional, fueron muy erráticas. También nos permiten ver los sesgos y prejuicios que no solo existen a nivel político sino también entre los profesionales sanitarios y los científicos. Un aspecto que resuena mucho con lo que hemos discutido en esta disertación es la invocación a la “responsabilidad individual” y la condena contra la “ignorancia” de las “masas”. Por ejemplo, aún aquellos médicos que denunciaban las carencias de los gobiernos asumían un discurso bélico y de “supervivencia de los más aptos” que resaltaba la responsabilidad individual de la población.

Es preciso ver que, en aquellos países en donde las hospitalizaciones han desbordado los espacios disponibles, nos encontramos ante un problema estructural en torno a la falta de personal, recursos (incluyendo camas y respiradores) y una mejor administración (no solo institucional sino gubernamental). Evidentemente, el problema aumenta cuando se toman medidas o se refuerzan conductas que, de un modo u otro, aumentan los contagios, pero estos eventos son “detonantes” que exacerban problemas preexistentes que habían sido ignorados por administradores y gobiernos. Muchas veces las autoridades gubernamentales y sanitarias apuntaban a la ignorancia de los pacientes o a los “charlatanes” que buscaban desinformar (que hoy en día incluye a los

⁷⁴ Al respecto ver Sandra Caponi, “Marzo de 2021: 300,000 muertos en Brasil. La gestión de la pandemia a la luz de las contribuciones de Foucault”, *Laboreal* XVII, n°1 (2021): 1-13, 2; Antonio Peele & Stephen Riley, “For a right to Health Beyond Biopolitics: The Politics of Pandemic and the ‘Politics of Life’”, *Law, Culture and the Humanities* (February 2021), recuperado en <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1743872120978201>.

⁷⁵ A. Serrano-Cumplido, P.B. Antón-Eguía Ortega, A. Ruiz García, V. Olmo Quintana, A. Segura Frago, A. Barquilla García y A. Morán Bayón, “COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra”, *Semergen. Medicina de Familia* XLVI (2020): 55-61, 56

antivaxxers o anti-vacunas) o lo que se ha llamado una “*infodemia*”, que va desde promulgar el no uso de mascarillas y oponerse a la vacunación, a la misma vez que otros grupos exigían medidas draconianas y de “mano dura” contra los disidentes. Se apunta a como las “noticias falsas”/*fake news* son “el enemigo” al causar fobias y ansiedades psicológicas que obstaculizan los quehaceres sanitarios. Varios médicos piden que las autoridades y los medios aseguren solo dar información validada con evidencia (sin en realidad explicar bien estos criterios), mientras otros, en un tono similar, hacen un llamado a que se dejen ir por el “sentido común” y se eviten contenidos usualmente “negativos” y “pesimistas” de los *fake news*⁷⁶. Sin desestimar el efecto de las “noticias falsas” y de la propaganda que busca desinformar, hay que tener mucho cuidado con asumir que cualquier resistencia o crítica a ciertas estrategias sanitarias, médicas y científicas implica automáticamente una postura “fanática”, “ignorante”, “psicológicamente inestable” o “peligrosa”, en particular cuando se trata de argumentos “negativos” (entiéndase aquí, que se oponen a ciertas medidas). Similar a la actitud contra los “neurasténicos” o “fóbicos” en tiempos de guerra, lo que se exige no es informarse y educarse con evidencia sino obedecer y seguir aquellas órdenes que han sido validadas.

A su vez hay que tomar con mucha sospecha como las frases “yo creo/confío/tengo fe en la Ciencia” se repiten ahora como una pancarta ideológica, pese al hecho de que el propio discurso positivista y científicista de la Ciencia no supone fundamentarse en fe ni creencias sino en

⁷⁶ Ver Miguel Landa-Blanco, Elizabeth Andino-Rodríguez y David Agurcia, “Beliefs in COVID-19 myths and conspiracies: an urgent call to action”, *Academia Letters* (marzo 2021): 1-6, 2-3, recuperado en https://www.academia.edu/45610202/Beliefs_in_COVID_19_myths_and_conspiracies_an_urgent_call_to_action; Joana Kosho, “The mediatization of the infodemic: alternative theories about COVID-19”, *Academia Letters* (julio 2021): 1-7, 7. Recuperado en https://www.academia.edu/49926047/The_mediatization_of_the_infodemic_alternative_theories_about_COVID_19; Sayeed Al-Zaman, “COVID-19 related social media fake news in India”, *Journalism and media II* (2021): 100-114, 105-106, 111; Carlos Torentino Rosario, “Dominicanos en Puerto Rico critican cómo se ha manejado la crisis salubrista del COVID-19 en su país”, *El Nuevo Día*, 2 de junio de 2021, recuperado en <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/notas/dominicanos-en-puerto-rico-critican-como-se-ha-manejado-la-crisis-salubrista-del-covid-19-en-su-pais>.

metodologías que aseguran su neutralidad y objetividad. Muy pocos cuestionan si la “falta de confianza” en la Ciencia, expresión que selectivamente exagera demasiado la supuesta “derrota” de los discursos científicos, apunta a un problema acumulativo que nos reenvía a los modos en que se nos ha “educado” respecto a los procesos científicos y políticos⁷⁷. Muy pocos cuestionan cómo confluyen tanto los discursos fundamentalistas pro-Ciencia con los discursos religiosos como con los que reclaman una soberanía y libertad indeterminada de los cuerpos y la competencia económica para justamente reproducir las condiciones necesarias para seguir perpetuando el “estado de excepción”. A esto añadimos la selectividad con la que se interpretan ciertos datos, como, por ejemplo, las tasas de vacunación.

Por ejemplo, las discrepancias en las tasas de vacunación no son necesariamente un reflejo de la resistencias de las poblaciones a ser vacunadas sino de los problemas de acceso y los conflictos políticos y económicos, lo cual incluye no compartir las fórmulas para bioequivalentes⁷⁸. En Estados Unidos la tasa de vacunación (57.9%⁷⁹) refleja parcialmente cómo ciertas ideologías políticas han sido asociadas con ciertas posturas sanitarias (por ejemplo, la oposición al uso de mascarillas y la vacuna no solo se asocia con los republicanos sino con cierto descontento de otros grupos contra las políticas “liberales” demócratas). Sin embargo, ese no es el caso en otros países, cuyo acceso a la vacuna ha sido limitado por cuestiones geopolíticas (por ejemplo, oponerse a la

⁷⁷ Ver Tunku Varadarajan, “How Science Lost the Public’s Trust”, *The Wall Street Journal*, 23 de julio de 2021, recuperado en <https://www.wsj.com/articles/covid-china-media-lab-leak-climate-ridley-biden-censorship-coronavirus-11627049477>. Llamen la atención los leves destellos de lucidez en el artículo (que van junto a mucha banalización), como es el señalamiento de la fascinación de ciertos científicos con los sistemas autoritarios.

⁷⁸ Sorprende que las compañías asuman una soberanía por encima de las políticas internacionales (o las presiones de su propio país) como ha sido el caso de *Moderna*, que se niega a compartir la fórmula porque insiste que el método más eficaz y confiable es si ellos monopolizan la producción de su vacuna/fórmula (que supuestamente algunas han apuntado es la más eficaz con su tercera dosis o *booster*). Ver por ejemplo Ralph Ellis, “Moderna won’t share its COVID vaccine formula”, *WebMD New Briefs*, 13 de octubre de 2021, recuperado en <https://www.webmd.com/vaccines/covid-19-vaccine/news/20211012/moderna-wont-share-its-covid-vaccine-formula>.

⁷⁹ Hannah Ritchie, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian & Max Roser "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", *Published online at OurWorldInData.org* (2021), recuperado en <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=USA#citation>.

asistencia de China o Rusia debido a presiones “internacionales”⁸⁰) y económicas. No es casualidad que solo un 3.1% de las personas en los países con los ingresos más bajos ha tenido acceso al menos a una sola dosis⁸¹. Vale aclarar que con esto no presumimos que la solución yace exclusivamente en la vacuna, pero los usos y mercantilización de esta, junto a las de las pruebas de diagnósticos y otros instrumentos, nos permiten ver que el “enemigo” más importante no es la “ignorancia” de las “masas”.

Si algo nos permite ver la pandemia es que no es posible pensar en los procesos científicos sin tomar en consideración que tal saber forma parte de un sistema de creencias, ideologías y quehaceres culturales que apelan, interpelan y sujetan a distintos grupos sociales. Esto significa reconocer que el campo de la medicina, y asimismo de cualquier ciencia, sea esta significada como “natural” o “social”, no opera de forma independiente ni inmune a los procesos históricos, sociales y culturales. Lo curioso es notar cómo en la actualidad, de manera similar a lo que hemos visto en torno a los discursos higienistas del 1880 al 1948, se conforman en el discurso sanitario estrategias que buscan responsabilizar y culpabilizar a los ciudadanos y a los pacientes. Como es propio de las ideologías y los discursos de este tipo, las limitaciones y fallas propias, junto a las cometidas por otras entidades y contextos (digamos, grupos que tienen mayor autoridad, control y poder) son transferidas al Otro, y ese Otro tiende a representar a aquellos grupos que son los más marginalizados y vulnerables a nivel discursivo. Aunque este tipo de “transferencia” no es

⁸⁰ Arjun Appadurai había señalado, en mayo de 2020, que estábamos ante un momento “excepcional” en tanto y en cuanto Europa y Estados Unidos podían recibir asistencia de Corea del Sur, China y Cuba. La antropóloga tenía la esperanza de que la necesidad de cooperación y movilización social podía llevar a nuevas aperturas de colaboración local e internacional. Ver Arjun Appadurai, “The COVID exception”, *Social Anthropology* XVIII, n°2 (2020): 221-222.

⁸¹ Basta comparar la tasa de vacunación en octubre 2021 (con ambas dosis) de Estados Unidos (57%) con España (80%), Chile (76%), Francia (68%), Alemania (66%), Israel (65%), Suecia (68%), Hong Kong (58%), México (41%), Brasil (54%), Bolivia (32%), India (22%), Guatemala (17%), Egipto (8%) y Haití (0.69%). Ver Ritchie et al, “Coronavirus Pandemic (COVID-19)” (se deben seleccionar los países de interés para que así aparezcan las estadísticas).

exclusiva del campo médico ni de sus discursos, sí nos parece que es un efecto o parte del proceso de medicalización de lo social, en especial lo que hemos señalado como la psicologización de lo social.

A partir de nuestro análisis, consideramos que la psicologización de lo social, en tanto y en cuanto es una modalidad de la medicalización de lo social, es uno de los vehículos mediante los cuales pervive una narración elitista, sexista y racista que invoca, entre otras cosas y selectivamente, al individualismo, en pro de la “lucha por la existencia”, el Progreso, la Modernidad y la “perfección/mejoría” de la Raza/Especie/Cultura/Nación. Es un individualismo que selectivamente suspende el reflexionar sobre las condiciones sociales e históricas de la diversidad de grupos humanos que conforman una determinada sociedad y cultura. La culpabilización, disfrazada de una patologización selectiva, es uno de los efectos del discurso higienista, y muy probablemente de las frustraciones que tiene la profesión médica (como lo tuvieron los médicos durante la primera mitad del siglo XX) al toparse con los límites de su saber y prácticas, en particular ante el Gobierno, los conflictos y carencias municipales (o locales) y las presiones de un capitalismo internacional.

En el caso de los discursos médicos, su limitación más grande no tiene que ver con los límites de sus conocimientos generales o especializados de su campo de estudio, sino con no reconocer justamente esos límites. En esta disertación, nuestra crítica no busca señalar los errores de diagnóstico o tratamiento, invocando de esa manera alguna suerte de perfección o certeza de la que igualmente carece cualquier campo de estudio. Lo que aquí criticamos es ese discurso de medicalización que reflejaba un ombliguismo suficientemente masivo para hacer colapsar el entendimiento. Se trata de un saber que no busca adecuarse, actualizarse y nutrirse de otros saberes, sino homogenizar y hegemonizar la diversidad de conocimientos, prácticas y experiencias. Donde

mejor pudimos ver esto fue en las apropiaciones y significaciones hechas por los médicos en torno a sus roles, y lo que eso nos dice en torno a sus percepciones de lo educativo y, entre otras cosas, lo político. En la actualidad nos seguimos topando con algunas de estas apropiaciones cuando se insiste en una medicina apolítica y en una “educación científica” que se ampara en una reproducción de datos cuyo entendimiento radica en “saber” lo suficiente para así obedecer.

Durante la pandemia, los discursos de “heroísmo” atribuido a los médicos, no pocas veces a través de una retórica bélica, han sido muy problemáticos, no solo porque idealicen la figura de los galenos sino porque dicha idealización puede justamente eclipsar los problemas que existen dentro del sistema de salud, los cuales también afectan a los médicos, las enfermeras y los que laboran en esos espacios⁸². Hay que siempre tener cautela con los discursos heroicos que selectivamente llaman, por un lado, a la “responsabilidad individual” y, por el otro, a una “solidaridad” incuestionable a través de una retórica bélica que asume que existe un “enemigo común” y “sin precedentes”⁸³. El heroísmo destaca los atributos excepcionales y con ello puede convertir las fallas y males en “sacrificios necesarios” o en aspectos que sirven para glorificar a un individuo o a un conjunto de individuos en vez que cuestionar las condiciones que llevaron a que fuesen “necesarios” dichos “sacrificios”. Lo mismo sucede en otras circunstancias, como los huracanes, en donde se glorifica las acciones de unos grupos en vez que justamente asegurar los medios para que tales “sacrificios” sean evitables, en particular cuando tales “sacrificios” son el efecto acumulados de fallas, negligencias y explotación laboral, institucional y gubernamental. En ese sentido, aun si el discurso heroico puede tener la intención loable de “consolar”, en particular

⁸² Ver, por ejemplo, Rajvi Desai, “How doctors are the unwitting frustrated soldiers in the war against Covid19”, *The Swaddle*, 14 de abril de 2020, recuperado en <https://theswaddle.com/how-doctors-are-the-unwitting-soldiers-in-the-war-against-covid19/>.

⁸³ Por ejemplo, ver Louise Miner y Maria Psara, “We’re all in a war against COVID-19 together”, Euronews, 4 de julio de 2020, recuperado en <https://www.euronews.com/2020/04/07/we-re-all-in-a-war-against-covid-19-together>.

a los más allegados a las figuras heroicas, eso no quita que pueda ser utilizado, en particular por ciertos grupos con poder económico y político, para distraer. Igualmente, hay que tener cuidado con los discursos que buscan “normalizar” o “naturalizar” los efectos catastróficos, obviando que los efectos sentidos son, y hay que recalcarlo, el resultado de negligencias y excesos acumulados y de índole sociohistórico.

Los discursos que prometen un desenlace profético o redentor con las vacunas son igualmente problemáticos, en particular cuando se amparan en interpretaciones empíricas que son muy precipitadas u oportunistas. Obviamente, existen razones para sentirse optimistas ante la reducción de mortalidad asociada al virus. Sin embargo, hay varios aspectos que no deben olvidarse. En el caso de Puerto Rico, aunque lo mismo sucede parcialmente a otros países, la reducción en mortalidad no asegura que existan otros brotes asociados a mutaciones del virus en otras partes del mundo, lo cual nos debe hacer cuestionar cuáles son las condiciones de posibilidad que facilitan no solo estas mutaciones sino su transmisión. Además, es preciso no olvidar que ya anteriormente en Puerto Rico hubo disminuciones similares, especialmente en los veranos del 2020⁸⁴ y 2021, y a duras penas en los últimos dos meses (agosto y septiembre de 2021) tuvimos repuntes significativos de mortalidad⁸⁵. A su vez, una reducción en mortalidad no quita que existan reinfecciones o efectos a largo plazo que afectan las vidas de las personas.

Por ejemplo, recordemos que durante la primera mitad del siglo XX las bajas en mortalidad de

⁸⁴ Ver “Defunciones por COVID-19 en Puerto Rico” dentro de los parámetros de 3/17/2020 a 10/25/2021 en “COVID-19 en cifras en Puerto Rico”, recuperado en https://www.salud.gov.pr/estadisticas_v2#defunciones.

⁸⁵ Por ejemplo, en septiembre de 2021 la media de muertes diarias fue fluctuando entre 6 y 4, y en agosto hubo un aumento palpable de muertos (20 defunciones registradas el 30 de agosto de 2021). El verano del 2021 tuvo pocas muertes (por ejemplo, el 30 de julio de 2021 hubo solo), pero a partir de agosto fluctúan los casos entre 5 y 10 muertes diarias, con alzas muy significativas (el 19 de agosto hubo 16 muertes y el 30 de agosto hubo 20 muertes). Para finales de septiembre la incidencia de casos va bajando y con ello las defunciones y en octubre hemos tenido una patrón similar de mortalidad al verano (junio y julio de 2021), pero con una incidencia menor de casos. Ver el “Resumen Ejecutivo” en “COVID-19 en cifras en Puerto Rico”, recuperado en https://www.salud.gov.pr/estadisticas_v2#resumen_ejec.

anemia y tuberculosis no evitaron reinfecciones y esto llevó a que las personas estuviesen alternando entre periodos de recuperación y recaída que afectaban su capacidad de movilidad (en particular la económica y laboral). Hay que insistir que, cuando vemos la primera mitad del siglo XX en Puerto Rico, las estrategias más eficaces fueron aquellas que paulatinamente aseguraban cambios en el medio/ambiente para así evitar y prevenir la reproducción y propagación de la enfermedad, como fue la construcción de letrinas (costeada en su mayoría por los campesinos) para reducir la propagación de la uncinaria y el uso de métodos de drenaje, dragado permanente, uso de larvicidas y protección anti-mosquito en las viviendas. Resaltamos paulatinamente porque el enfoque en el uso de medicamentos y la eliminación inmediata del parásito hizo que estas medidas, las cuales eran más costosas y sus efectos más lentos, no se emplearan con la suficiente prontitud o rigor. Otra de las estrategias más eficaces, aún si sus efectos también fueron paulatinos y erráticos, fue la ampliación y mayor acceso a servicios médicos, como fue el caso de las Unidades y su expansión a todos los municipios.

Destacamos esto porque es importante que cuestionemos aquellos discursos que normalizan las medidas de excepción y refuerzan cierto nihilismo reminiscente a las ya aludidas estrategias eugenésicas, las cuales van de la mano con las narrativas que presumen que la única solución posible recae en alguna píldora mágica o vacuna que puede prevenir futuras pandemias. Son muy pocos los epidemiólogos y médicos que han insistido que la respuesta no puede depender exclusivamente de la vacuna y se insiste en la necesidad de buscar la “causa de las causas”⁸⁶. Para poder lograr esto se requiere de enfoques verdaderamente multi e interdisciplinarios, de una apertura política y epistemológica que evite las dicotomías, segregaciones y determinismos que

⁸⁶ Por ejemplo, ver Mario Fontán Vela y Pedro Gullón Tosio, “Las vacunas no arreglarán la causas de la pandemia: debemos mirar el dedo para entender la luna”. *The Conversation*. 20 de septiembre de 2021, recuperado en <https://theconversation.com/las-vacunas-no-arreglaran-las-causas-de-la-pandemia-debemos-dejar-de-mirar-el-dedo-para-entender-la-luna-167372>.

aún existen en muchas posturas, tanto científicas como no científicas. Y para ello es importante recalcar una vez más la confluencia que hubo, y que aún hay, entre las diversas teorías higiénicas, sanitarias, biológicas, psicológicas y sociológicas. No se puede asumir que existe una sola teoría o metodología que pueda “adaptarse” a cualquier escenario ni que pueda “asimilar” toda la complejidad de las realidades históricas, biológicas, sociales, psicológicas y culturales.

C. Palabras antes de cerrar la puerta/féretro

Con la discusión de la sección pasada hemos tratado de apuntar brevemente a correspondencias parciales para así destacar la relevancia y actualidad de nuestro análisis histórico y discursivo. Los discursos no son cualquier representación ni son la encarnación o actualización de una idea o conjunto de ideas. En muchas ocasiones, los contenidos de los discursos pueden prestarse para muchos usos, dependiendo del contexto histórico y los sujetos que están involucrados en la utilización y producción del discurso (y sus efectos), porque la función de los discursos no yace en la supuesta veracidad, facticidad o científicidad de sus contenidos sino en lo que se hace a través de ellos (o lo que se practica mediante ellos). Lo “dicho” por los discursos puede apelar e invocar a diferentes ideologías, grupos y campos epistemológicos. En términos epistemológicos, lo llamativo de los discursos es que en ocasiones nos permiten ver cómo ciertas imprecisiones, indeterminaciones y ambigüedades presentes en muchos conceptos (y que forman parte de la lógica arbitraria, social, histórica y cultural de/en la relación entre significante y significado) sirven como condición de posibilidad para que, en determinados momentos o situaciones históricas, emerjan una serie de prácticas muy concretas y en ocasiones horribas; o, peor aún, se galvanicen prejuicios y técnicas de exclusión bajo el semblante de novedad y normatividad. Lo más fascinante, y a la vez ominoso, de los discursos es su capacidad de operar como si fueran un conocimiento tácito, natural, implícito y normalizante. Cuando se trata de los discursos

medicalizados y relacionados a la sanidad, la salud y lo sano, rara vez se cuestionan las implicaciones de sus conceptualizaciones y prácticas. El modo en que dicho cuestionamiento o crítica se hace “visible” o es “asimilado” es a través de discursos que son representados negativamente como “políticos”, “charlatanismos”, “irracionales”, “fanáticos”, “religiosos” o simplemente “ignorantes”.

No basta con decir que existieron (y existen aún) prejuicios en el pensamiento científico, o que tales prejuicios o formas de pensar se convirtieron en obstáculos para ejercer la Ciencia. Estos prejuicios no vienen de “afuera” o del “exterior” del pensamiento científico, y esta separación y dicotomía, que en ocasiones puede ser útil cuando hablamos de los lenguajes y características distintivas de los “campos” de pensamiento, resulta demasiado nítida y simplista, además de que refuerza nociones puristas en torno a la integración, hibridez y diversidad de cualquier sistema de pensamiento. Consecuentemente con esto, hay que tener cuidado con decir que la Ciencia debe ser apolítica (en el sentido de que los médicos no deben tener ni saber sobre posturas políticas o ideológicas) o que hay que evitar meter elementos lingüísticos de otros campos, como la literatura (entendida como campo de conocimiento), la teología y la antropología, en el lenguaje médico (dado al simple hecho de que el lenguaje médico se ha apropiado de términos, nociones y conceptos de otros campos). Este rechazo lo que hace es crear aún más la ilusión de conocimientos “inmunes”, que “inmunizan” (en el sentido más mecánico y simplista del término, entiéndase aquí “exento” e “invulnerable”) y que, por lo tanto, hace incólumes a sus poseedores. Igualmente, no se tratar aquí de “adaptar” los demás campos a las necesidades de un solo campo, porque esto también simplifica la complejidad de lo biológico y su relación con todo aquello que lo sostiene.

Los médicos, ya desde al menos el siglo XIX, reconocían la necesidad de un saber que trascendiera los límites de sus respectivos campos y disciplinas. Hubo un destello de lucidez al

reconocer que el saber médico no podía reducirse a la visita domiciliar ni al tratamiento de los síntomas aparentes ni del individuo, pero fue justamente en estos límites que colapsó su entendimiento. En lugar de permitir una apertura, varios médicos y especialistas redujeron la complejidad de lo social a lo “médico social”. En el caso de Puerto Rico, el discurso médico reforzó la imagen de un país enfermizo cuyos habitantes aún no se habían logrado desarrollar y desenvolver lo suficiente para ser capaces de gobierno propio. Con esa imagen, que era más que nada un espejismo que trazaba analogías y correspondencias clasistas y racialistas en torno a lo que significaba ser “moderno” y “civilizado”, muchos de los problemas sociales quedaron ignorados o normalizados. A su vez, resulta tenebroso pensar hasta qué punto las ineficacias, negligencias e ignorancias criticadas han servido para restarle cada vez más autonomía a las poblaciones en nombre de una medicalización y sanidad indeterminada. No reconocer esos límites ha creado, aún antes de la pandemia de COVID-19, un “distanciamiento social” entre los campos asociados a la salud y el resto de los conocimientos y quehaceres sociales, lo cual está facilitando normalizar una biopolítica que llevaba largo rato gestándose. Es difícil saber si estamos un poco como el campesino descrito por Kafka en *Ante la ley*. En la actualidad hay un umbral y unas correspondencias que apuntan a una liminalidad que siempre ha existido, pero que es difícil transitarla si asumimos posturas deterministas y puristas. Y, al parecer, la sanidad es un fetiche preñado con los ideales de las clases que están (o pretenden estar) sanas y salvas.

Concluir una disertación es muy similar a sepultar un cadáver y dedicarle una apología. Hace más de una década leí una frase de Georges Canguilhem que utilicé en mi tesis de maestría y que cada día parece tener una actualidad significativa: “Una cosa es obtener la salud que uno cree merecer, y otra merecer la salud que uno mismo se procura. El objetivo del médico, como del

educador, es volver inútil su función⁸⁷.

⁸⁷ Geroges Canguilhem, *Escritos sobre la medicina* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004), 96.

Referencias

I. Fuentes primarias

A. Archivos y bibliotecas consultadas

Archivo Digital Nacional de Puerto Rico. Accesible en <https://archivo.nacional.com/?t=xwof>

[KaFd](#)

Archivo Virtual. Instituto de Cultura Puertorriqueña. Accesible en <https://www.archivoicp.com>

[/divedco](#)

Biblioteca Virtual Miguel J. Rodríguez Fernández. Accesible en <https://bvirtualogp.pr.gov/>

<ogp/Bvirtual/Pages/default.aspx>

Colección Conrado F. Asenjo del Recinto de Ciencias Médicas UPR

Haithi Trust Digital Library. Accesible en <https://www.hathitrust.org/>

La Colección Puertorriqueña. Biblioteca General José M. Lázaro, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

La Colección Puertorriqueña (versión digital). Accesible en <https://issuu.com/colecciónpuer>

[torriquena](#)

Librería. Historical Repository for Health Science Information in Puerto Rico and the Caribbean

(de la Colección Conrado F. Asenjo). Accesible en <http://libreria.rcm.upr.edu:8080/jspui/>

Repositorio Institucional de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San

Germán. Centro de Documentación Histórica Arturo Morales Carrión. Accesible en

<http://dspace.cai.sg.inter.edu/xmlui/handle/123456789/9426>

The Internet Archive. Accesible en <https://archive.org/>

The Medical Heritage Library. Accesible en <http://www.medicalheritage.org/>

B. Fuentes principales consultadas

Ordenanzas municipales de finales del siglo XIX

Informes del Gobernador

Informes del Comisionado de Sanidad

Revistas médicas y científicas

1. Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico (BAMPR)
2. Porto Rico Health Review (PRHR)
3. The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine (PRJPHTM)
4. La Salud (LS)
5. El Eco-Médico Farmaceutico (EMFPR)
6. Revista de Servicios Sociales (RSS).
7. Public Health Reports (PHR)

Varios textos escritos por médicos

C. Referencias primarias

Abbad y Lasierra, Fray Iñigo. *Historia geográfica, civil y natural de la isla de San Juan Bautista de Puerto Rico*. Madrid: Doce Calles, 2002.

Actas del Cabildo. “11 de enero de 1813”. En *Actas del Cabildo de San Juan Bautista de Puerto Rico; 1812-1814*, Aida Caro de Delgado (ed.), 58-59. San Juan: Publicación Oficial del Municipio de San Juan, 1968.

Aguadilla. *Ordenanzas municipales de policía urbana, rural y sanitaria aprobadas para su régimen por el Gobierno General en 23 de febrero de 1895*. Aguadilla: Imprenta de López, 1895.

Agueverre, Luis. *Los asuntos higiénicos de la ciudad de Ponce*. Ponce: Topografía “Baldorioty”, 1908.

Albizu Campo, Pedro. "El concepto de raza". En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 285-86 (San Juan: Folium, 2018).

_____. "Un artículo del presidente del partido nacionalista con respecto a la legislación neomaltusiana que ha sido presentada (1930)". En *Pedro Albizu Campos. Obras Escogidas. 1923-1936. Tomo I*, 246-249. San Juan: Editorial Jelofe, 1975.

Amadeo, José. "Editorial: Es factible controlar la epidemia actual de tuberculosis sin aumentar el presupuesto que nos rige". *BAMPR XXIV*, n°204 (1932): 450-451.

_____. "Editoriales: Responsabilidad de la clase médica ante el problema sin resolver de la tuberculosis en Puerto Rico". *BAMPR XXIV*, n° 202 (1932): 309-311.

Amadeo y Antomarchi, Jesús María. *Una plaga social y la plegaria de una virgen*. San Francisco, Puerto Rico: Tipografía al vapor de "La Correspondencia", 1894.

Amadeo, José Antonio. "Observaciones sobre algunas enfermedades en esta Isla, IV". *EMFPR I*, n°12 (1882): 222-224.

_____. "Observaciones sobre algunas enfermedades, III", *EMFPR I*, n°9 (1882): 164-165.

_____. "Observaciones sobre algunas enfermedades, II". *EMFPR I*, n°7 (1882): 123-126

_____. "Sr. Director de ECO MEDICO FARMACEUTICO. Distinguidos e ilustrados compañeros. Observaciones sobre enfermedades en esta isla". *EMFPR I*, n°5 (1882): 82-83.

Anónimo, "La ingratitud en terapéutica". *EMFPR I*, n°3 (1881): 46-47.

Arana Soto, Salvador. "Rehabilitation and Medicine". *BAMPR XL*, n°7 (1948): 190-192.

_____. "La utilidad de la tuberculosis". *BAMPR XXXIV*, n°7 (1942): 257-260.

Arbona, Guillermo. "Public Health care in Puerto Rico". *BAMPR XL*, n°6 (1948): 152-154.

- _____ & Morales Otero, Pablo. "Difficulties in Planning Public Health Programs in Tropical Areas". *American Journal of Public Health* XXXV, n°10 (1945): 1057-1062.
- _____. "Are we Public Health conscious?". *BAMPR* XXXIII, n°5 (1941): 201-206.
- Arecibo. *Ordenanzas municipales de policía urbana y rural, para el término municipal de esta villa dispuesta su publicación de 1889*. San Juan: Imprenta del "Boletín Mercantil", 1889.
- Arroyo. *Proyecto de ordenanzas municipales*. Puerto Rico: El Vapor de la Correspondencia, 1895.
- Asenjo, Conrado F. "Estudios nutricionales en Puerto Rico". *BAMPR* XXXIX, n°6 (1947): 222-229.
- Ashford, Bailey K. *A Soldier in Science*. New York: William Morrow and Co., 1934.
- _____. "Suggestions for a rapid classification of the anemias of sprue and nutritional unbalance in the tropics". *PRJPHTM* V, n°02 (1929): 167-184.
- _____. "The Bridge between the Americas". *The North American Review* CCXX, n°824 (1924): 40-50.
- _____. "Aspecto económico de la uncinariasis". *BAMPR* IX n°86 (1912): 1-14.
- _____ & Gutiérrez Igaravidez, Pedro. *Uncinariasis (Hookworm Disease) in Porto Rico: A Medical and Economical Problem*. Washington: Government Printing Press, 1911.
- _____ & Gutiérrez Igaravidez, Pedro. "Summary of a ten year's campaign against hookworm disease in Porto Rico". *The Journal of the American Medical Association* LIV, n°22 (1910): 1757-1761.
- Aspinwal, George W. "Los Medicos Tambien Quieren un "Nuevo Trato". *BAMPR* XXVI, n°4 (1934): 162-170.
- Astor, Manuel A. "Notas Editoriales: Informe del Presidente de la Asociación Médica ante la Asamblea General Extraordinaria del día 18 de abril de 1948". *BAMPR* XL, n°4 (1948): 151-155.

Bachman, George W. "Address delivered by the Dr. George W. Bachman, at the testimonial in honor of Dr. Bailey K. Ashford on the evening of Wednesday, August the first, 1934". *BAMPR XXVI*, n°8 (1934): 289-290.

_____. "Resumen del Informe rendido por el Director de la Escuela de Medicina Tropical a la Junta de Síndicos de Universidad de Puerto Rico, 1931-32". *BAMPR XXIV*, n°201 (1932): 255-264.

Balado, María. "La salud mental". *RSS XI*, n°1 (1950): 13-15.

Balasquide, Lorenzo A. "Algunas consideraciones sobre los conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño". *BAMPR XXXVII*, n°5 (1945): 183-188.

Baralt, José M. "Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, IV". *EMRPR I*, n°19 (1882): 361-363.

_____. "Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, II". *EMFPR I*, n°17, (1882): 317-322.

_____. "Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, III". *EMFPR I*, n°18 (1882): 343-345.

_____. "Acción que ejerce sobre el encéfalo el abuso de las bebidas alcohólicas, I". *EMFPR I*, n°16 (1882): 303-305.

Barbosa, José Celso. "Negrofobia". En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 281-282. San Juan: Folium, 2018.

Barreras, José, Coronas, Eusebio, (del) Valle Rafael y Muñoz, Gustavo. "Carta de los Sres. Dr. Barreras, Dr. Coronas, Dr. D. del Valle y Dr. G. Muñoz, Comisionados por la Asamblea de la Asociación Médica de P.R. celebrada en los días 10 y 11 de Noviembre último, para dar cuenta á la Cámara

de Delegados de ciertos acuerdos de la misma, sobre Sanidad. A la Asamblea Legislativa de Puerto Rico". *BAMPR* VI, n°63 (1908): 30-32.

Barrios Zapata, Carlos. "Neurastenia Social". *Puerto Rico Evangélico* II, n°22 (1914): 3-4.

Bartlet, Frederick P. y Howell, Brandon. *Puerto Rico y Su Problema de Población*. Junta de Planificación, Urbanización y Zonificación: Santurce, 1946.

Basora Defillo, Juan. "La importancia de informes de casos de tuberculosis al departamento de sanidad". *BAMPR* XXIX, n°4 (1937): 194-197.

Bayamón. *Ordenanzas municipales*. Puerto Rico: "Imp. Del Boletín Mercantil", 1897.

Beebe, Gilbert W. y Belaval, José S. "Fertilidad y anticoncepcionismo". *PRJHTM* XVIII, n°1 (1942): 53-112.

Belaval, José M. "Declinación de la mortalidad puerperal en Puerto Rico de 1933-1943". *PRJHTM* XX, n°4 (1945): 524-528.

_____. "Métodos contraceptivos". *BAMPR* XXIX, n°11 (1937): 483-491.

_____. "La práctica de la obstetricia como especialidad". *BAMPR* XXVII, n°8 (1935): 191-196.

_____. "Consideraciones generales sobre la practica de la medicina y relaciones de mutua cooperación que deben existir entre el cirujano, el especialista y el internista". *BAMPR* XXVII, n°2(1935): 45-52.

_____. "Ojeada sobre las causas de la mortalidad infantil en Puerto Rico". *BAMPR* XIII, n°114 (1917):7-13.

_____. "Algunas observaciones sobre la práctica de la obstetricia en Puerto Rico". *BAMPR* X, n°105 (1914): 5-14.

_____. "Consideraciones sobre la beneficencia municipal de San Juan". *BAMPR* X, n°100 (1914): 3-11.

_____. “Desarrollo moderno del tratamiento científico y racional de la sífilis”. *BAMPR IX*, n°86 (1912): 14-17.

Berrios Berdecia, R. “Editoriales: En torno a la reinante epidemia de influenza”. *BAMPR XXIV*, n°203 (1932): 370-374.

_____. “Editoriales: Las asociaciones médicas de distrito”. *BAMPR XXIV*, n°199 (1932): 159.

Betances, Ramón Emeterio. “La salud pública. Congreso Internacional de Londres (1891)”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 203-209. Lexington: Zoom Ideal, 2017.

_____. “La salud pública. Viruelas y vacuna IV”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 189-195. Lexington: Zoom Ideal.

_____. “La salud pública. Viruelas y vacuna III”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 181-188. Lexington: Zoom Ideal.

_____. “La salud pública. Viruelas y vacuna II”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 173-180. Lexington: Zoom Ideal.

_____. “La salud pública. Viruelas y vacuna (1891)”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 163-172. Lexington: Zoom Ideal.

_____. “La salud pública (1891)”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 159-161. Lexington: Zoom Ideal.

_____. “El cólera. Medidas preventivas o profilácticas”. En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 128-134. Lexington: Zoom Ideal, 2017.

Beverley, James R. *Thirty-Third Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1933.

_____. *Thirty-second Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation: 1932.

Bird, Jorge. "Plan de Campaña contra la Malaria". *BAMPR XXIV*, n°200 (1932): 189-194.

Blanco, José M. "Algunos inconvenientes en el ejercicio de la farmacia". *EMFPR I*, n°8 (1882): 141-142.

Blanco, Ramiro. "La salud y la enfermedad, III". *LS I*, n°14 (1883): 217-218.

_____. "La salud y la enfermedad, II". *LS I*, n°13 (1883): 205-207.

_____. "La salud y la enfermedad, I". *LS I*, n°11 (1883): 173-175.

Blanco, Tomás. "El prejuicio racial en Puerto Rico". En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 290-291. San Juan: Folium, 2018.

_____. *Prontuario histórico de Puerto Rico* (Ediciones huracán: Río Piedras, 1981).

Boletín de la Asociación Médica de P.R. "Editorial: Nuestra Escuela de Medicina Tropical está en crisis". *BAMPR XXXIX*, n°6 (1947): 241-245.

Boletín de la Asociación Médica de P.R. "Editorial: Pongamos nuestra casa en orden". *BAMPR XXXIX*, n°1 (1947): 45-46.

_____. "Notas editoriales: El Proyecto del Senado 239". *BAMPR XXXVIII*, n°1 (1946): 40.

_____. "Notas editoriales: Luis M. Morales y García". *BAMPR XXXVIII*, n°1 (1946): 39.

_____. "Notas editoriales: La Política y Los Servicios Médicos". *BAMPR XXXVI*, n°8 (1944): 376-377.

_____. “Notas editoriales: Seguro Médico”. *BAMPR XXXIV*, n°5 (1942): 192-193.

_____[Editorial]. “Médicos de Unidades”. *BAMPR XXXIV*, n°3 (1942): 110.

_____. “Notas editoriales: La clase médica ante el momento actual”. *BAMPR XXXIII*, n°12 (1941): 518.

_____. “Editoriales: El servicio militar y nuestro delegado de la A.M.A.”. *BAMPR XXXII*, n°6 (1940): 214-215.

_____[Editorial]. “Noticias Medico-Sociales. Plaza de Médico”. *BAMPR XXXI*, n°6 (1939): 219.

_____. “Editorial: Legislación medica”. *BAMPR XXX*, n°5 (1938): 203-204.

_____. “Legislación de Interés para el Médico”. *BAMPR XXX*, n°5 (1938): 188-202.

_____. “Tres grandes males”. *BAMPR XXIX*, n°3 (1937): 111-112.

_____. "Resoluciones aprobadas por la Cámara de delegados en su última reunión ordinaria". *BAMPR XXIX*, n°1 (1937): 34-37.

_____. “Memorial de la Asociación Médico de Puerto Rico en relación con la Beneficencia Municipal”. *BAMPR XXVII*, n°3 (1935): 71-79.

_____. “Proyecto de ley reorganizando la beneficencia pública en los municipios de segunda y tercera clase en P.R., presentado en la cámara de representantes por los doctores Figueroa, Herrero y Villamil”. *BAMPR XXVII*, n°3 (1935): 60-70.

- _____. [La redacción]. "Introducción". *BAMPR XXVII*, nº3 (1935): 59.
- _____. "Editoriales: Obito Dr. Bailey K. Ashford (1873-1934)". *BAMPR XXVI*, nº2 (1934): 359-360.
- _____. "Instalación de un busto del doctor Bailey K. Ashford en la Escuela de Medicina Tropical". *BAMPR XXVI*, nº1 (1934): 32-39.
- _____. "Proyecto de ley para la lucha contra las enfermedades venéreas". *BAMPR XXV*, nº7 (1933): 472-475.
- _____. "Editorial: Historia del sanatorio antituberculoso de Mayagüez". *BAMPR XXV*, nº4 (1933): 263-264.
- _____. "Noticias Médico Sociales: *Sociedad de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*". *BAMPR XXIV*, nº205 (1932): 522-523.
- _____. [Editorial]. "Servicio Médico Militar". *BAMPR XIII*, nº117 (1917): 131-133.
- _____. [Editorial]. "Los médicos y la guerra". *BAMPR XII*, nº116 (1917): 85-87.
- _____. "Editoriales. *Mens Sana*". *BAMPR IX*, nº90 (1913): 25.
- _____. "Sección Informativa". *BAMPR VI*, nº63 (1908): 36.
- _____. "Tercera Sesión científica anual de la 'Asociación Médica; de Puerto Rico". *BAMPR IV*, nº 50 (1906): 171-174.
- _____. "Bases para regular el servicio de sanidad en la isla de Puerto Rico", *BAMPR V*, nº60 (1907): 451-456.

- _____. “Acta de la sesión celebrada los días 27 y 28 de diciembre de 1903 por la Asociación Medica de Puerto Rico, reunida en Asamblea”. *BAMPR* II, n°13 (1904): 193-199.
- _____. “Sección de Propaganda”. *BAMPR* I, n°11 (1903): 175-176.
- _____. “Sección informativa”. *BAMPR* I, n°8 (1903):126-127.
- _____. “Sección informativa”. *BAMPR* I, n°3 (1903): 43-44.
- _____. “Sección Informativa”. *BAMPR* I, n°2 (1903): 32.
- _____. “Sección Informativa”. *BAMPR* I, n°1 (1903): 14-15.
- _____. “Copia del Acta de Constitución de la Asociación Médica de Puerto Rico”. *BAMPR* I, n°1 (1903): 4-5.
- _____. [La Redacción]. “Nuestro Pensamiento” *BAMPR* I, n°1 (1903): 1-3.
- Bolten, Joseph (Col.). “The prevention of malaria among the military forces in Puerto Rico”. *BAMPR* XXXV, n°3 (1943): 90-96.
- Brau, Salvador. *La Campesina (Disquisiciones sociológicas)*. Puerto-Rico: Imprenta de José González Font, 1886.
- Byron Reuter, Edward. “Culture contacts in Puerto Rico”. *American Journal of Sociology*, LII, n°2 (1946): 91-101.
- Bunker (de), Celia N. “El problema de la mendicidad”. *RSS* V, n°4 (1944):12-17.
- Bureau of Malaria Control. “Report of Bureau of Malaria Control. 1926-27 III”. *PRJPHTM* III, n°8 (1928): 323-330.
- _____. “Report of the Bureau of Malaria Control. 1926-1927”. *PRJPHTM* III, n°7 (1928): 279-286.

_____. “Report of Bureau of Malaria Control. 1926-1927”. *PRJPHTM* III, n°6 (1926): 240-246.

Bureau of Malaria Control. “Report of the Bureau of Malaria Control”. *PRHR* II, n°6 (1926): 19-24.

Cadilla, Arturo. “Editorial: Problemas del médico”. *BAMPR* XXVIII, n°5 (1936): 105-106.

Casa de Beneficencia de Puerto Rico. *Reglamento para la Casa de la Beneficencia de la isla de Puerto Rico*. Puerto-Rico: Imprenta de Marquez, 1856.

_____. *Reglamento para la Casa de la Beneficencia de la isla de Puerto Rico*. Puerto-Rico: Imprenta de Marquez, 1851.

Camuy. *Ordenanzas Municipales*. Puerto Rico: “Imp. del Boletín Mercantil”, 1886.

Caro Costas, Aida R. *El Cabildo o Regimen Municipal Puertorriqueño en el siglo XVIII (Tomo II)*. Instituto de Cultura Puertorriqueña, San Juan de Puerto Rico, 1974.

Carolina. *Ordenanzas de policía urbana y rural para el régimen administrativo del término de la Carolina*. Puerto Rico: Tipografía de F.J. Marxuach, 1897.

Carroll, Henry K. *Report on the Island of Porto Rico its Population, Civil Government, Commerce, Industries, Productions, Roads, Tariff, and Currency*. Washington: Government Printing Office, 1899.

Cidra. *Ordenanzas municipales aprobadas por el Excmo. Sr. Gobernador en 5 de diciembre de 1894*. Puerto Rico: Sucesión de José J. Acosta, 1894.

Cohen, Mandel E. “Neurocirculatory Asthenia (Anxiety Neurosis, Neurasthenia, Effort Syndrome, Cardiac Neurosis)”. *Medical Clinics of North America* XXXIII, n°5 (1949): 1343-1364.

Colomban Rosario, José y Carrión, Justina. *Problemas Sociales. El Negro: Haití—Estados Unidos—Puerto Rico*. San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1940.

Coll y Toste, Cayetano. "Narración histórica—¿Por qué el jibaro es arisco?". *Boletín Histórico de Puerto Rico* XI (1924): 159-161.

_____. "Origen etnológico del campesino de Puerto Rico y mestizaje de la raza blanca, india y negra". *Boletín Histórico de Puerto Rico* XI (1924): 127-156.

_____. *Tratamiento de la fiebre amarilla*. Puerto Rico: Tipografía al Vapor de "La Correspondencia", 1895.

Colón, Ramón T. "La razón biológica del cáncer". *BAMPR* XXXII, n°9 (1940): 334-336.

Colton, Georges R. *Annual Report of the Governor of Porto Rico to the Secretary of War, 1912*. Washington: Government Printing Office, 1913.

_____. *Report of the Governor of Porto Rico to the Secretary of War*. Washington: Government Printing Office, 1911.

Comisión de Anemia en Puerto Rico. *Anemia in Porto Rico: 1905 Preliminar Report (English-Español)*. *Informe de la Comisión Permanente para la supresión de la Uncinariasis en Puerto Rico correspondiente al año fiscal 1906-1907*. San Juan: Bureau of Printing and Supplies, 1907.

Comité de Tuberculosis. "Memorandum de la Asociación Médica de Puerto Rico a la honorable Asamblea Legislativa sobre la urgente necesidad de aumentar el número de camas para la hospitalización de enfermos tuberculosos insolventes". *BAMPR* XXXIII, n°3 (1941): 122-123.

Corchado, Martin R. *El microbio de la tisis. Su valor diagnóstico, investigación y fotografía*. Ponce: Tipografía "El Vapor", 1885.

Córdoba (de), Pedro Tomás. *Memoria sobre todos los ramos de la administración de la Isla de Puerto Rico*. Imprenta de Yenes: Madrid, 1838. Academia Puertorriqueña de la Historia, 2006.

Costa Mandry, Oscar. "Public Health at the crossroads in Puerto Rico". *BAMPR* XXXVII, n°7 (1945): 258-264.

- _____. "Memorandum submitted by the Puerto Rico Medical Association to the Hon. Governor of P.R. in relation to Senate Bill 126, to organize medical services in Puerto Rico". *BAMPR XXXIII*, n°5 (1941): 206-208.
- _____. "La defensa nacional y las enfermedades venéreas". *BAMPR XXXIII*, n°2 (1941): 68-70.
- _____ y Janer, José L. "La sífilis en Puerto Rico". *PRJPHTM XIX*, n°3 (1944): 492-501.
- _____. "La sífilis en Puerto Rico". *PRJPHTM XVIII*, n°4 (1943): 469-487.
- _____. "La sífilis en Puerto Rico". *PRJPHTM XVI*, n°2 (1940): 237-268.
- _____. "La sífilis en Puerto Rico". *BAMPR XXV*, n°7 (1933): 411-420.
- _____. "El laboratorio biológico como factor de progreso médico en Puerto Rico". *BAMPR XXIV*, n°204 (1932): 425-449.
- _____. "La fiebre amarilla". *BAMPR XXIV*, n°203 (1932): 375-378.
- _____ & Morales Otero, Pablo. "Report of studies of the 1932 epidemic of influenza in Puerto Rico". *PRJPHTM VIII*, n°2 (1932): 205-219.
- _____. "La malaria en Puerto Rico". *BAMPR XIII*, n°193 (1931): 359-362.
- _____. "Editorial: La diarrea y enteritis en Puerto Rico". *BAMPR XXIII*, n°189 (1931): 207-209.
- _____. "La tuberculosis—su aspecto médico-social en Puerto Rico". *BAMPR XXII*, n°189 (1931): 227-241.
- _____. "Syphilis in Porto Rico. I. Its prevalence as shown by the Wasserman reaction". *PRHPHTM VII*, n°2 (1931): 209-231.
- _____. "Epidemiology of Tuberculosis in Porto Rico". *PRJPHTM IV*, n°1 (1928): 3-13.

Cruz Apellániz, Angelina. “Estudio de los problemas de conducta evidenciados en niños escolares procedentes de hogares donde faltan los padres”. *RSS X*, n°4 (1949): 13-19.

Davis, Gen. G.W. *Annual Reports of the War Department for the Fiscal Year June 30, 1900. Part 13. Report of the Military Governor of Porto Rico on Civil Affairs*. Washington: Government Office, 1902.

Department of Health of Porto Rico. “Report of the Division of Epidemiology of the Department of Health. 1926-1927”. *PRJPHTM III*, n°10 (1928): 422-424.

_____. “Annual Report of the dispensaries of child welfare, maternity and tuberculosis of the Health Department of Porto Rico, 1927-28”. *PRJPHTM IV*, n°6 (1928): 256-268.

_____. “Malaria in Porto Rico”. *PRHR I*, n°5 (1925): 31-33.

_____. “Statistical Reports of the Various Bureau of the Department of Health”. *PRHR I*, n°4 (1925): 38-39.

_____. “Statistical reports of various bureaus of the department of health”. *PRHR I*, n°3 (1925): 28-31.

Departamento de Sanidad/Negociado de Estadística Demográfica. *Reglamento Demográfico No.1*. San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1932.

Díaz García, Manuel. “Editorial: Siempre adelante”. *BAMPR XXIII*, n°190 (1931): 249-250.

Díaz, Abelardo M. “La influencia del Alcohol en los hijos”. *PRE III*, n°7 (1914): 2.

Diego, José de. “Discurso pronunciado por el *Speaker* de la Cámara, señor José de Diego contra el proyecto de ley para la emancipación de la mujer”. En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 217-221. San Juan: Folium, 2018.

Dr. Cow-Pox. “El artículo del Dr. Brochard no esta aun refutado”. *EMFPR I*, n°24 (1882): 467-468.

_____. “Más sobre la Vacuna. El artículo del Dr. Brochard no está aún refutado”. *EMFPR* I, nº21 (1882): 403-406.

Earle, Walter C. “Methods used to control malaria in Puerto Rico”. *PRJPHTM* XI, n3 (1936): 434-456.

_____. “Epidemiología de la malaria”. *PRJPHJTM* XV, nº1 (1939): 28-43.

_____, Pérez, Manuel, Río (del), Juan y Arzola, Carmen. “Observaciones sobre el curso clínico de la malaria adquirida naturalmente en Puerto Rico”. *PRJPHJTM* XV, nº1 (1939): 407-421.

_____, Johnson, H.A. & Garrido Morales, Eduardo. “Studies of the malaria problem in Porto Rico”. *PRHR* I, nº12 (1926): 3-7.

_____. “Malaria Surveys in Porto Rico”. *PRHR* I, nº4 (1925): 12-18.

El Eco Médico-Farmacéutico [La Redacción]. “Sive velis, sive non”. *EMFPR* I, nº23 (1882): 441-442.

_____. “¿Cual es la vacuna mejor?”. *EMFPR* I, nº18 (1882): 341-343.

_____. “¿Cual es la vacuna mejor?”. *EMFPR* I, nº16 (1882): 306.

_____. [La Redacción]. “Beneficencia Municipal”. *EMFPR* I, nº16 (1882): 301-303.

_____. “Mas sobre peritos químico-legales”. *EMFPR* I, nº4 (1881): 61-63.

_____. “Necesidad de conocimiento de la física para el farmaceutico”. *EMFPR* I, nº3 (1881): 41-42

_____. “Quien debe ser perito químico legal”. *EMPR* I, nº2(1881): 21.

_____. [La Redacción]. “Nuestro propósito”. *EMFPR* I, nº1 (1881): 1-2

Elías, José. *Instituto Provincial de Vacuna de Puerto-Rico. Memoria Expresiva de los trabajos del mismo en el año 1894-95*. Puerto-Rico: Talles Tipográfico de Beneficencia, 1895.

_____. *Instituto Provincial de Vacuna de Puerto-Rico. Memoria Expresiva de los trabajos del mismo en el año 1893-94*. Puerto-Rico: Talles Tipográfico de Beneficencia, 1894.

- _____. *Centro de Vacunaciones del Dr. Elias*. Puerto-Rico: Tip. "El Comercio", 1891.
- _____. *De la Vacuna Animal en la Isla de Puerto-Rico. Memoria elevada a la Excma. Diputación Provincial*. Puerto-Rico: Imprenta de José González Font, 1886.
- Fernández, Mario C. "Apuntes sobre higiene mental". *RSS II*, nº2 (1940): 4-6.
- Fernández García, Eugenio. "La profesión médica en Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 928-932. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- _____. "El problema de la tuberculosis en Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 356-364. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Fernós Isern, Antonio. "Introducción al estudio de las enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico". *BAMPR XXX*, nº3 (1938): 83-91.
- _____. "Editorial". *BAMPR XXVII*, nº6 (1935): 165-166.
- _____. "Editorial". *BAMPR XXVII*, nº3 (1935): 84-87.
- _____. "Concepto Moderno de la Salud Pública". *BAMPR XXIV*, nº 202 (1932): 297-308.
- _____. "Acerca de la malaria en Puerto Rico". *BAMPR XIII*, nº195 (1931): 483-485.
- _____ & Rodríguez Pastor, José. "A survey of infant mortality in Porto Rico". *PRJPHTM VI*, nº02 (1930): 3-45.
- _____. "Infantile Morbidity and Mortality in Porto Rico". *PRJPHTM III*, nº11 (1928): 461-467.
- _____. "Health Education in secondary schools". *PRJPHTM III*, nº3 (1927): 95-97.
- _____. "The White—and The Tropics". *PRHR II*, nº2 (1926): 6-7.

_____. "Higiene escolar en Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 344-348. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

_____. "Urban Growth and Public Health in Porto Rico". *PRHR* I, n°4 (1925): 3-7.

_____. "Infant mortality in Porto Rico". *PRHR* I, n°1 (1925): 3-8.

Figueroa, Leopoldo. "Maestros de la América Latina". *BAMPR* XXXIX, n°2 (1947): 81-84.

_____. "Informe anual del Hospital de Maternidad de San Juan". *BAMPR* XXX, n°7 (1938): 255-284.

_____. "Informe actual del hospital de maternidad de San Juan". *BAMPR* XXVI, n°9 (1934): 321-326.

_____. "El grave problema de la mortalidad infantil en Puerto Rico". *BAMPR* XXIV, n°4 (1934): 133-152.

_____. "Mortalidad infantil en Puerto Rico. Manera de prevenirla". *BAMPR* XXII, n° 187 (1931): 134-178.

_____. "Medidas que se deben tomar para evitar la propagación de la lepra y preceptos higiénicos a que se debe someter al leproso". *BAMPR* XII, n°112 (1916): 133-149.

Fleagle, Fred K. *Social Problems in Porto Rico*. Boston: D.C. Heath & Co. Publishers, 1917.

_____. *Results of the Antropometric Measurements among the students of the University of Porto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1917.

Font, J.H. "Informe del Presidente de la Asoc. Médica de P.R. Diciembre 17, 1937". *BAMPR* XXX, n°1 (1938): 22-31.

_____. "Discurso pronunciado por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. J.H. Font, en la sesión inaugural de la Asamblea Anual del 1936 de la Asociación Médica de Puerto Rico". *BAMPR XXIX*, nº1 (1937): 6-10.

Font y Guillot, Eliseo. "Desenvolvimiento Sanitario—Legislación— Junta de Sanidad". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 286-304. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

_____. "Necesidad de un nuevo manicomio en Puerto Rico". *BAMPR IX*, nº87 (1912-1913): 1-6.

_____. "Acta de la Asamblea celebrada en San Juan en los días 17 y 18 de Diciembre pasado (Conclusión)". *BAMPR VIII*, nº77 (1911): 1-6.

Fournier, Ramón. "Asociación de Cirujano Menores". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 958-960. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Galton, Francis. *Essays in Eugenics*. London: The Eugenics Education Society, 1909.

García Cabrera, Esteban. "El cáncer y las razas humanas". *BAMPR XXV*, nº10 (1933): 564-566.

_____. "Editoriales: La prevención de la sífilis congénita". *BAMPR XXV*, nº7 (1933): 476-478.

_____. "Bailey Ashford". *BAMPR XXV*, nº 6 (1933): 391-396.

_____. "Editoriales: Un buen acuerdo". *BAMPR XXV*, nº4 (1933): 265.

_____. "Editoriales". *BAMPR XXV*, nº1 (1933): 40.

_____. "Editorial: Sífilis y sexo". *BAMPR XXIV*, nº205 (1932): 519-521.

_____. "Editorial: Sífilis y crimen". *BAMPR XXIV*, nº205 (1932): 519.

- _____. “Problemas Médico-Sociales: La Esterilización sin Asexualización:”. *BAMPR* XXIV, nº196 (1932): 75-82.
- _____. “Editorial”. *BAMPR* XXIII, nº186 (1931): 71-73.
- García de Quevedo, Luis. “La unión hace la fuerza”. *BAMPR* XXIV, nº201 (1932): 268-269.
- _____. “La clase médica y la crisis financiera del país”. *BAMPR* XXIV, nº201 (1932): 267.
- _____. “El tratamiento moderno de la tuberculosis pulmonar”. *BAMPR* XXIV, nº196 (1932): 30-33.
- _____. “La anemia de Puerto Rico y sus causas”. *BAMPR* XI, nº107 (1915): 88-97.
- _____. “Uncinariasis ó Ankilostomiasis con la historia clínica de un caso II”, *BAMPR* I, nº10 (1903): 155-157.
- _____. “Uncinariasis ó Ankilostomiasis con la historia clínica de un caso”. *BAMPR* I, nº9 (1903): 141-143.
- Garrido Morales, Edgardo. “The participation of Puerto Rico in the Federal Health and Hospital Program”. *American Journal of Public Health* XXXVIII, nº10 (1948): 1387-1393.
- _____. “Developing a Comprehensive Health Service in Puerto Rico”. *American Journal of Public Health* XXXII, nº1 (1942): 59-62.
- _____. *Report of the Commissioner of Health to the Hon. Governor of Puerto Rico for the Fiscal Year 1938-39*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1940.
- _____. *Report of the Commissioner of Health to the Hon. Governor of Puerto Rico for the Fiscal Year 1937-38*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1939.
- _____. “Progress in tuberculosis control in Puerto Rico”. *BAMPR* XXIX, nº 4 (1937): 122-126.

_____. "Major health problems of Puerto Rico and the methods used to attack them".
BAMPR XXVI, nº1 (1934): 5-8.

_____. "La profesión médica y el informe de casos de enfermedades transmisibles".
BAMPR XXXIII, nº195 (1931), 480-482.

_____. "Typhoid Fever in a Rural Village of Porto Rico due to a Surface Well".
American Journal of Public Health XIX, nº9 (1929): 997-1004.

Giménez Cruz, [s.n.]. "Acta de la sesión celebrada los días 27 y 28 de diciembre de 1903 por la Asociación Médica de Puerto Rico, reunida en Asamblea". *BAMPR II*, nº13 (1904): 193-199.

Giménez López, Esteban. "Plaga Social [6 de noviembre de 1895]". En *Crónica del '98. El testimonio de un médico puertorriqueño*, Luce y Mercedes López-Baralt (ed.), 223-225. Madrid: Ediciones Libertarias, 1998.

_____. "Escapes de vapor". En *Crónica del '98. El testimonio de un médico puertorriqueño*, Luce y Mercedes López-Baralt (ed.), 39-50. Madrid: Ediciones Libertarias, 1998.

Glennan, Arthur H. "Sanitary reports from Ponce" *PRH XIV*, nº23 (June 9, 1899): 854-855.

_____. "Sanitary report from San Juan" *PRH XIV*, nº21 (May 26, 1899): 766-767.

_____. "Quarantine inspection service". *PRH XIV*, nº21 (May 26, 1899): 763

_____. "Sanitary report for Mayaguez". *PHR XXI* (May 26, 1899): 762-763.

_____. "Porto Rico. Deaths in San Juan, Porto Rico, during March". *PRH XIV*, nº17 (April 28, 1899): 591.

_____. "Sanitary report from Ponce, Porto Rico". *PHR XIV*, nº16 (April 21, 1899): 547-549.

_____. "Sanitary reports from San Juan, Porto Rico". *PRH XIV*, nº6 (February 10, 1899):

Goenaga, Francisco. *Antropología Médica y Jurídica*. San Juan: Imprenta Venezuela, 1934/Rafael Nido, 2013.

_____. *Desarrollo Histórico del Asilo de Beneficencia y Manicomio de Puerto Rico desde su creación hasta Julio 31, 1929*. San Juan: Cantero, Fernández & Co., 1929.

_____. "Informe del Dr. Goenaga al Honorable Gobernador de la Isla en visita Oficial". *BAMPR VI*, n°70 (1908):160-165.

_____. "Estadística del Manicomio". *BAMPR III*, n°26 (1905):26-29.

_____. "Dictamen pericial V", *BAMPR II*, n°24(1904): 386-387.

_____. "Dictamen pericial III". *BAMPR II*, n°21 (1904): 328-331.

_____. "Dictamen pericial II". *BAMPR II*, n°20 (1904): 313-315.

_____. "Dictamen pericial". *BAMPR II*, n°19 (1904): 293-296.

_____. "Manicomio". *BAMPR I*, n°1 (1903): 5-6.

Gómez Brioso, José. "Salubridad de Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 328-340. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

_____. "Medicina patentes". *BAMPR IX*, n°84 (1912): 1-5.

González, Rosa A. "La Asociación de Enfermeras de Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 956-958. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

González Martínez, Isaac. "Sesión Científica: Celebrada en Mayaguez el 12 de Enero de 1908, Contribución al estudio del Mecanismo de Propagación de la Lepra y de su Reglamentación Sanitaria". *BAMPR VI*, n°63 (1908): 17-23.

_____. "Malaria nostras". *BAMPR VIII*, n°77 (1911): 6-8.

_____. "Sesión Científica: Celebrada en Mayaguez el 12 de Enero de 1908, Contribución al estudio del Mecanismo de Propagación de la Lepra y de su Reglamentación Sanitaria". *BAMPR* VI, n°63 (1908): 17-23.

_____. "La pretendida perniciosidad de las fiebres palúdicas II". *BAMPR* I, n° 7 (1903): 99-102.

_____. "La pretendida perniciosidad de las fiebres palúdicas". *BAMPR* I, n°6 (1903): 83-86.

Goodman, Herman. "Prostitution and Community Syphilis". *The American Journal of Public Health* IX, n°7 (1919) :515-520.

Gutiérrez Ortiz, V. "Discurso pronunciado por el Dr. V. Gutiérrez Ortiz en la velada celebrada el primer de Agosto de 1934 por la Asociación Médica de Puerto Rico en honor del Dr. Bailey K. Ashford". *BAMPR* XXVI, n°8 (1934): 291-295.

Gutiérrez Igaravidez, Pedro. "Discurso pronunciado por el Dr. Gutiérrez Igaravidez en la velada celebrada por la Asociación de Puerto Rico en honor al Dr. Ashford". *BAMPR* XXVI, n°8 (1934): 279-282.

_____. "Instituto de Medicina Tropical e Higiene". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 352-356. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Guzmán Rodríguez, Manuel. "El problema de la tuberculosis y el obrero". *BAMPR* XXV, n°4 (1933): 272-273.

_____. "El Nacionalismo en Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 92-110. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

_____. "La Eugénica y la Prohibición". *PRE* VI, n°16 (1918): 2-3.

- _____. "La patología y la terapéutica en la biblia". *BAMPR* XII, n°113 (1916): 209-216.
- Henderson, John M. "On the possibility of eradicating the malaria mosquito in Puerto Rico". *BAMPR* XXXIX, n°3 (1947): 89-96.
- _____. "Antimalaria measures for the protection of military personnel in Puerto Rico and their applicability to civilian malaria control". *PRJPHJTM* XX, n°4 (1945): 419-445.
- _____. "La malaria en las zonas urbanas de Puerto Rico". *PRJPHJTM* XVII, n°3 (1942): 289-302.
- Henna, Julio J. y Zeno Gandía, Manuel. *The Case of Puerto Rico*. Washington: Press of W.F. Roberts, 1899.
- Hernández, Francisco. "Laboratorio Biológico Insular". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 348-352. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Hill, Rolla B. "The Uncinariasis Problem". *PRHR* I, n°1 (1925): 11-18.
- Hinsie, Leland E. "The person in the body". *BAMPR* XXXIX, n°1 (1947): 1-13.
- Holt, W.L (Lt.). "Neuroses in war". *BAMPR* XXXV, n° 3 (1943): 97-104.
- Howard, H.H. "Hookworm disease and hookworm infestation in Porto Rico". *PRRPPHTM* IV, °6 (1928):239-246.
- Huigens, Marcos, Bernstein, Martín y Lanauze Rolón, José A. *El mal de los muchos hijos. Polémica sobre el neomaltusianismo por Los reverendos Padres Dominicos*. s.l: s.e, 1926/1928.
- Instituto Provincial de 2ª Enseñanza de Puerto-Rico. *Memoria del curso de 1884 a 1885. Leída en la solemne apertura del 1885 a 1886 por D. Enrique Alvarez Perez. Discurso leído en la solemne*

apertura del curso de 1885 a 1886 por D. Alberto Regulez y Sanz del Rio. Puerto Rico: Imprenta de José González Font, 1886.

Hunt, William H. *Fourth Annual Report of the Governor of Porto Rico. From July 1, 1903 to June 30, 1904.* Washington: Government Printing Office, 1904.

Irvine-Rivera, Edith M. "Physical Education in the Public Schools of Porto Rico". *PRHR* I, n°11 (1926): 10-11.

Isabela. *Ordenanzas de policía urbana, rural y sanitaria, aprobadas por el Gobierno General a 26 de abril de 1863.* Puerto Rico: Imprenta de José González, 1883.

Jacobs, Isa W. "Some economic factors that affect wage earners families in Puerto Rico". *RSS* IV, n°6 (1943): 4-7.

Janer, José L. *La superpoblación en Puerto Rico.* Mimeografiado, 1949. Conferencia dictada en la Universidad de Puerto Rico, Foro público sobre diversos aspectos de la economía del país auspiciado por la Facultad de Ciencias Sociales, lunes 4 de abril de 1949. Accesado en <https://demografiaegsp.wordpress.com/demografos-destacados/janer-publicaciones/>

Jesús Domínguez (de), José. *Estudios científicos.* Mayagüez: Imprenta de Martín Fernández, 1876.

Jiménez, Clotilde. "El problema de la rehabilitación social del tuberculoso detenido". *RSS* VIII, n°2 (1947): 14-20.

Jiménez, José D. "Necesidad de clínicas de higiene mental". *RSS* I, n°3 (1939): 11-14.

K. "Mas sobre intrusos". *EMFPR* I, n°10 (1882): 181-182.

King, Walter W. "Public Health Work". *PHR* XXVIII, n°50 (1913): 2681-2689.

_____. "Tropical Neurasthenia". *Journal of the American Medical Association* XLVI, n°20 (1906): 1518-1519.

- _____ & La Botz, Dan. “Porto Rico Report on the High Mortality on the Island (1900) [with Commentary]”. *Public Health Reports CXXI* (2006): 38-43.
- Koppisch, Enrique. “La sífilis en Puerto Rico. Estudio basado en la revisión de 1000 autopsias consecutivas (informe preliminar)”. *BAMPR XXXI*, nº5 (1939): 160-169.
- La Democracia [Editorial]. “El gallinero sufragista”. En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 229-230. San Juan: Folium, 2018.
- La Salud. “La higiene y la tisis. IV”. *LS I*, nº16 (1883): 251-255.
- _____. “Cárcel”. *LS I*, nº16 (1883): 249-251.
- _____. “Año Nuevo”. *LS I*, nº16 (1883): 245-246
- _____. “Asilo de Beneficencia”. *LS I*, nº16 (1883): 241-45.
- _____. “Variedades”. *LS I*, nº15 (1883): 239.
- _____. “La Higiene y la tisis. III”. *LS I*, nº15 (1883): 234-37.
- _____. (Editor). ¡“A la cárcel...lector!””. *LS I*, nº15 (1883): 229-232.
- _____. “Asilo de Beneficencia”. *LS I*, nº15 (1883): 225-26.
- _____. “Cosas y casos”. *LS I*, nº14 (1883): 223-224.
- _____. “Dos cuadros, III”. *LS I*, nº14 (1883): 221-223.
- _____. “La Higiene y la tisis, II”, *LS I*, nº14, (1883): 218-220.
- _____. “En el seno de la muerte. V”. *LS I*, nº14 (1883), 213-216.
- _____. “Asilo de Beneficencia”. *LS I*, nº14 (1883): 211-12
- _____. “Asilo de Beneficencia”. *LS I*, nº14 (1883): 209-213
- _____. “En el seno de la muerte. IV”. *LS I*, nº13 (1883): 203-204.
- _____. “Dos cuadros, II”. *LS I*, nº13 (1883): 202-203.
- _____. “Cuatro palabras. VIII. El Trabajo” *LS I*, nº13 (1883): 200-202.

- _____. “La Higiene y la tisis, I”. *LS I*, nº13 (1883): 197-200.
- _____. “Dos cuadros”. *LS I*, nº12 (1883): 190-192.
- _____. “Cuatro palabras. VII. El Trabajo”. *LS I*, nº12 (1883): 188-190.
- _____. “En el seno de la muerte III”, *LS I*, nº12 (1883): 184-186.
- _____. “Agua, III”. *LS I*, nº12: 177-180.
- _____. “Comision permanente de la Junta Local de Sanidad”. *LS I*, nº11 (1883): 175-176.
- _____. “Cuatro palabras. VI”. *LS I*, nº11 (1883): 168-171.
- _____. “En el seno de la muerte. II” *LS I*, nº10 (1883):165-167.
- _____. “Cuatro palabras. V”. *LS I*, nº10 (1883): 158.
- _____. “En el seno de la muerte”. *LS I*, nº10 (1883): 154-157.
- _____. “Frutas de Puerto Rico”. *LS I*, nº10 (1883):150-51.
- _____. “A tomar un refresco”. *LS I*, nº10: 148-150.
- _____. “Agua, II”. *LS I*, nº10 (1883): 146-147.
- _____. “Bacalao seco alterado”. *LS I*, nº9 (1883): 142.
- _____. “Higiene peripaterica”. *LS I*, nº9 (1883), 139-140.
- _____. “Agua”. *LS I*, nº9 (1883):128-130.
- _____. “Recomendaciones a las madres”. *LS I*, nº8 (1883): 126-127.
- _____. “Puerto-Rico Higiénico”. *LS I*, nº8 (1883): 124-126.
- _____. “La comadre que medra, II”. *LS I*, nº8 (1883): 121-123.
- _____. “Escobazos”. *LS I*, nº8 (1883): 119-121.
- _____. “Medidas que urgen”. *LS I*, nº8 (1883): 112-115.
- _____. “Alcantarillado”. *LS I*, nº7 (1883): 111.
- _____. “Cuatro palabras. II”. *LS I*, nº7 (1883): 109-111.

- _____. “La comadre que medra. Cuento”. *LS I*, nº7 (1883): 105-109.
- _____. “El Matadero”. *LS I*, nº7 (1883): 97-100.
- _____. “Comisión permanente de Sanidad”. *LS I*, nº6 (1883): 95.
- _____. “Consejos a las madres”. *LS I*, nº6 (1883): 94.
- _____. “Pan, Pan, Vino, Vino”. *LS I*, nº6 (1883): 91-94.
- _____. “Cuatro palabras”. *LS I*, nº6 (1883): 87-89.
- _____. “La mujer casera”. *LS I*, nº6 (1883): 85-87.
- _____. “Rápida ojeada”. *LS I*, nº5 (1883): 79-80.
- _____. “Rápida ojeada”, *LS I*, nº5 (1883): 79.
- _____. “Comisión permanente de la Junta Local de Sanidad”. *LS I*, nº5 (1883): 77-78.
- _____. “Contra los Miasmas, IV”. *LS I*, nº5 (1883): 75-77.
- _____. “Los dos polos”. *LS I*, nº5 (1883): 74-75.
- _____. “Confesión de un ‘cacharro’ de leche”. *LS I*, nº4 (1883): 69-73.
- _____. “Zig-zag de un murciélago”. *LS I*, nº4 (1883): 58-61.
- _____. “Contra los Miasmas, III”. *LS I*, nº4 (1883): 52-55.
- _____. “Contra los Miasmas, II”. *LS I*, nº3: 44-47.
- _____. “Lavaderos de la Capital”. *LS I*, nº3 (1883): 41-44.
- _____. “Salud y pesetas”. *LS I*, nº3 (1883): 36-41.
- _____. “Registro Civil”. *LS I*, nº3 (1883): 33-36.
- _____. “Exequias de cuerpo presente”, *LS I*, nº2 (1883): 27.
- _____. “El Baile ante la Higiene”. *LS I*, nº1 (1883): 27-30.
- _____. “Exequias de cuerpo presente”. *LS I*, nº1 (1883): 23-27.
- _____. “La Junta Superior de la Sanidad”. *LS I*, nº1 (1883): 17-19.

_____. "Las calles de la Capital". *LS I*, n°1 (1883): 13-15.

_____. "Contra los Miasmas, I". *LS I*, n°1 (1883): 5-9.

_____. "Nuestro Objeto". *LS I*, n°1 (1883): 3-5.

Lambert, Robert A. "Modern tendencies in medical education". *PRJPHTM III*, n°5 (1927): 175-185.

Lane, Sarah. "Educational activities of the Department of Health of Porto Rico". *PRHR I*, n°3 (1925): 5-10.

Lara García (de), J.J. "Un programa para la rehabilitación del tuberculoso en Puerto Rico". *BAMPR XXXIX*, n°7 (1947): 254-259.

Lavandero, Ramón. "Editorial". *BAMPR XXVIII*, n°2 (1935): 56-58.

_____. "Editorial". *BAMPR XXVIII*, n°1 (1935): 24-26.

_____. "La clase médica y los planes rehabilitadores". *BAMPR XXVII*, n°3 (1935): 156-162.

_____. "Puericultura". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 340-344. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Leahy, William D. *Fortieth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1940.

Ledesma y Saldaña, José. "El hierro dialisado". *EMFPR I*, n°24 (1883): 463-465.

Levinder, Claude H. "Sanitary report from Ponce". *PRH XIV*, n°21 (May 26, 1899): 765.

_____. "Sanitary report from Ponce". *PRH XIV*, n°21 (May 26, 1899): 764-765.

Leyes de Puerto Rico. *Leyes y resoluciones. Segunda Legislatura de la Novena Asamblea Legislativa de Puerto Rico* (San Juan: Puerto Rico, 1919).

Lippit, William. *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico. 1921-1922*. Washington: Government Printing Office, 1923.

- _____. González Martínez, Isaac, Gutiérrez Igaravidez, Pedro, King, Walter W., Ashford, Bailey K. "Preliminary Report of the Institute of Tropical Medicine and Hygiene of Porto Rico". *BAMPR* X, n°96(1914):15-29.
- _____. "La cirugía en Puerto Rico. En la Sociedad de Estudios Patológicas-Litiasis renal-Extirpación del riñón derecho". *BAMPR* II, n°22 (1904): 340-345.
- Loíza. *Ordenanzas municipales del pueblo de Loíza*. Puerto Rico: Sucesión de José J. Acosta, 1894.
- Lugo de Sendra, Clara. "El hogar y la religión como factores de control en el problema de la delincuencia". *RSS* VIII, n°2 (1947): 5-12.
- Lugo Viña, José y Font y Guillot, Eliseo. "Comité de Puerto Rico al 2o Congreso Español Internacional de la Tuberculosis", *BAMPR* IX, n°81 (1912): 1-13.
- Lugo Viña, José. "La uncinariasis (estudios del Dr. B.K. Ashford)". *BAMPR* I, n°12 (1903): 184-185.
- Malaret, Pedro S. "Essays on malaria control. I—Historical Outline of Malaria". *BAMPR* XXVI, n°5(1934): 177-194.
- _____. "La defensa antipalúdica". *BAMPR* XXV, n° 1 (1933): 23-33.
- Manatí. *Ordenanzas municipales de Manatí*. Puerto Rico: Imprenta Combell, 1887.
- Marín, Rosa C., Denoyers, Julia y Díaz Santana, Porfirio. "La delincuencia juvenil en Puerto Rico". *RSS* V, n°3 (1944): 12-18.
- Martínez Álvarez, A. "Editoriales". *BAMPR* XXIV, n° 200 (1932): 198-199.
- Martínez, Ezequiel. "Palabras pronunciadas por el doctor E. Martínez Rivera con el motivo de la develación de una placa conmemorando el descubrimiento de la uncinariasis por el doctor Bailey K. Ashford". *BAMPR* XL, n°7 (1948): 193-198.
- _____, Dean, Joseph & Arbona, Guillermo. "Outline of a Public Health Plan for Puerto Rico". *BAMPR* XXXVI, n° 8 (1944): 349-374.

_____. “Editorial: La Beneficencia Municipal”. *BAMPR* XXIX, nº5 (1937): 250-255.

_____. “Editorial”. *BAMPR* XVIII, nº10 (1936): 241-243.

Martínez Roselló, Manuel. “Informe que presenta el comité de Puerto Rico al primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis. Barcelona: 16 á 22 de Octubre de 1910”. *BAMPR* VII, nº79 (1911): 15-29.

_____. “*La Higiene de los Pueblos*”, Conferencia celebrada en el “Taller Benéfico” de Patillas, Biblioteca de la “*Revista Obrera*”. Ponce: Establecimiento tipográfico “El Vapor”, 1894.

Matienzo Cintrón, Rosendo. “Discurso del patriota Rosendo Matienzo Cintrón en el teatro municipal de San Juan, en febrero de 1902, y que dio origen a la fundación del bloque unionista (Del Archivo particular de Coll y Toste)”. *Boletín Histórico de Puerto Rico* XI (1924): 17-24.

Mayagüez. *Ordenanzas municipales de la ciudad y término de Mayagüez aprobadas por el Excmo. Sr. Gobernador General, de acuerdo con la Excma. Diputación Provincial en comunicación de 27 de febrero de 1890*. Puerto Rico: Imprenta de Arecco, 1890.

Mayone Stycos, J. “La psicología social del control poblacional”. *RSS* XIII, nº2 (1952): 25-31.

Meléndez Muñoz, Miguel. *El estado social del campesino portorriqueño*. San Juan: Tip. Cantero Fernández, 1916.

Méndez Álvaro, “Discurso” [continuación]. *Revista Médico-Quirúrgica* VIII, nº24 (1872): 372-374.

Mendez Alvaro, Francisco. “Discurso. Acerca de la preservación de las viruelas, leído a la Real Academia de Medicina de Madrid”. *Revista Médico-Quirúrgica* VIII, nº20 (1872): 321-323.

Milagros Serra, Belén. “Bienestar Público en Puerto Rico: Desarrollo histórico”. *RSS* X, nº1 (1949): 16-32.

Monagas, Jesús. "Discurso del Dr. Monagas pronunciado en la Asamblea de Aguadilla el 7 de abril de 1907". *BAMPR* IV, n°55 (1907): 329-335.

Morales García, Luis Manuel. "Corrigiendo concepto [sic] erróneos sobre enfermedades mentales, II". *RSS* VI, n°2-3 (1945): 5-15.

_____. "La Higiene Mental del Combatiente". *BAMPR* XXXVI, n°4 (1944): 186-189.

_____. "Corrigiendo conceptos erróneos sobre enfermedades mentales". *RSS* V, n°4 (1944): 3-7.

_____. "Mental hygiene problems of students at the University of Puerto Rico". *BAMPR* XXXIV, n°11 (1942): 392-401.

_____. "Notes on the neuroses of war in the civilian population". *BAMPR* XXXIV, n°3 (1942): 83-89.

_____. "Médicos, tecnólogos médicos...y microbios". *BAMPR* XXXIII, n°8 (1941): 335-339.

_____. "El miedo". *RSS* I n°6 (1940): 4-5.

_____. "El Servicio Social y la Higiene Mental". *RSS* I, n°3 (1939): 18-19.

_____. "The psychiatric viewpoint in general medical practice". *BAMPR* XVIII, n°11 (1936): 251-268.

_____. "Editoriales: En torno a la locura". *BAMPR* XXIV, n°199 (1932): 155-159.

Morales Otero, Pablo y Pérez, Manuel A. "Estudios sanitarios y económicosociales en Puerto Rico. IV. Defectos de la edad adulta entre los trabajadores agrícolas". *PRJPHTM* XV, n°4 (1940):314-39.

_____. "Labor sanitaria en las regiones rurales de Puerto Rico". *PRJPHTM* XV, n°1 (1939): 65-88

_____, Ramírez Santos, R., Espino, Rafaela y Marrero, Mario.

“Estudios sanitarios y económicosociales en Puerto Rico. II. Condiciones sanitarias y económicosociales en las relaciones dedicadas al cultivo del tabaco, café y frutas”. *PRJPHTM* XIV, nº3 (1939): 291-388.

_____, Ramu, Adriana,

Fuster, J.L., González, Dolores y Marrero, Mario. “Estudios sanitarios y economicosociales en Puerto Rico. I. Condiciones sanitarias y economicosociales en una plantación de caña de azúcar”. *PRJPHTM* XII, nº4 (1937): 491-498.

_____.

“Health and socio-economic studies in Puerto Rico. I. Health and socio-economic conditions on a sugar cane plantation”. *PRJPHTM* XII, nº4 (1937): 405-490.

Morales Otero, Pablo. “La vacunación contra la tuberculosis”. *BAMPR* XXVII, nº6 (1935): 137-144.

_____. “Discurso pronunciado por el presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico”.

BAMPR XXVI, nº8 (1934): 273-274.

_____. “Porto Rico and Its Milk Problems”. *American Journal of Public Health* XVIII,

nº11 (1928):1384-1387.

_____. “The Wasserman reaction, Its correct interpretation”. *PRHR* I, nº4 (1925): 9-11.

Muñoz MacCormick, Carlos E. “Presidente Asociacion Medica Aclara Manifestaciones del Senador Ortiz

Stella”. *BAMPR* XXXVII, nº1 (1945): 37-39.

Negrón Flores, Ramón. “La Enmienda Prohibicionista”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández

García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 746-750. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

- Novicow, Jacques. *El porvenir de la raza blanca (crítica del pesimismo contemporáneo)*, trad. de José González Alonso (Madrid: Administración, 1897).
- O' Connor, Francis W. "Diary of a Porto Rican Trip". En *A Sojourn in Tropical Medicine. Francis W.O' Connor's Diary of a Porto Rican Trip, 1927*, Raúl Mayo Santana, Annette B. Ramírez de Arellano, José G. Rigau-Pérez (eds), 13-92. San Juan: La Editorial Universidad de Puerto Rico, 2008.
- Ordoñez, Fernando. *Influencia del instinto sexual sobre las facultades psíquicas (prologo de Dr. A. Fernos Isern)* (s.l., s.e., 1936).
- Ortega, Luis. "Medicina y el sexo". *BAMPR XL*, n°6 (1948): 131-143.
- Ortiz, Antonio. "Anemia meniscocítica (sicke-cell anemia)". *BAMPR XXXII*, n°8 (1940): 273-280.
- Ortiz, Pedro N. "Underlying principles of public health administration". *PRHPHTM V*, n°4 (1930): 433-437.
- _____. "Sanitation and health activities are fostered in Porto Rico under direction of commissioner". *PRJPHTM V*, n°1(1929): 8-10.
- _____. "The Tropics from the Public-Health Standpoint". *PRHR XI*, n°12 (1927): 3-13.
- _____. *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico. 1922-1923*. Washington: Government Printing Office, 1925.
- _____. "Campañas contra la Peste Bubónica". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 374-378. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Padín, José. "Discurso del doctor José Padín, gobernador interino de Puerto Rico, en la sesión inaugural de la Asamblea Anual de la Asociación Médica—Diciembre 9, 1932". *BAMPR XXV*, n°1 (1933): 41-43.

- Paniagua, Alfonso. "Apuntes relativos al estado actual de la Higiene Pública en Puerto Rico y reformas que debieran plantearse". *BAMPR* VI, n°65 (1908): 68-70.
- Panigua, Demetrio. "Breves consideraciones sobre la leucorrea". *EMFPR* I, n°13 (1882): 243-246.
- Paniagua, Manuel E. "El Banco de Sangre: su labor y significación". *BAMPR* XXXIX, n°3 (1947): 97-100.
- Panigua y Oller, Ángel. "Bosquejo Etnológico-social". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 80-91. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Pedreira, Antonio S. *Insularismo*. Río Piedras: Editorial Edil, 2004.
- Pena, Enrique. "Remitido". *EMFPR* I, n°20 (1882): 385-387.
- Perea Fajardo, Pedro. "Un aspecto de la medicina preventiva". *BAMPR* V n°53 (1907): 297-300.
- Pérez, Manuel A. "Vital Statistics in Porto Rico". *PRHR* I, n°9 (1926): 3-8.
- Pérez Marchand, Carmen. "Influencia de la cultura española en el movimiento de beneficencia en Puerto Rico, III". *RSS* V, n°1 (1944): 31-39.
- Pezuela (de), Juan. *Bando de policía y buen gobierno de la isla de Puerto Rico*. Puerto Rico: Imprenta del Gobierno, 1866.
- _____. *Bando de policía y buen gobierno de la isla de Puerto Rico*. Puerto Rico: Imprenta del Gobierno, 1849.
- Pila Iglesias (de la), Manuel. "Lo que dicen nuestras estadísticas acerca de la tuberculosis en Puerto Rico". *BAMPR* XXXIX, n°10 (1947): 373-384.
- _____. "La Institución "Hospital en Puerto Rico". *BAMPR* XXXIX, n°7 (1947): 260-267.
- _____. "Modernas orientaciones en la práctica médica". *BAMPR* XXXV, n°5 (1943): 199-210.

_____. "Un oportuno y patriótico llamamiento". *BAMPR XXXIV*, n°4 (1942): 147-148.

Pina y Casas, Enrique. "Mas sobre vacuna". *EMFPR I*, n°22 (1882): 425-428.

_____. *Venenos zymóticos*. Puerto Rico: Imprenta del Boletín Mercantil, 1884.

Pinney, Jean B. "The Puerto Rican Social Hygiene Conference". *RSS V*, n°2 (1944): 5-10.

Piñero. *Forty-Eight Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1949.

Piñero, Jesús T. *Forty-Seventh Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1948.

Planella, Miguel. "Rectificación" y respuesta de La Redacción". *EMFPR I*, n°6 (1882): 102-104.

Ponce, Ayuntamiento. *Informe Las Necesidades de la Ciudad de Ponce Que deben tenerse presentes al redactar el Presupuesto Municipal y que se Publica por Acuerdo el Excmo Ayuntamiento de esta ciudad*. Ponce: Imprenta "El Vapor", 1895.

Pons, Juan A. "Discurso pronunciado por el Dr. Juan A. Pons, Comisionado de Salud, con motivo de las festividades del 4 de julio de 1947". *BAMPR XXXIX*, n°7 (1947): 247-253.

_____ y Oms, Mary. "Incidencia del rasgo meniscocítico (Eritrocitos semilunares) en Puerto Rico". *BAMPR XXVI*, n°12 (1934): 368-371.

_____, Koppish, Enrique & Ashford, Bailey K. "Anemia en Puerto Rico". *BAMPR XXII*, n°189 (1931): 223-226.

Portero, Miguel. "Los cloruros en el tratamiento de la conjuntivitis purulenta". *EMFPR I*, n°21 (1882): 401-403.

Porto Rico Health Review. "Report of the Bureau of the Bureau of Social Medicine and Puericulture". *PRHR II*, n°7 (1927): 21-24.

_____. “Sanitary rules and regulations no.68. Regulation to prevent the contamination of soil in rural districts”. *PRHR* II, n°7 (1926): 37-38.

_____. “Statistical Reports”. *PRHR* I, n°12 (1926): 37-47.

_____. “Statistical Reports”. *PRHR* I, n°10 (1926): 43-62.

_____. “Report of the Bureau of Vital Statistics, 1925-1926”. *PRHR* II, n°4(1926): 15-26.

_____. “Statistical reports”. *PRHR* II, n°3 (1926): 31-44.

_____. “Statistical reports”. *PRHR* II, n°2 (1926): 27-48.

_____. “Statistical reports”. *PRHR* II, n°1(1926): 36-48.

_____. “A New Era for Porto Rico’s Leper Colony”. *PRHR* I, n°5 (1925): 5-16.

Post, Regis H. *Annual Report of the Governor of Porto Rico. For the Fiscal Year Ending June 30 1907.*

Washington: Government Printing Office, 1907.

Puerto Rico Evangélico [Editorial]. “No es la verdad. Y si fuera, ¿que?”. *PRE* V, n°(20) (1917): 3.

_____. “Varias Noticias”, *PRE* V, n°12 (1916): 9.

Puerto Rico Ilustrado, Inc. “En la muerte del doctor Pedro del Valle Atilés”. *Puerto Rico Ilustrado* XXVII, n°1443 (6 de noviembre 1937), 50-51.

Pujadas Díaz, Manuel. “Problems which confront the Bureau of General Inspection of the Department of Health”. *PRHR* I, n°11 (1926): 7-9.

Quevedo Báez, Manuel. “Oración fúnebre a la memoria del Dr. Eugenio Fernández García”. *BAMPR* XXXVIII, n°5 (1946): 185-187.

_____. “A la memoria, siempre grata, del Dr. Francisco Sein y Sein”. *BAMPR* XXXVI, n°7 (1944): 326-327.

- _____. "La patria pide a sus ciudadanos unas cuantas onzas de sangre". *BAMPR* XXXIV, nº7 (1942): 262-264.
- _____. "Consideraciones en torno al Seguro Médico, extraídas de la obra de Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico, del Dr. Manuel Quevedo Báez". *BAMPR* XXXIV, nº5 (1942): 187-191.
- _____. "Editorial: Proceso de creación de la Asociación Médica de Puerto Rico". *BAMPR* XXXI, nº2 (1939): 57-59.
- _____. "Editorial: Las consultas médicas—su ética". *BAMPR* XXIX, nº9 (1937): 424-426.
- _____. "Dr. Francisco R. de Goenaga". *BAMPR* XXIX, nº3 (1937): 115.
- _____. "Dr. Pedro Malaret Yordan". *BAMPR* XXIX, nº2 (1937): 69-72.
- _____. "Carta del Dr. M. Quevedo Baez al Dr. Bailey K. Ashford con motivo de la velada celebrada por la Asociación Médica de Puerto Rico en honor de este último". *BAMPR* XXVI, nº8 (1934): 299-300.
- _____. "A la memoria, siempre grata, del malogrado compañero, el ilustre y esclarecido Dr. Ramon Ruiz Arnau". *BAMPR* XXVI, nº6 (1934): 227-229.
- _____. "Discurso del Dr. M. Quevedo Báez con motivo del homenaje rendido por la Asociación Médica a sus expresidentes. 23 de julio de 1932". *BAMPR* XXIV, nº203 (1932): 379-393.
- _____. "Proceso histórico de la Tuberculosis en Puerto Rico". *BAMPR* XXIII, nº184 (1931): 52-61.
- _____. "Las gastro-enteritis infvoxantiles son de origen exógeno ó endógeno". *BAMPR* XII, nº115 (1917): 51-60.

- _____ . “Fundamentos clínicos antiguos sobre la fiebre amarilla (1)”. *BAMPR X*, n°109 (1915): 242-254.
- _____ . “Memorias de un médico III”. *BAMPR X*, n°102 (1914): 4-6.
- _____ . “La protección a la infancia en la lucha antituberculosa”. *BAMPR X*, n°97 (1914): 5-8.
- _____ . "Dispensario de la infancia: Su importancia social". *BAMPR IX*, n°87 (1912-1913): 7-15.
- _____ . "Memorias de un médico II". *BAMPR IX*, n°85 (1912): 1-4.
- _____ . “Memorias de un Médico”. *BAMPR IX*, n°84 (1912): 5-8.
- _____ . “La Mortalidad Infantil y su relación con la ascendencia tuberculosa”. *BAMPR IX*, n°83 (1912): 6-9.
- _____ . "Labor de la Asociación Médica: Tercera Asamblea científica en Mayaguez", *BAMPR IV*, n°44 (1906): 111-113.
- _____ . “Sección de Propaganda: De la Liga Antituberculosa”. *BAMPR II*, n°19 (1904): 298-300.
- _____ . “El Massage”. *BAMPR I*, n°11 (1903): 173-175.
- _____ . “Sección Informativa”. *BAMPR I*, n°10 (1903): 157-160.
- _____ . “Medios para combatir el desarrollo del Alcoholismo en Puerto Rico II”. *BAMPR I*, n°10 (1903):152-155.
- _____ . “Medios para combatir el desarrollo del Alcoholismo en Puerto Rico”. *BAMPR I*, n°9 (1903):135-137.
- _____ . “Sección de Propaganda”. *BAMPR I*, n°8 (1903): 125-126.
- _____ . “Sección de Propaganda”. *BAMPR I*, n°7 (1903): 107-108.

- _____. “Nuestras Capacidades Médicas. Dr. Francisco R. De Goenaga”. *BAMPR I*, n°7 (1903): 102-103.
- _____. “Nuestras capacidades médicas: Dr. Agustín Stahl”. *BAMPR I*, n°4 (1903): 55-56.
- _____. “La ciencia ante el crimen” (Estudios Médico Legales)”. *BAMPR I*, n°3 (1903): 40-41.
- _____. “Reformas que pedimos. Separación del servicio de Sanidad del de Beneficencia”. *BAMPR I*, n°2 (1903): 29-31.
- Quintero, Ernesto. “Medico-Social aspects of the venereal diseases work in the Health Department”. *BAMPR XXXII*, n°9 (1940): 324-328.
- Ramírez de Arellano, Gustavo Adolfo. “Historia de la Ingeniería Sanataria”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 310-328. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Ramón Negrón Flores, “La Enmienda Prohibicionista”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 746-750. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Rey, Ricardo. “Estudio sobre paludismo”. *EMFPR I*, n°5 (1882): 85-87.
- _____. “Estudio sobre el paludismo”. *EMFPR I*, n°2 (1881): 24-27.
- Ribas Cestero, Caridad. “La tendencia feminista”. En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 236-237. San Juan: Folium, 2018.
- Rodríguez, Arturo. “El Capítulo puertorriqueño de la Cruz Roja”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 903-912. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Rodríguez Castro, José. *Notas preliminares para el proyecto de construcción del nuevo manicomio*. San Juan: J. J. Acosta, 1897

_____. *La embriaguez y la locura, consecuencias del alcoholismo*. Puerto Rico: Imprenta del “Boletín Mercantil”, 1889.

_____. *Enagenados y Manicomios*. Puerto Rico: Tipografía del “Boletín Mercantil”, 1888.

Rodríguez Higgins, Feliz. “La delincuencia juvenil en Puerto Rico”. *RSS VI*, n°2-3 (1945): 18-24.

Rodríguez Molina, Rafael. “Background for a Medical School in Puerto Rico”. *BAMPR XLII*, n°12 (1950): 709-13.

Rodríguez Molina, Rafael. “Anemia macrocítica tropical”. *PRJPHJTM XV*, n°2 (1939): 184-190.

_____ y Oliver González, José. “Hematological studies on malaria in Puerto Rico”. *PRJPHJTM XII*, n°2 (1936): 267-280.

_____. “Tratamiento de la anemia que acompaña a la uncinariasis”. *PRJPHTM XI*, n°1 (1935): 56-62.

Rodríguez Pastor, José. “Los nuevos remedios de la tuberculosis”. *BAMPR XLII*, n°7 (1950): 391-401.

_____. “Editoriales: Nuestro problema de tuberculosis”. *BAMPR XXIX*, n°4 (1937): 202-203.

_____ y Ruiz Cestero, G. “Forms of pulmonary tuberculosis in Puerto Rico”. *PRJPHTM XI*, n°3 (1936): 479-484.

_____, Morales Otero, Pablo y Payne, George C., Ramírez Santos, R. y Silva, Eurípides. “Investigaciones generales sobre Tuberculosis en Puerto Rico. II. Estudio de dos barrios suburbanos”. *PRJPHTM XX*, n°4 (1935): 524-532.

- _____, Morales Otero, Pablo y Payne, George C. "Investigaciones generales sobre Tuberculosis en Puerto Rico: Estudio de un pueblo costero y otro de la montaña". *PRJPHTM XX*, nº4 (1935): 480-511.
- _____, Morales Otero, Pablo & Payne, George C. "Tuberculosis Surveys in Puerto Rico. I. Study of a coast and a mountain municipality". *PRJPHTM XX*, nº4 (1935): 451-479.
- _____. *El tratamiento de la tuberculosis en el hogar*. San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transportes, 1935.
- _____. "Editoriales: Congreso Panamericano". *BAMPR XXVI*, nº1 (1934): 47-48.
- _____. "Facts about tuberculosis in Puerto Rico". *BAMPR XXVI*, nº1 (1934): 1-4.
- _____. "Lo que se ha hecho en Puerto Rico para combatir la tuberculosis". *BAMPR XXV*, nº4 (1933): 266-271.
- _____. "Distribución geográfica de la mortalidad tuberculosa en Puerto Rico". *BAMPR XXV*, nº4 (1933): 203-209.
- _____. "Doce modos infalibles de equivocarse en el diagnóstico de la tuberculosis". *BAMPR XXIV*, nº197 (1932): 70-71.
- _____. "Epidemiology of tuberculosis in Porto Rico". *PRJPHTM IV*, nº4 (1929): 431-443.
- _____. "The educational campaign launched by the bureau of tuberculosis of the department of health". *PRHR I*, nº4 (1925): 19-24.
- _____. "Organizing the work against tuberculosis". *PRHR I*, nº1 (1925): 19-26.
- Rogler, Charles C. "Some situational aspects of race relations in Puerto Rico". *Social Forces XXVII*, nº1 (1948): 72-77.

_____. “The morality of race mixing in Puerto Rico”. *Social Forces* XXV, n°1 (1946): 77-81.

_____. “The role of semantics in the study of race distance in Puerto Rico”. *Social Forces* XXII, n°4 (1944): 448-453.

Roig Marietta, Selene. “El Leprocomio Insular”. *RSS* V, n°3 (1944): 9-12.

Roosevelt (Jr.), Theodore. *31st Annual Report of the Governor of Porto Rico*. Washington: United States Government Printin Office: 1932.

Rossy, Jesús María. “Criminología”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 750-754. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Ruiz Arnau, Ramón. “Las emociones y su control”. *BAMPR* XXIV, n°204 (1932):395-400.

Ruiz Arnau, Ramón. “Sección de Propaganda: El porqué de una Liga contra la Tuberculosis IV”. *BAMPR* II, n°24 (1904): 388-390.

_____. “Sección de Propaganda: El porqué de una Liga contra la Tuberculosis”. *BAMPR* II, n°21 (1904): 333-335.

_____. *Influencia en la medicina del carácter de los pueblos*. Puerto Rico: Boletín Mercantil, 1904.

Ruiz Soler, Alejandro. *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico, 1920-1921*. Washington: Government Printing Office, 1922.

_____. *Informe del Comisionado de Sanidad de Puerto Rico. Año Fiscal 1919-1920*. San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1920).

_____. *Report of the Commissioner of Health of Porto Rico 1918-1919. From the Report of the Governor of Porto Rico, 1919, pages 127-232 inclusive*. Washington: Government, 1919

Salazar, Guillermo. "Memorial leído en la Asamblea de Jueves y Fiscales por el ilustre juriconsulto D. Juan Hernández López". *BAMPR* VIII, n°75 (1910): 1-4.

_____. "Higiene de la lactancia". *BAMPR* II, n°22 (1904): 364-365.

San Juan, Ayuntamiento. *Reglamentación para la organización y servicio de cuerpo de serenos de la ciudad de San Juan de Puerto Rico*. San Juan: Imprenta del Municipio, 1890.

_____. *Reglamento para la organización del cuerpo de vigilancia de policía urbana de la ciudad de San Juan de Puerto Rico*. San Juan: Imprenta de Municipio, 1890.

_____. *Informe sobre el estado higiénico de la población que presentan los tenientes de alcaldes al Excmo. Ayuntamiento de San Juan de Puerto Rico*. San Juan: A. Lynn, Imprenta del Municipio, 1888.

Sanger, J.P. (Lt. Col.). *Report of the Census of Porto Rico, 1899*. Washington: Government Printing Office, 1900.

_____, Gannet, Henry y Willcox, Walter F. *Informe sobre el censo de Puerto Rico. 1899*. Washington: Imprenta del Gobierno, 1900.

Sawyer, Wilbur A. "The Rockefeller Foundation. *International Health Division*. 61 Broadway, New York. February 29, 1932". *BAMPR* XXIV, n°198 (1932): 126.

School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico. *Report of Director. For the Year Ending June, 1941*. University of Puerto Rico and Columbia University.

_____. *Announcement 1936-1937*. University of Puerto Rico and Columbia University.

_____. *Announcement 1934-1935*. University of Puerto Rico and Columbia University.

- _____. *Announcement 1926-1927*. San Juan: Porto Rico, 1926.
- Servicio Médico Social del Hospital de Distrito de Fajardo. "El trabajo médico-social en un Hospital de Distrito". *BAMPR XXXVIII*, nº10 (1946): 446-449.
- Sierra y Carbo, Antonio. "¿Cual es la mejor vacuna? II.". *EMFPR I*, nº23 (1882): 442-446.
- _____. "Más sobre vacuna. ¿Cual es la mejor vacuna?". *EMFPR I*, nº18: 388-391.
- Simonet, Jacobo. "Editorial: Lucha antituberculosa en Puerto Rico". *BAMPR XXXIII*, nº4 (1941): 160-162.
- _____. "Editorial: La lucha antituberculosa en Puerto Rico". *BAMPR XXXI*, nº7 (1939): 255-257
- _____. "La infección tuberculosa en los niños de la escuela urbana y rural, de Puerto Rico". *BAMPR XXV*, nº4 (1933): 191-198.
- Sin Autor. *Centro de Vacunaciones del Dr. Elias* (Puerto-Rico: Tip. "El Comercio", 1891)
- Sr. X. "Adelante!". *EMFPR I*, nº5 (1882): 87-88.
- Sr. Y. "E Pur Si Mouve". *EMFPR I*, nº7 (1882):127-129.
- Stahl, Agustín. "Mens Sana in Corpore Sano?" (Dedicado al alienista Doctor Francisco R. Goenaga en testimonio de distinción y amistad)". *BAMPR VI*, nº67 (1908): 99-105.
- _____. "Menos cárceles y presidios y más manicomios y casas de corrección". *BAMPR VI*, nº69 (1908): 139-146.
- _____. "Discurso del Presidente". *BAMPR VI*, nº61 (1908): 4-7.
- _____. "Discurso de apertura del doctor A. Stahl". *BAMPR IV*, nº47 (1906): 174-177.
- _____. "Fecundidad de la mujer en Puerto Rico VI". *BAMPR I*, nº10 (1903): 145-147.
- _____. "Fecundidad de la mujer en Puerto-Rico IV". *BAMPR I*, nº5 (1903): 65-67.

- _____. “Fecundidad de la mujer en Puerto-Rico III”. *BAMPR* I, n°4(1903): 49-51.
- _____. “Fecundidad de la mujer en Puerto-Rico II”. *BAMPR* I, n°3 (1903): 33-35.
- _____. “La fecundidad de la mujer en Puerto-Rico I”. *BAMPR* I, n°2 (1903): 19-21.
- _____. *Estudio demográfico. Estadística de mortalidad y nacimientos en Bayamón y pueblos limítrofes*. Sucesión de José J. Acosta: Puerto Rico, 1895.
- Suárez, Ramón M. “Especialidades y especialistas”. *BAMPR* XXV, n°7 (1933): 478-479.
- _____. “Editorial: Puerto Rico y su problema de nutrición”. *BAMPR* XXIII, n°187 (1931): 133.
- Swope, Guy J. *Forty-First Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1941.
- Tello, Jorge F. “Discurso del Ilmo. Sr. Dr. D. Jorge F. Tello [Centenario de la muerte de Eduardo Jenner]”. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* XLIII (1923): 630-639.
- The Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine. “Report of the Bureau of Vital Statistics. 1926-1927”. *PRJPHTM* III, n°11 (1928): 487-491.
- _____. “Statistical Reports. Report of Municipal Health Units of Porto Rico”, *PRJPHTM* V, n°2(1929): 213-218.
- Tietze, Christopher. “Fertility in Puerto Rico”. *The American Journal of Sociology* LIII, n°1 (1947): 34-40.
- Torregrosa, Arturo. “Malaria”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 370-374. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Torregrosa, Luis A. “Persistamos”. *EMFPR* I, n°15 (1882): 281-282.
- Torres Rigual, Hiram. “Memorandum al Sr. Gobernador (Luis Muñoz Marín)”. 12 de enero de 1960.
- Versión digital accesible en <http://dspace.cai.sg.inter.edu/xmlui/handle/123456789/11887>

Travieso, Jr., Martín. “Veintecuatro Años bajo la Influencia Americana”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 110-114. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Travieso, Martín. “Breves consideraciones sobre el uso del corsé”. *LS I*, n°4 (1883): 61-63.

Tugwell, Rexford G. *Forty-Sixth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1947.

_____. *Forty-Fifth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Service Office of the Government of Puerto Rico, 1946

_____. *Forty-Fourth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Oficina Insular de Compras División de Imprenta, 1945.

_____. *Forty-Third Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1944.

_____. *Forty-Second Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1943.

Turano, Anthony M. *La restricción voluntaria de la natalidad ante las leyes*, trad. Ramón Lavandero. San Juan: Cantero Fernández & Co., 1935.

Valle (del), Manuel V. “Asociación Dental de Puerto Rico”. En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds). 950-952. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.

Valle Atilas (de), Francisco. *Un estudio de 168 casos de prostitución. Contribución al Examen del Problema del Comercio Carnal en Puerto Rico*. San Juan: Tipografía “El Compás”, 1919.

_____. “Algunas generalidades acerca del problema de la casa en Puerto Rico”. *BAMPR XIII*, n°116 (1917): 89-100.

- _____ . “Limitación de la prole”, *BAMPR* XIII, n°114 (1917):1-7.
- _____ . “Discurso de apertura del presidente”. *BAMPR* XII, n°113 (1916): 201-208.
- _____ . “De interés medico social”. *BAMPR* XII, n°112 (1916): 156-160.
- _____ . “En donde esta el peligro”. *BAMPR* XII, n°112 (1916): 125-132.
- _____ . "Digesto Médico". *BAMPR* XII, n°110 (1916): 1-9.
- _____ . “Colonia a alienados”. *BAMPR* XI, n°107 (1915): 77-80.
- _____ . “La debilidad de la mente y su influencia en nuestro organismo social”. *BAMPR* XI, n°106 (1915): 18-41.
- _____ . “Salud y vigor físico”. *BAMPR* X, n°102 (1914): 1-2.
- _____ . “Inspección médica de los niños de las escuelas”. *BAMPR* X, n°101 (1914):1-4.
- _____ . “Una nueva interpretación del alcoholismo”. *BAMPR* X, n°98 (1914): 1-2.
- _____ . “Eugenica”. *BAMPR* X, n°95 (1914): 1-4.
- _____ . “La contribución del higienista al futuro de Puerto Rico”. En *Conferencias Dominicales dadas en la Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde Octubre 12, 1913 hasta Abril 19, 1914*, 228-237. San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1914.
- _____ . “Puerto Rico Ante la Eugénica”. En *Conferencias Dominicales dadas en la Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde Octubre 12, 1913 hasta Abril 19, 1914*, 56-84. San Juan: Negociado de Materiales, Imprenta y Transporte, 1914.
- _____ . “Eugénica”. En *Biblioteca Insular de Puerto Rico San Juan, P.R. desde marzo 9 a mayo 25 de 1913*, 9-21. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1913.
- _____ . “Biografía del Dr. Francisco J. Hernández Martínez (Copia de la edición publicada en el 1885) II”. *BAMPR* V, n°54 (1907): 345-346.

- _____. "El Mosquito en la etiología moderna". *BAMPR I*, n°7 (1903): 97-99.
- _____. "Hagamos atractiva á San Juan". *BAMPR I*, n°4 (1903): 58-59.
- _____. *El campesino puertorriqueño: sus condiciones físicas, intelectuales y morales, causas que las determinan y medios para mejorarlas*. Puerto Rico: Tipografía de José González Font, 1887.
- _____. *Cartilla de Higiene*. Puerto Rico: Tipografía de José González Font, 1886.
- _____. "Tres causas de atraso, III". *LS I*, n°6 (1883): 81-85.
- _____. "Tres causas de atraso, II". *LS I*, n°5 (1883): 65-69.
- _____. "Tres causas de atraso, I". *LS I*, n°4 (1883): 49-53.
- _____. "Los enemigos invisibles II". *EMFPR I*, n°22 (1882): 421-423.
- _____. "Los enemigos invisibles". *EMFPR I*, n°19 (1882): 364-367.
- _____. "Dime lo que comes y te diré quién eres". *EMFPR I*, n°13 (1882): 241-243.
- _____. "Una anécdota vieja un suceso siempre nuevo". *EMFPR I*, n°9 (1882): 161-163.
- Valle Atilas (del), Pedro. "Sanidad Marítima". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 304-309. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Vélez López, Rafael. "El Medico y la Sociedad". *BAMPR X*, n°89 (1913): 19-20.
- _____. "Memoria presentada por el Dr. Velez Lopez, Secretario de la Asociación". *BAMPR II*, n°13 (1904):199-203.
- Vélez y Díaz, Lucas Luis. "Desenvolvimiento de la Farmacia en Puerto Rico". En *El Libro de Puerto Rico*, Eugenio Fernández García, Francis Hoadley y Eugenio Astol (eds), 946-950. San Juan: El Libro Azul Publishing, 1923.
- Vincent, George E. *The Rockefeller Foundation. Annual Report*. New York: The Rockefeller Foundation, 1921.

Watson, John B. *Behaviorism*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & CO, 1925.

_____. & Rayner, Rosaline. "Conditioned emotional responses". *Experimental Psychology* III, n°(1) (1920) 1-14. Accesado en <http://psychclassics.yorku.ca/Watson/emotion.htm>

Wegman, Myron E., Díaz Atilas, Alberto, Basora Defilló, Juan, Schlosser, Elise G. "La sulfaguanidina en la disentería en niños". *PRJPHTM* XX, n°4 (1945): 482-491.

_____, Fernández Marchante, R. & Kramer, Morton. "Infant Mortality and Infant Feeding in Puerto Rico". *PRJHTM* XVII, n°3 (1942): 228-245.

Winship, Blanton. *Thirty-Ninth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1939.

_____. *Thirty-Eighth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1938.

_____. *Thirty-Seventh Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1937.

_____. *Thirty-Six Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1936.

_____. *Thirty-Fifth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1935.

_____. *Thirty-Fourth Annual Report of the Governor of Puerto Rico*. San Juan: Bureau of Supplies, Printing and Transportation, 1934.

_____. "A letter from the governor of Puerto Rico. Hon. Blanton Winship, to the President of the Porto Rico Medical Association, Dr. P. Morales Otero". *BAMPR* XXVI, n°8 (1934): 277.

Y. "Constitución Médica". *EMFPR* I, n°19 (1882): 363-364.

_____. "Plus Ultra". *EMFPR* I, n°4 (1882): 70-71.

Yager, Arthur. *Report of Governor to the Secretary of War. 1915*. Washington: Government Printing Office, 1915.

Zeno Gandía, Manuel. *La Charca*. San Juan: Editorial Plaza Mayor, 2011.

_____. *El monstruo*. San Juan: Editorial Tiempo Nuevo, 2008.

_____. *Higiene de la infancia al alcance de las madres de familia*. San Francisco de California: Libreros editores, 1891.

II. Fuentes secundarias

Abrevaya, Elda. *La locura como pasión. Freud, Lacan, Winnicott, Foucault*. San Juan: Posdata, 2000.

Acevedo, Héctor Luis. “Dr. Antonio Fernós Isern: arquitecto de ideas, forjador de realidades”. En *Dr. Antonio Fernós Isern: De médico a constituyente*, Héctor Luis Acevedo (ed.), 1-93. San Juan: CIEDP, 2014.

Ackerknecht, Erwin. *A Short History of Medicine*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1982.

Agamben, Giorgio. “Qué es un dispositivo?”. *Sociológica* XXVI, n°73 (2011): 249-264.

_____. *The Signature of All Things*. New York: Zone Books, 2009.

_____. *State of Exception*, Chicago & Longon: The University of Chicago Press, 2005.

_____. *Remnants of Auschwitz. The Witness and the Archive*. New York: Zone Books, 1999.

_____. *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre- textos, 1998.

Aguilar Hendrickson, Manuel. “La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales”. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales* XLVIII (2010): 9-16.

Akerstrom Andersen, Niels. *Discursive analytical strategies. Understanding Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Bristol: The Policy Press, 2003.

- Albizu Miranda, Carlos y Marty Torres, Herbert. "Atisbos en la personalidad puertorriqueña". *Revista de Ciencias Sociales* II, nº3 (1958): 383-401.
- Alcaide González, Rafael. "La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social". *Scripta Nova* L, nº15 (1999). Accesado en <https://www.raco.cat/index.php/ScriptaNova/article/view/55324>
- Aleman y Bolufer, José. *Diccionario de la Lengua Española* (Barcelona: Ramón Sopena, 1917). Accesado en <https://apps.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtle?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>.
- Alesio, David. "La biopolítica foucaultiana: desde el discurso de la guerra hacia la grilla de la gubernamentalidad". *A Parte Rei* LX (2008): 1-9.
- Altamirano, Carlos. "Sobre la historia intelectual". *Políticas de la Memoria* XIII (2012-2013): 157-162.
- Álvarez Peláez, Raquel. "Eugenesia y control social". *Asclepio* XL, nº2 (1988): 29-80.
- Álvarez-Uría, Fernando, Varela, Julia, Gordo, Ángel y Parra, Pilar. "El estudiante de psicología. La socialización profesional de los futuros psicólogos y la cultural". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* XXVIII, nº101 (2008): 167-196.
- _____. "Salud sin límites. Datos para una sociología del proceso de medicalización". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* IV, nº9 (1984): 4-17.
- Al-Zaman, Sayeed. "COVID-19 related social media fake news in India". *Journalism and media* II (2021): 100-114.
- Amador, José. *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940*. Vanderbilt University Press: Nashville, 2015.
- _____. "'Redeeming the Tropics': Public Health and National Identity in Cuba, Puerto Rico, and Brazil, 1890-1940". PhD dissertation, University of Michigan, 2008.

Amidon, Kevin S. "Adolf Meyer-Abich, Holism and the Negotiation of Theoretical Biology". *Biological Theory* III, n°4 (2008): 357-370.

Anderson, Warwick. *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race and Hygiene in the Philippines*. Durham & London: Duke University Press, 2006.

_____. *The Cultivation of Whiteness. Science, Health and Racial Destiny in Australia*. Durham: Duke University, 2006.

_____. "Immunities of Empire: Race, Disease and the New Tropical Medicine, 1900-1920". *Bulletin of the History of Medicine* LXX, n°1 (1996): 94-118.

Antonio Viñao Frago, "Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica". *Areas: Revista Internacional de Ciencias Sociales* XX (2000): 9-24.

Appadurai, Arjun. "The COVID exception". *Social Anthropology* XVIII, n°2 (2020): 221-222.

Arana Soto, Salvador. *La sanidad en Puerto Rico hasta 1898*. Barcelona, San Juan: Complejo de Artes Gráficas Medinacelli, 1978.

_____. *El Dr. Espaillat y la enseñanza médica en Puerto Rico*. Barcelona: Artes Gráficas Medinacelli, 1978.

_____. *El Hospital de Puerto Rico*. San Juan: 1976.

_____. *Historia de la medicina puertorriqueña hasta el 1898*. San Juan: Medinaceli, 1974.

_____. *Los médicos y la medicina en la literatura puertorriqueña*. Barcelona: Tipografía Miguza, 1969.

_____. *Catálogo de Médicos de P.R. de siglos pasados*. San Juan: Aldecoa, 1966.

_____. *Diccionario de Médicos (Que se han distinguido fuera de la Medicina)*. San Juan: Aldecoa, 1963.

_____. “Historia del periodismo medico hasta el 1903”. *BAMPR* LII, n°10 (1960): 350-354.

Arbona, Guillermo. *Memorias*. San Juan: La Editorial UPR, 2007.

_____. “Comienzos de un programa de salud mental para Puerto Rico”. *BAMPR* XLII, n°11 (1950): 676-681.

Arias, Julio y Restrepo, Eduardo. “Historizando raza: propuestas conceptuales y metodológicas”. *Crítica y Emancipación* II, n°3 (2010): 45-64.

Arminjon, Mathieu. “Birth of the allostatic model: From Cannon’s biocracy to critical physiology”. *Journal of the History of Biology* XLIX, n°2 (2016): 397-423.

Armus, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

_____. “Legados y tendencia en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna”. En *Avatares de la medicalización en America Latina 1870-1970*, Diego Armus (ed.), 17-24. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

Aronna, Michael. “El jíbaro bajo el microscopio: el cuadro de costumbres del campesinado puertorriqueño en la novela *La Charca* de Manuel Zeno Gandía”. *Horizontes* XXII, n°2 (2004): 227-231.

_____. *‘Pueblos Enfermos’: The discourse of illness in the turn-of-the-century Spanish and Latin American Essay*. Chapel Hill: Lexington, 1999.

Arvey, Sarah. “Sex and the Ordinary Cuban: Cuban Physicians, Eugenics, and Marital Sexuality, 1933–1958”. *Journal of the History of Sexuality* XXI, n°1 (2012): 92-122.

Asenjo, Conrado. “Belaval, Dr. José”. En “*Quien es quien en Puerto Rico*”. *Diccionario biográfico*, Conrado Asenjo (ed), 22. San Juan: Imprenta Venezuela, 1948-1949.

- Auffant Vázquez, Vivian. *El concepto de crónicas en Crónicas de un Mundo Enfermo de Manuel Zeno Gandía*. San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas, 1998.
- Augusto dos Santos, Ricardo. "El 'Jeca Tatu'. Educación, eugenesia e identidad nacional en Brasil (1914-1947)". En *Políticas del Cuerpo: Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (eds), 308-320. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.
- Ávila Fuenmayor, Francisco y Ávila Montaña, Claudia. "El concepto de biopolítica en Michel Foucault. *A Parte Rei* LXIX (2010): 1-6.
- Azize Vargas, Yamila & Aviles, Luis A. "The unknown facts: women's participation in the health professions in Puerto Rico (1898-1930)". *Puerto Rico Health Sciences Journal* IX, nº1 (1990): 9-16.
- Baerga Santini, María del Carmen. "Trangresiones corporales. El mejoramiento de la raza y los discursos eugenésicos en el Puerto Rico de finales del siglo XIX y principios del XX". *OP. CIT. Revista del Centro de Investigaciones Históricas* XIX (2009-2010): 79-106.
- Balibar, Etienne. "¿Existe un neorracismo?". En *Raza, Nación y Clase*, Etienne Balibar & Immanuel Wallerstein (eds), 31-48. Madrid: IEPALA, 1991.
- Bacarlett Pérez, Luisa. "Giorgio Agamben, del biopoder a la comunidad que viene". *Araucaria* XII, nº24 (2010): 29-52.
- Báguena Cervellera, María José. "Algunos aspectos de la asimilación de la teoría del contagio animado en la España del siglo XIX". *Cronos* II, nº2 (1999): 285-307.
- Baltasar Henríquez, *Thesaurus utriusque linguae hispanae et latinae* (Matriti: Ioannis Garcia Infanzon, 1679), p.405. Accesado en <http://ntlle.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtlle?Cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>

- Bandrés, Javier y Llavona, Rafael. “La psicología en los campos de concentración de Franco”. *Psicothema* VIII, nº1 (1996): 1-11.
- Banicevic, Zeliko, Belic, Aleksandra & Banicevic, Ivana. “Mens Sana in Corpore Sano —From its origins up to now”. Accesado en de <https://facultyeconomicssubotica.academia.edu/ZeljkoBanicevic>.
- Barron, James. “Christopher Tietze, authority on pregnancy”. *New York Times*, April 5, 1984. Accesado en <https://www.nytimes.com/1984/04/05/obituaries/christopher-tietze-physician-and-authority-on-pregnancy.html>
- Bartolin, G. “Conflicto”. En *Diccionario de Sociología*, Franco Demarchi y Aldo Ellena (eds.), 364-371. Roma: Paulinas, 1986.
- Basnat, Buddha. “Its Ok, It’s Tb”. *Wilderness and Environmental Medicine* XIII (2002): 218-220
- Bauza, Vanessa. "Puerto Rico: the convert campaign to sterilize women". *Ms.* V, nº2 (1994): 14.
- Bazerman, Charles. *Shapping written knowledge. The genre and activity of the experimental article in science*. Madison: University of Wisconsin Press, 1988.
- Bazzicalupo, Laura. *Biopolítica. Un mapa conceptual*. Melusina: España, 2010.
- Becerra Batán, Marcela. “La cuestión de la Epistemología Histórica como estilo epistemológico”. *Epistemología e Historia de la Ciencia* I, nº1 (2016): 35-52.
- Bechtel, William & Bollhagen, Andrew. “Philosophy of Cell Biology”. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Accesado en <https://plato.stanford.edu/entries/cell-biology/>
- _____ & Richardson, Robert C. “Vitalism”. En *Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy*, Edward Craig (ed.), 919. New York: Routledge, 2000.
- Becker, Gary S., Ewald, Francois & Hancourt, Bernard E. “Becker on Ewald on Foucault on Becker. American Neoliberalism and Michel Foucault’s 1979 Birth of the Biopolitics Lectures”. *Coase Sandor Institute for Law and Economics Working Paper* nº614 (2012): 1-20.

- Bediako, Shawn M. & Moffitt, Kimberly R. "Race and social attitudes about sickle cell disease". *Ethnicity & Race* XVI, n°4-5 (2011): 423-429.
- Bedoya-Hernández, Mauricio, Francisco-León (de), Pablo Andrés y Mesa-Osorio, Lina Juliet. "La medicalización de la infancia como estrategia de gobierno". *Política & Sociedade-Florianópolis* XIX, n°46 (2020): 175-203.
- Béjar, Helena. "Los orígenes de la tradición del pensamiento positivo". *Athenea Digital* XIV, n°2 (2014): 227-253.
- Belluz, Julia. "Science is broken. These academics think they have the answer". *VOX*, 27 de junio de 2015. Accedido en <https://www.vox.com/2015/6/27/8854105/new-science-guidelines>
- Benavidez Martínez, Benigno. "Teoría y cambio en la sociología de las profesiones". *Humanitas* XLIV, n°2 (2017): 29-55.
- Bernal, Guillermo. "60 years of clinical psychology in Puerto Rico". *Revista Interamericana de Psicología* XLVII, n°2 (2013): 211-226.
- _____. "La psicología clínica en Puerto Rico". *Revista Puertorriqueña de Psicología* XVII (2006): 341-388.
- Berrios, German E. *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. New York: Cambridge University Press, 2002.
- Biletzki, Anat & Matar, Anat. "Ludwig Wittgenstein". *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2020). Accedido en <https://plato.stanford.edu/entries/wittgenstein/>.
- Binkley, Sam. "Happiness, positive psychology and the program of neoliberal governmentality". *Subjectivity* IV, n°4 (2011): 371-394.

- Bird, Anne-Emanuelle. "Revolution, the Scathological Way: The Rockefeller Foundation's Hookworm Campaign in 1920s Mexico". En *Disease in the History of Modern Latin America*, Diego Armus (ed), 158-182. Durham: Duke University Press, 2003.
- Bolívar Fresneda, José L. "La economía de Puerto Rico durante la Segunda Guerra Mundial: ¿Capitalismo estatal o economía militar?". *Op.Cit.* XVIII (2007-2008): 205-260.
- Bonnet, Alastair. "From White to Western: 'Racial Decline' and the Idea of the West in Britain, 1890-1930". *Journal of Historical Sociology* XVI, n°3 (2003): 320-348.
- Borell, Merriley. "Biologists and the Promotion of Birth Control Research, 1918-1938". *Journal of the History of Biology* XX n°1 (1987): 51-87.
- Bowes, Claire. "Porque EE.U.U. fue la única potencial occidental que rechazó atención médica universal tras la Segunda Guerra Mundial". *BBC New/Mundo*, 26 de septiembre de 2020. Accesado en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54153402>
- Bracken, Pat. "From Szasz to Foucault: On the role of Critical Psychiatry". *Philosophy, Psychiatry and Psychology* XVII, n°3 (2010): 219-228.
- Braunstein, Nestor. "¿Cómo se constituye una ciencia?". En *Psicología: ideología y ciencia*, Nestor Braunstein, Marcelo Pasternac, Gloria Benedito & Frida Saal (eds), 7-20. México: Siglo XXI Editores, 1985.
- Briggs, Laura. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press, 2002.
- _____. "Race of Hysteria: 'Overcivilization' and the 'Savage' Woman in Late Nineteenth Obstetrics and Gynecology". *American Quarterly* LII, n°2 (2000): 246-273.
- _____. "Discourses of 'Forced Sterilization in Puerto Rico: The Problem with the Speaking Subaltern". *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 10 (1999): 30-66.

- _____. "Reproducing Empire: Race and Sex, Science and Reform in Puerto Rico and the Mainland United States, 1880-1960". Phd dissertation, Brown University, 1998.
- Brocking, Ulrich, Krasmann, Susanne, y Lemke, Thomas (eds). *Governamentality: Current issues and future challenges*. New York: Routledge, 2011.
- Bronfman, Alejandra. *Measures of Equality: Social Science, Citizenship and Race in Cuba 1902-1940*. University of North Carolina Press, 2004.
- Bulgin, Dominique, Tanabe, Paula & Jenerette, Coretta. "Stigma of Sickle Cell Disease: A Systematic Review". *Issues in Mental Health & Nursing XXXIX*, n°8 (2019): 675-686.
- Burney, Ian. "War on fear: Solly Zickerman and civilizan nerve in the Second World War". *History of the Human Sciences XX*, n°5 (2012): 49-72.
- Burrows, Geoff G. "The New Deal in Puerto Rico: Public Works, Public Health and the Puerto Rico Reconstruction Administration". Ph Dissertation, New York, CUNY, 2014.
- Cabrera Cirilo, Jesús M. "Perspectiva crítica de la investigación en la Escuela Graduada Beatriz Lassalle: El caso de la génesis y desarrollo del Trabajo Social en Puerto Rico". *Análisis X*, n°1(2009):190-220.
- Cabrera Zamora, Maritza Margarita. "Malaria y hemoglobina S: ¿resistencia o protección?". *Medisur XVI*, n°4 (2018): 504-509.
- Camacho, Luz V. "Cambios de la educación superior en enfermería en Puerto Rico, desde la época colonial hasta el presente". *Impulso XLI*, n°4 (2016): 6-12.
- Campos Martín, Ricardo. "El difícil proceso de creación del instituto de vacunación del Estado (1871-1877)". *Asclepio LVI*, n°1 (2004): 78-109.
- _____. "La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920)". *Asclepio LI*, n°1 (1999): 185-203.

- _____. "La teoría de la degeneración y la medicina social en el cambio de siglo". *LLULL XXI* (1998): 333-356.
- _____ y Huertas, Rafael. "Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría XII*, n°41 (1992): 125-129.
- Camuñas Madera, Ricardo. "Las epidemias en el siglo XIX y la formación de las políticas de salud pública: una visión sobre Puerto Rico". *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad I*, n°1 (2014):15-29.
- _____. *Epidemias, plagas y marginación: La lucha contra la adversidad en Puerto Rico en los siglos XVIII y XIX*. Puerto Rico: Editorial Universidad de América, 1992.
- Cancel Sepúlveda, Mario. "Ramón Emeterio Betances", *Enciclopedia PR*, 16 de noviembre de 2020. Accesible en <https://enciclopediapr.org/content/ramon-emeterio-betances/>.
- Canguilhem, Georges. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2004.
- _____. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI, 1978.
- Caponi, Gustavo. "Tipos de teorías de evolución y tipos de intervenciones eugénicas". *Filosofía e Historia da Biología XII*, n°1 (2017): 81-98.
- _____. "Las raíces del programa adaptacionista", *Scientiae Studia IX*, n°4 (2011): 705-738.
- _____. "Sobre la génesis, estructura y recepción de *El origen de las especies*". *Scientiae Studia VII*, n°3 (2009): 403-424.
- _____. "El viviente y su medo: antes y después de Darwin". *Scientia Studia IV*, n°1 (2006): 9-43.
- Caponi, Sandra. "Marzo de 2021: 300,000 muertos en Brasil. La gestión de la pandemia a la luz de las contribuciones de Foucault". *Laboreal XVII*, n°1 (2021): 1-13.

- _____. “Biopolítica y gestión de los sufrimientos”. En *Pensar la vida. Filosofía, naturaleza y evolución*, María Luisa Bacarlett Pérez & Gustavo Caponi (eds), 125-151. Toluca, México: UAEM, 2015.
- _____. “El impacto del evolucionismo en la teoría de la degeneración: Emil Kraepelin y la biologización de los hechos sociales”. En “*Yammerschuner*”. *Darwin y la darwinización en Europa y América Latina*, Miguel Ángel Puig-Samper, Francisco Orrego, Rosaura Ruiz y J. Aldredo Uribe (eds.), 93-98. Madrid: Ediciones Doce Calles, 2014.
- _____. “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”. *Scientie studia* VII, nº3 (2009): 425-445.
- _____. “Sobre la aclimatación: Boudin y la geografía médica”. *História Ciências, Saúde – Manguinhos* XIV, nº1 (2007): 13-38.
- _____. “Epistemología, historia y saber médico”. *Episteme, Porto Alegre* II, nº23 (2006): 49-71.
- _____. “Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* X, nº1 (2003), 113-149.
- _____. “La generación espontánea y la preocupación higienista por la diseminación de los gérmenes”. *História, Ciências, Saúde* IX, nº3 (2002): 591-608.
- _____. “Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada”. *Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro* XVIII, nº6 (2002): 1665-1674
- _____. “Trópicos, microbios y vectores”. *História Ciências, Saúde – Manguinhos* IX, suplemento (2002): 111-138.
- _____. “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”. *História, Ciências, Saúde Manguinhos* IV, nº2 (1997): 287-307.

- Carrasquillo, Rosa E. "The Remaking of Tropical Peoples: U.S. Military Medicine and Empire Building in Puerto Rico". *Historia y Sociedad XVI-XVII* (2005-2006): 67-96.
- Castel, Robert. "Michel Foucault y la historia del presente". *Con-Ciencia Social XVII* (2013): 93-99.
- _____. *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France*. Berkeley: University of California Press, 1988.
- _____, Castel, Francois & Lovell, Anne. *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press, 1982.
- Castiblanco Durán, Camilo Andrés. "Campo de conocimiento, investigación y transformación en ciencias sociales". *Campos I*, n°1 (2013): 11-15.
- Castro, Edgardo. "Los malentendidos de la biopolítica: Foucault, Agamben, Derrida". *Quadranti II*, n°2 (2014): 109-124.
- _____. "Biopolítica: De la Soberanía al Gobierno". *Revista Latinoamericana de Filosofía XXXIV*, n°2 (2008): 187-205.
- Castro, Roberto. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México: 2015.
- Castro Orellana, Rodrigo. "Foucault y el debate postcolonial. Historia de una recepción problemática". *Quadranti II* n°1 (2014): 216-249.
- Cardona Rodas, Hilderman. "Colonialidad del poder y biopolítica etnoracial: Virreinato de Nueva Granada en el contexto de las Reformas Borbónicas". *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas XII* °2 (2017): 571-594.
- Catalán, Vanny. "Entrevista Carlos Pérez Soto: Trabajo y Marxismo". Accesible en https://www.academia.edu/23765803/Entrevista_a_Carlos_P%C3%A9rez_Soto_Trabajo_y_Marxismo_entrevista_completa

- Cavanese, Mariana. "Usos de Foucault en Argentina (1958-1989)". *Antíteses* VII, nº13 (2014): 392-414.
- _____. "Señas particulares: la fortuna argentina y latinoamericana de Foucault". *Qadranti* II, nº1 (2014): 264-282.
- Chávez-Ortega, Cristina. "Causas de la discriminación racial en Latinoamérica: Reflexión teórica desde algunos conceptos sociales". *ESPOL* XXVII, nº2 (2014): 105-121.
- Cecchetto, Sergio. "La utopía racial del eugenismo argentino". *Agora Philosophica* XIX-XX, nº10 (2009): 51-76.
- _____. "La naciente genética y el movimiento eugenésico argentino". *Ludus Vitalis* XV, nº28 (2007): 119-139.
- Chalmers, Alan F. *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid: Siglo XXI Editores.
- Chartier, Roger. "Intellectual History or Sociocultural History?". En *Histories: French Constructions of the Past*, Jacques Revel & Lynn Hunt (eds), 287-298. New York Press: New York: New York Press, 1995.
- Cherry, Kendra. "The Little Albert Experiment: A closer look at the famous case of Little Albert". *Very Well Mind*, 7 de diciembre de 2019. Accesado en <https://www.verywellmind.com/the-little-albert-experiment-2794994>
- Chignola, Sandro. "Sobre el dispositivo. Foucault, Agamben, Deleuze". En *La actualidad de Michel Foucault*, Rodrigo Castro Orellana y Adán Salina Araya (eds), 169-184. Escolar y Mayor: Madrid, 2016.
- _____. "Vida, trabajo, lenguaje. Biopolítica y capitalismo". *Revista Barda* II, nº2 (2016): 200-221.
- Cintrón Aguilú, Amílcar. "The 500 Acres Law". *Enciclopedia de Puerto Rico*. Accesado en <https://enciclopediapr.org/en/encyclopedia/the-500-acres-law/>.

- Coaston, Jane. "The intersectionality wars". *Vox*, 28 de mayo de 2019. Accesado en <https://www.vox.com/the-highlight/2019/5/20/18542843/intersectionality-conservatism-law-race-gender-discrimination>
- Cofresí, Emilio. "El control de la natalidad en Puerto Rico". *Revista de Ciencias Sociales* III (1969): 379-385.
- Conrad, Peter. "Medicalization and social control". *Annual Review of Sociology* XVIII (1992), 209-232.
 _____ & Schneider, Joseph W. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Toronto: The C.V. Mosby Company, 1980.
- Contreras, Juan Carlos. "Reflexiones sobre la historia intelectual". *Tiempo y Espacio* LXVIII, nº35 (2017): 151-162.
- Córdova, Isabel. *Pushing in Silence: Modernizing Puerto Rico and the Medicalization of Childbirth*. Austin: University of Texas, 2018.
 _____. "Transitioning: The History of Childbirth in Puerto Rico, 1948-1990s". Phd, dissertation: University of Michigan, 2008.
- Corominas, Joan. *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid: Editorial Gredos, 1987.
- Correia, Tiago. "Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts as Medical Knowledge", *Frontiers in Sociology* II, nº14 (2017): 1-9
- Cortés Zavala, María Teresa. "Los Bandos de Policía y Buen Gobierno en Puerto Rico. El ordenamiento urbano y la protección de la salud y la higiene en el siglo XIX". *Op. Cit.* XIX (2009-2010): 107-141.
 _____. "Las rutas de la ciencia y el desarrollo de la medicina en Puerto Rico: 1800-1851". *Revista Brasileira do Caribe* VII, nº14 (2007): 533-554.

- Costa Mandry, Oscar. “Apuntes para la historia de la medicina en Puerto Rico”. *BAMPR* LIV, nº5 (1962): 159-167.
- Crozier, Ana. “What was Tropical about Tropical Neurasthenia? The Utility of the Diagnosis in the Management of British East Africa”. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* LXIV, nº4 (2009): 518-549.
- Cueto, Marcos. “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* XXII, nº1 (2015): 255-273.
- _____, Brown, Theodore y Fee, Elizabeth. “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría”. *Apuntes* XXXVIII, nº69 (2011): 129-156.
- Dávila, Emarely Rosa. “Políticas públicas de salud mental y su relación con la historia de los programas de salud mental en Puerto Rico”. *Ámbito de encuentros* X, nº1 (2017): 65-85.
- Deacon, Brett. “The biomedical model of mental disorder: A critical analysis for its validity, utility, and effects on psychotherapy research”. *Clinical Psychology Review* XXXIII (2013): 846-861.
- Deleuze, Gilles. *Nietzsche & Philosophy*. New York: Columbia University Press
- Delgado, Diego. “La recepción española de la medida de inteligencia”. *Recherches & éducations*. Recuperado el 24 de noviembre de 2019 en <https://journals.openedition.org/rechercheseducation/6349>.
- Departamento de Salud PR (2021). “COVID-19 en cifras en Puerto Rico. Martes, 26 de octubre de 2021”. Accesado en https://www.salud.gov.pr/estadisticas_v2#dashboard_covid--vacunacion.
- Desai, Rajvi. “How doctors are the unwitting frustrated soldiers in the war against Covid19”. *The Swaddle*, 14 de abril de 2020. Accesado en <https://theswaddle.com/how-doctors-are-the-unwitting-soldiers-in-the-war-against-covid19/>.

Díaz Quiñonez, Arcadio. “Tomás Blanco: La reinención de la tradición”. *Op. Cit.* IV (1988-1989): 147-182.

_____. “Tomás Blanco: Racismo, historia, esclavitud”. En *Obras completas de Tomás Blanco III: El prejuicio racial en Puerto Rico*, 14-91. Ediciones huracán: Río Piedras, 1985.

Diccionario panhispánico de dudas. “Raya”. *Real Academia Española*. Accesado en <https://www.rae.es/dpd/raya>.

Díez, Javier A. *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Departamento de Salud. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra 2005.

Dirilikov, Emilio, Thomas, Dana, Yost, David, Tejada-Vera, Betzaida, Bermúdez, María, Joglar, Olga & Chorba, Terrence. “Tuberculosis Surveillance and Control, Puerto Rico, 1898-2015”. *Emerging Infectious Diseases* XXV, n°3 (2019): 538-546.

Dowbigging, Ian Robert. *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*. Oxford: University of California Press, 1991.

Dreyfus, Hubert L. & Rabinow, Paul. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1983.

Drinot, Paulo. “Madness, Neurasthenia and ‘Modernity’”. *Latin American Research Review* XXXIX, n°2 (2004): 90-113.

Ducret Ramy, Carmen Rita. “La comadrona puertorriqueña colabora en el proceso de parir”. *REPS* VIII, n°1 (1992): 51-76.

Duffy, John. *From Humors to Medical Science: A History of American Medicine*. Chicago: University of Illinois Press, 1993.

Duprey, Marlene. “Luis H. Pabón Batlle, *El Retorno de Polifemo: la medicina de Estado en Puerto Rico al umbral del siglo XX*. Bayamón, P.R.: Pluriverso, 2003”. *Historia y Sociedad* XIV (2013): 205-209.

_____. *Bioislas: ensayos sobre biopolítica y gubernamentalidad en Puerto Rico*. San Juan: Ediciones Callejón, 2010.

_____. “Los discursos de higiene y el cuerpo femenino como metáfora de ingobernabilidad (Puerto Rico, finales del siglo XIX)”. *ARENAL* XIV, n°1 (2007): 59-78.

_____. “Estados anémicos: configuraciones del gobierno en tiempos epidémicos”. *Historia y Sociedad* XVI-VII (2005-2006): 125-156.

Dussel, Enrique. *1492: El encubrimiento del Otro. Hacia el origen del “mito de la Modernidad”*. Plural editores: La Paz, 1994.

Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, De Corral, Paz y Polo-López, Rocío. “Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y Retos de Futuro”. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XIX, n°3 (2010): 247-256.

Ellis, Ralph. “Moderna won’t share its COVID vaccine formula”. *WebMD New Briefs*, 13 de octubre de 2021. Accesado en <https://www.webmd.com/vaccines/covid-19-vaccine/news/20211012/moderna-wont-share-its-covid-vaccine-formula>.

ElNuevoDia.com, “Renuncia el secretario de Salud y el gobierno endurece medidas por casos positivos de coronavirus”, *El Nuevo Día*, 13 de marzo de 2020.

Eraso, Yolanda. “Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentinian Women during the 1930s”. *Bulletin History of Medicine* LXXXI (2007): 793–822.

Escohotado, Antonio. “Magia, Farmacia y Religión” (publicado en el 2008). *Escohotado.org*. Accesado en <https://www.escohotado.org/articulosdirectos/magiafarmaciareligion.htm>

_____. “Toxicomanías”. *Escohotado.org* (2003). Accesado en <https://www.escohotado.org/articulosdirectos/toxicomanias.htm>

Esposito, Roberto. “Vida biopolítica y vida política”. *Revista Pléyade* XII (2013):16-33.

_____. *Bíos: Biopolítica y Filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006.

_____. *Immunitas: Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

Estévez, Alejandro M. “Una genealogía de la Tecnocracia”. En *El poder de los expertos: Para comprender la tecnocracia*, Haydée Ochoa Henríquez y Alejandro M. Estévez (eds), 65-96. Maracaibo, Venezuela: Centro de Estudios de la empresa, 2006.

Ettling, John. *The Germ of Laziness. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Massachusetts, Harvard University Press, 1981.

Ewald, Françoise. “La inquietud de la verdad. Entrevista a Michel Foucault (1984)”. *Historias* X (1985): 3-10.

Etxeberria, Arantza y Wolfe, Charles T. “Canguilhem and the Logic of Life”. *Transversal: International Journal for the Historiography of Science* IV (2018): 47-63.

Farber, Paul Lawrence. *Mixing Races. From Scientific Racism to Modern Evolutionary Ideas*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2011.

Farley, John. *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1952)*. New York: Oxford University Press, 2004.

- Feliberti, Fernández y Rodríguez, Roberto. “Compendio de los primeros cien años de artículos científicos, escritos, documentos, editoriales y datos históricos sobre la medicina a la luz de los tiempos...del Boletín Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico”. *BAMPR* XCIV n°1-12 (2002): 5-18.
- Feliú Matilla, Fernando. “‘Despejando la niebla’: El jíbaro en la escritura de Bailey K. Ashford”, *Op. Cit.* XXI, (2012-2013): 153-186.
- _____. “Rendering the Invisible Visible and the Visible Invisible: Colonizing Function of Bailey Ashford’s Antianemia campaign”. En *Foucault and Latin America: Appropriations and Deployments of Discursive Analysis*, Benigno Trigo (ed.), 153-168. New York:Routledge, 2001.
- Fernández Marina, Ramón. “La higiene mental y el problema poblacional de Puerto Rico” *RSS* XIII, n°2 (1952): 17, 20-4, 33.
- Fernós, Rodrigo. *Gonzalo Fernós Maldonado y el espacio para la ciencia en Puerto Rico*. Indiana: Xilibris, 2013.
- _____. “The social factors affecting the diffusion of parasitology to Puerto Rico and Hong Kong”. *PRHSJ* XX, n°4 (2001): 367-375.
- Ferrándiz, Alejandra y Lafuente, Enrique. “El pensamiento eugénico de Marañón”. *Asclepio* LI, n°2 (1999): 133-148.
- Ferrater Mora, José. *Diccionario de filosofía de bolsillo (I-Z)*. Madrid: Alianza Editorial, 1985.
- Finlay, Eileen. “La raza y lo respetable: las políticas de la prostitución y la ciudadanía en Ponce en la última década del siglo XIX”. *OP. CIT.* XVI (2005): 99-136.
- _____. *Imposing decency, The politics of Sexuality and Race in Puerto Rico, 1870-1920*. London: Duke University Press, 1999.
- Fontán Vela, Mario y Gullón Tosio, Pedro. “Las vacunas no arreglarán la causas de la pandemia: debemos mirar el dedo para entender la luna”. *The Conversation*, 20 de septiembre de 2021. Accesado en

<https://theconversation.com/las-vacunas-no-arreglaran-las-causas-de-la-pandemia-debemos-dejar-de-mirar-el-dedo-para-entender-la-luna-167372>

Foucault, Michel. “El estilo de la historia”. En *¿Qué es usted, profesor Foucault? Sobre la arqueología y su método*, editado por Edgardo Castro, 173-181. Buenos Aires: Siglo XXI, 2013.

_____. *Nacimiento de la biopolítica: curso Collège de France (1978-1979)*. México: Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____. *Los Anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México: Fondo de Cultura, 2007.

_____. “La vida: la experiencia y la ciencia”. En *Ensayos sobre biopolítica: Excesos de vida*, Gabriel Giorgi y Fermín Rodríguez (eds), 41-58. Buenos Aires: Paidós, 2007.

_____. *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.

_____. *Seguridad, territorio, población: curso Collège de France (1977-1978)* México: Fondo de Cultura Económica, 2006.

_____. *Defender la sociedad: curso en Collège de France (1975-1976)*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

_____. “Redes del poder”. En *El lenguaje libertario. Antología del pensamiento anarquista contemporáneo*, editado por Christian Ferrer, 15-30. Buenos Aires: Grupo Editor Altamira, 1999

_____. “Nacimiento de la medicina social”. En *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II*, Fernando Álvarez Uría y Julia Varela (eds), 363-384. Barcelona. Paidós, 1999.

_____. “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”. En *Estrategias de poder: Obras esenciales, Volumen II*, Fernando Álvarez Uría y Julia Varela (eds), 344-361. Buenos Aires: Paidós, 1999.

- _____. “Diálogo sobre el poder”. En *Michel Foucault, Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III*, Ángel Gabilondo (eds) 59-72. Barcelona. Paidós, 1999.
- _____. “The Confession of the Flesh”. En *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, Colin Gordon (ed.), 194-228. New York: Pantheon Books, 1980.
- _____. “Poder y estrategias”. En *Michel Foucault: Microfísica del poder*, Julia Varela y Fernando Alvarez Uría (eds), 163-174. Ediciones Piqueta: Madrid, 1979.
- Frolov, Ivan. “Holismo”. *Diccionario de filosofía*. Moscú: Editorial Progreso, 1984. Accesado en Fundación Puertorriqueña de las Humanidades. “Rodríguez Pastor, José”. *Enciclopedia de Puerto Rico*. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 en <https://enciclopediapr.org/en/encyclopedia/rodriguez-pastor-jose/>
- Galván García, Valentín. “La recepción de Michel Foucault en Méjico, E.E.U.U. y España”. *Revista Laguna* 35 (2014): 41-59.
- García Cabrera, Jacinta. “Problemas emocionales del paciente de tuberculosis”, *RSS XII*, n°2 (1951): 37-39.
- García, Claudia M. y Quevedo, Emilio. “Uncinariasis y café: los antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920”. *Biomédica XVIII*, n°1 (1998): 5-21.
- García, José E. “La introducción de la escala de inteligencia de Stanford-Binet en Paraguay”. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología II*, n°1 (2016): 65-83.
- García-Colón, Ismael. “Playing and eating democracy: The Case of Puerto Rico’s land distribution program, 1940s-1960s”. *Centro Journal XVIII*, n°2 (2006): 167-189.
- García Fanlo, Luis. “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben”. *A Parte Rei LXXIV* (2011): 1-8.

- García García, Juan. "Nación, sujeto y psique: La construcción psicológica del nacionalismo". *Athenea Digital* XV, n°1: 333-346.
- _____. "After the Great War: Nationalism, Degenerationism and Mass Psychology", *Journal of Social and Political Psychology* III, n°1 (2015): 103-123.
- García González, Armando y Álvarez Peláez, Raquel. "Eugenesia e imperialismo. Las relaciones Cuba-Estados Unidos, 1921-1940". En *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (eds), 195-231. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.
- _____. "El desarrollo de la eugenesia en Cuba". *Asclepio* III, n°(2) (1999): 85-101.
- García Jiménez, Leonarda. "Aproximación epistemológica al concepto de ciencia: una propuesta básica a partir de Kuhn, Popper, Lakatos y Feyerabend". *Andamios* IV, n°8 (2008): 185-212.
- García Selva, Sandra Sofía. "La razón de la sinrazón: paradigmas, tratamiento y encierro de los alienados en el Puerto Rico del siglo XIX, 1844-1898". Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico, 2009.
- Garra Palud, Luis. "El educador de salud: Una perspectiva psicoeducativa". En *La metodología en educación social: Recorrido por diferentes ámbitos profesionales*, Juan Lirio Castro (coord.), 253-284. Madrid: Dykinson, 2005.
- Garrabé, Jean. *Diccionario taxonómico de psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Gaus, Gerald, Courtland, Shane D. & Schmidtz, David. "Liberalism". *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Accesado en <https://plato.stanford.edu/entries/liberalism/>.
- Gaztambide Géigel, Antonio. "La geopolítica del antillanismo en el Caribe del siglo XIX. *Memorias* IV, n°8 (2008): 41-74.
- Georges, Nicole M. "Philanthropic Neo-Malthusianism: The Rockefeller Foundation and the Mexico Agricultural Program, 1906-1945". *The Graduate History Review* VI, n°1 (2017): 63-97.

- Germain, Marisa. "Elementos para una genealogía de la medicalización". *Revista Cátedra Parelela* 4 (2007): 6-22.
- Gerrie, Jim. "Was Foucault a Philosopher of Technology?". *Techné* VII, n°2 (2003):14-26.
- Giorgi, Gabriel y Rodríguez, Fermín (comps), *Ensayos sobre biopolítica: Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- Giusti Cordero, Juan. "El profesor de la UPR y el plan que transformó al país". *80 Grados*, 20 de septiembre de 2019. Accesado en <https://www.80grados.net/el-profesor-de-la-upr-y-el-plan-que-trasnsformo-al-pais/>
- Goffman, Ervin. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1970.
- Goldberg, David Theo. "Racial Knowledge". En *Theories of Race and Racism*, Les Back y John Solomos (eds), 154-180. Routldege: London, 2000.
- Goldstein, Jan. *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. New York: Cambridge University Press, 1987.
- Gómez, Héctor. "Evolución de la teoría y las prácticas en el control de las enfermedades transmitidas por vector". *Salud Pública de México* LVII, n°6 (2015): 555-567.
- Gómez Dantés, Octavio y Khoshnood, Babak. "La evolución de la salud internacional en el siglo XX". *Salud Pública de México* XXXIII, n°4 (1991): 314-329.
- Gómez Di Vincenzo, José Antonio. "El talle justo de alumno: Biotipología, eugenesia y pedagogía en Argentina (1930-1943)". *Archivos de Ciencias de la Educación* VI, n°6 (2012): 1-14.
- González, Aníbal. "Turbulencias en La Charca: de Lucrecio a Manuel Zeno Gandía". *MLH* XCVIII, n°2 (1983): 208-225.

- González, Elisa M. “Nurturing the Citizens of the Future: Milk Stations and Child Nutrition in Puerto Rico, 1929-1960”. *Medical History* LIX, n°2 (2015): 177-198.
- _____. “Food for every mouth: Nutrition, Agriculture and Public Health in Puerto Rico, 1926-1966”. *Research Reports* (2013): 1-14. Accesado <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D8NZ87JP>
- González Alcantud, José Antonio. “De las razas históricas al racismo elegante. Nuevas perspectivas para un debate humanístico urgente”. *Erebea* IV (2014): 325-352.
- González Muñoz, Carmen L. “El tiempo de los príncipes del azúcar: La discursividad azucarera en Puerto Rico, 1920-1939”. Ph Diss, Universidad de Puerto Rico, 2000.
- González-Rivera, Sofía. “Ana María O’Neill y lo ético como tema en la psicología”. *Psicología Latina* IV, n°1 (2013): 1-8.
- _____. “La producción escrita del Departamento de Psicología en la Universidad de Puerto Rico entre 1923-1943”. *Estudios e Pesquisas em Psicologia* 13 n°2 (2013): 768-778.
- González Seara, Luis. *Las metamorfosis de la ideología: Ensayos sobre el poder, la justicia y el orden cosmopolita*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 2011.
- Gould, Steven Jay. *The Mismeasure of Man*. New York: W.W. Norton, 1996)
- Greco, María & Stenner, Paul. “Happiness and the Art of Life: Diagnosing the psychopolitics of wellbeing”. *Health, Culture and Society* V, n°1 (2013): 1-17.
- Guardia, Carlos A. “Salud pública y saneamiento en la zona del Canal de Panamá: Un recuento histórico, 1880-1915”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* XCV, n°1 (1983): 62-73.
- Grupo Editorial EPRL. “José Celso Barbosa”. *Enciclopedia PR*, 15 de junio de 2021. Accesible en <https://enciclopediapr.org/content/jose-celso-barbosa/>

_____ . “Arbona, Guillermo”. *Enciclopedia de Puerto Rico*, 3 de marzo de 2014.

Recuperado en <https://enciclopediapr.org/content/guillermo-arbona/>

_____ . “Morales Otero, Pablo”. *Enciclopedia de Puerto Rico*, 3 de septiembre de 2014.

Accesado en <https://enciclopediapr.org/encyclopedia/morales-otero-pablo/>.

_____ . “Padín, José”. *Enciclopedia de Puerto Rico*, 26 de agosto de 2010. Accesado

en <https://enciclopediapr.org/content/jose-padin-rodriguez/>

Gutiérrez, Jairo y Márquez, Jorge. “Pobreza y locura como enfermedades sociales en la mentalidad civilizadora de la modernidad colombiana. Antioquia y Cundinamarca 1900-1960”. *Revista Facultas Nacional Salud Pública XXXII*, suplº1 (2014): 56-66.

Hadot, Pierre. *Wittgenstein y los límites del lenguaje*. Pre-Textos: Valencia, 2007.

Haidar, Victoria. “‘Todo hombre en su justo lugar’: la ‘solución’ biotipológica al conflicto entre productividad y salud (Argentina, 1930-1955)”. *Salud Colectiva VII*, nº3 (2011): 317-332

Halsey, Charles. *An Etymology of Latin and Greek* (Boston: Ginn, Heath & Co., 1882).

Harrison, Mark. “The Tender Frame of Man: Disease, Climate and Racial Difference in India and West Indies, 1760-1860”. *Bulletin of the History of Medicine LXX*, nº1 (1996): 68-93.

Hergenhahn, Baldwin & Henley, Tracy B. “Evolution and Individual Differences”. En, *An Introduction to the History of Psychology*, Baldwin R. Hergenhahn & Tracy B. Henley, 279-319. Belmont: Wadsworth, 2014.

Hering Torres, Max. “La limpieza de sangre. Problemas de interpretación: acercamientos históricos y metodológicos”. *Historia Crítica XLV* (2011): 32-55.

Hoefte, Rosemarijn. “Cleansing the world of the germ of laziness: hygiene, sanitation, and the Javanese population in Suriname”. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos XXI*, nº4 (2014): 1437-1455.

- Humphries, Mark. "War's Long Shadow: Masculinity, Medicine and the Gendered Politics of Trauma, 1914-1939". *The Canadian Historical Review* XCI, n°3: 503-531.
- Huertas, Rafael. "Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias". *FRENIA* I, n°1 (2001): 9-35.
- _____, Campos, Ricardo y Álvarez, Raquel. "Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX". *Historia Contemporánea* XVI (1997): 47-64.
- Hysseune, Michel. *Modernity and Secession: The Social Sciences and the Political Discourse of the Lega nord in Italy*. New York: Oxford, 2006.
- Igea, J.M. "The history of the idea allergy". *Allergy* LXVIII (2013): 966-973.
- Illich, Ivan. *Limits to medicine. Medical Nemesis: The expropriation of health*. New York: Penguin Books, 1976.
- Iuliano, Rodolfo. "Perspectivas clásicas y contemporáneas sobre la estratificación social. Aportes del análisis de clase y de la perspectiva de las elites para el estudio de los estratos superiores". *Revista de Estudios Regionales* VI (2010): 239-262.
- Jackson (Jr.), John P. & Weidman, Nadine M. "The origins of scientific racism". *The Journal of Blacks in Higher Education* L (2005/2006): 66-79.
- Jaidar, Isabel, Baz, Margarita y Esther Vargas, Lilia. "Los actores del conocimiento. ¿Qué es un paradigma?". En *La psicología un largo sendero: una breve historia*, Isabel Jaidar, Margarita Baz y Lilia Esther Vargas, 53-67. México DF: UAM-X, CSH, Depto. de Educación y Comunicación, 2002.
- Jiménez Velázquez, Mercedes A. "La Fundación Rockefeller y la investigación agrícola en América Latina". *Comercio Exterior* XL, n°10 (1990): 968-975.

- Julie H. Levinson, "Beyond quarantine: a history of leprosy in Puerto Rico, 1898-1930". *História, Ciências, Saúde X*, nº1 (2003): 225-245.
- Katz, Esther & Moran Cathy (eds). *The Selected Papers of Margaret Sanger, Volume 4: Round the World of Birth Control, 1920-1966* (s.l.: University of Illinois Press, 2016).
- Kevles, Daniel J. *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*. Alfred A. Knopf: New York, 1985.
- Kitch, Sally. *The Specter of Sex: Gendered Foundations of Racial Formation in the United States*. New York: State University of New York, 2009.
- Kohlman, Michael. "The sociological roots of eugenics". *One World in Dialogue III*, nº2 (2015): 12-27.
- Kosho, Joana. "The mediatization of the infodemic: alternative theories about COVID-19". *Academia Letters* (julio 2021): 1-7. Accesado en https://www.academia.edu/49926047/the_mediatization_of_the_infodemic_alternative_theories_about_COVID_19
- Kramer, Lloyd S. "Literature, Criticism, and Historical Imagination: The Literary Challenge of Hayden White and Dominick LaCapra". En *The New Cultural History*, Lynn Hunt (ed.), 97-128. University of California Press: Berkely, 1989.
- Kritzman, Lawrence D. (ed.). *Michel Foucault. Politics Philosophy Culture. Interviews and other writings (1977-1984)*. New York & London: Routledge, 1988.
- Kuechenhoff, Bernard. "The psychiatrist Auguste Forel and his attitude to eugenics". *History of Psychiatry XIX*, nº2 (2008): 215-223.
- Kuhn, Thomas. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura, 2004.
- Kwateng, Margaret. "Repackagin racism: The role of Sickle Cell Anemia in the construction of race as biological". *Senior Capstone Projects* (2014). Accesado en https://digitalwindow.vassar.edu/senior_capstone/331/

- Labrador-Rodríguez, Sonia. “Mulatos entre blancos: José Celso Barbosa y Antonio S. Pedreira. Lo fronterizo en Puerto Rico al cambio de siglo (1896-1937)”. *Revista Iberoamericana* LXV, nº188-189 (1999): 713-731.
- Laín Entralgo, Pedro. *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*. Barcelona: Anthropos, 1987.
- Landa-Blanco, Miguel, Andino-Rodríguez, Elizabeth & Agurcia, David. “Beliefs in COVID-19 myths and conspiracies: an urgent call to action”. *Academia Letters* (marzo 2021): 1-6. Accesado en https://www.academia.edu/45610202/Beliefs_in_COVID_19_myths_and_conspiracies_an_urgent_call_to_action.
- Lange, Brad. “Importing Freud and Lamarck to the Tropics: Arthur Ramos and the transformation of Brazilian racial thought, 1926-1939”. *The Americas* LX, nº1 (2008): 9-34.
- Lebrón-Rivera, Rafael. “Un acercamiento histórico al paradigma de la marginación: La tuberculosis en Puerto Rico durante los primeros años del siglo XX”. Conferencia presentada en el XXV *International Congress of the Latin American Studies Association* 7-9 de octubre de 2004: 1-13.
- _____. “¡Detengamos el jinete de la muerte!’ la plaga blanca ante un pueblo enfermo: la lucha por controlar la tuberculosis en Puerto Rico, 1900-40”. Tesis M.A. Universidad de Puerto Rico, 1990.
- Lederer, Susan E. “Porto Ricochet: Joking about germs, cancer and race extermination”. *American Literary History* XIV, nº4 (2002): 720-746.
- Leftow, Brian. “Voluntarism”. En *Concise Routledge Encyclopedia of Philosophy*, Edward Craig (ed.), 921 (New York: Routledge, 2000).
- Lehfeldt, Hans. “In memoriam, Christopher Tietze, MD”. *The Journal of Sex Research* XX, nº3 (1984): 325.

- Leonard, Jonathan. "William Gorgas, Soldado de la Salud Pública". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* CXII, n°3 (1992): 223-243.
- Leonard, Thomas C. "Eugenics and Economics in the Progressive Era". *Journal of Economic Perspectives* XIX n°4 (2005): 207-224.
- Leonhardt, David. "Covid Cases Keep Falling". *The New York Times*, 26 de octubre de 2021. Accesado en <https://www.nytimes.com/2021/10/26/briefing/covid-cases-falling-delta.html>
- Levine, Harry G. "The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America". *Journal of Studies on Alcohol*, XXXIX, n°1 (1978): 143-174.
- Levine, Philippa & Bashford, Alison. "Introduction: Eugenics and the Modern World". En *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Alison Bashford y Phillipa Lvine (eds.), 3-24. New York: Oxford University Press, 2010.
- Levison, Julie H. "Beyond quarantine: a history of leprosy in Puerto Rico, 1898-1930". *Historia, Ciencias, Saude* X, n°1 (2003): 225-245.
- Lex Juris. "Código Civil de Puerto Rico de 1930. Parte III, Matrimonio". Accesado en <https://www.lexjuris.com/LEXLEX/lexcodigoc/lexmatrimonio.htm>
- Li, Xinyang, Zhong, Xianrui, Wang, Yongbo, Zeng, Xiantao, Luo, Ting, Liu, Quing. "Clinical determinants of the severity of COVID-19: A systematic review and meta-analysis". *Plos One* XVI, n°5 (2021): 1-21.
- Lizcano, Emmanuel. *Metáforas que nos piensan: Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones*. Creative Commons 2.1, 2006.
- _____. "La metáfora como analizador social". *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales* II (1999): 29-60.

- Llano Reyes, Claudio y Lanfranco, María Fernanda. “La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación históricopolítica”. *Anuario de Estudios Americanos* LXXIV, n°2 (2017): 675-703.
- Lombardo, Paul A. “Anthropometry, Race and Eugenic Research: “Measurements of Growing Negro Children” at the Tuskegee Institute, 1932-1944”. En *The uses of human in experiments: Perspectives from the 17th to the 20th century*, Erika Dyck & Larry Stewart (eds.), 215-239 Boston: Brill Rodopi, 2016.
- López, Iris. *Matters of Choice*. London: Rutgers University Press, 2008.
- Lucría Delgadillo, Olga y Hugo Valencia, Víctor. “Misión Chardón y la modernización agrícola en el valle geográfico del río Cauca (Colombia)”. *Historia Agraria* LXXX (2020): 1-31.
- Lugones, María. “Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial”. En *Género y descolonialidad*, Walter Dignolo (ed.), 13-54. Buenos Aires: Del Signo, 2008.
- Luna, Wendyl M. “Foucault and Ethical Subjectivity”. *Kritike* III, n°2 (2009): 139-146.
- Maldonado, Norman. “El Dr. Manuel Guzmán Rodríguez y tres generaciones de médicos en una familia”. *Galenus* LXX, n°3 (2018): 50-51.
- _____. “El Dr. Alejandro Ruiz Soler (1881-1936): Comisionado de Sanidad”. *Galenus* LXII, n°1 (2017): 64-65.
- _____. “El Dr. William F. Lippitt (1865-1958)”. *Galenus* LVII/9, n°2 (2015). Accesado en <http://www.galenusrevista.com/?El-Dr-William-F-Lippitt-1865-1958>.
- _____. “El Dr. Leopoldo Figueroa Carreras (1886-1970): Médico, abogado y político”. *Galenus* LIV, n°8 (2015): 72-73. Accesado en <http://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Leopoldo-Figueroa-Carreras>.

- _____. “El Dr. Antonio Fernós Isern (1895-1974): Médico, salubrista, cardiólogo y político”. *Galenus* LIX, nº7 (2014-2015):42-43. Accesado en <https://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Antonio-Fernos-Isern>
- _____. “El Dr. Pedro Malaret Tió: Subcomisionado de Salud”. *Galenus* XLV, nº2 (2014). Accesible en <https://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Pedro-Malaret-Tio>
- _____. “La psiquiatría en Puerto Rico: Notas sobre su desarrollo”. *Galenus* XX nº3 53-54. Accesado en https://www.galenusrevista.com/?La-Psiquiatria-en-Puerto-Rico&recherch_e=psiquiatri%20rosello
- _____. “Dr. Juan A. Pons: Secretario de Salud”, *Galenus* XVIII, Nº4. Accesible en <https://www.galenusrevista.com/?Dr-Juan-A-Pons-Secretario-de-Salud>
- _____. “Dr. Oscar Costa Mandry y la educación médica”. *Galenus* X, nº2. Accesado en <https://www.galenusrevista.com/?Dr-Oscar-Costa-Mandry-y-la>
- _____. “El Dr. Manuel de la Pila Iglesias: Ilustre médico de Ponce y Puerto Rico”. *Galenus* IX. Accesado en <https://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Manuel-de-la-Pila-Iglesias>
- _____. “Dr. Isaac González Martínez”. *Galenus* VI, nº 12 (2008). Accesado en <http://www.galenusrevista.com/Dr-Isaac-Gonzalez-Martinez.html>.
- _____. “Historia de la regionalización. Parte 2”. *Galenus* III. Accesado en <https://www.galenusrevista.com/?Historia-de-la-regionalizacion>
- Manzoni Cavalcanti, Juliana & Chor Maio, Marcos. “Between black and miscegenated population groups: sickle cell anemia and sickle cell trait in Brazil in the 1930s and 1940s”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* XVIII, nº2 (2011): 375-403.
- Marqués, René. “El puertorriqueño dócil”. *Revista de Ciencias Sociales* VII, nº 1-2 (1963): 35-78.

- Márquez Estada, José Wilson. "Foucault y la Contra-Historia". *Revista Historia & Memoria* VIII (2014): 211-243.
- Márquez Valderrama, Jorge Humberto y Gallo Vélez, Oscar. "Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940". *Historia y Sociedad* XXXII (2017): 21-48.
- Martínez Soto, Ángel Pascual. "Los orígenes del crédito y las instituciones bancarios en Puerto Rico 1814-1878: Mitos, proyectos y fundaciones". *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa* VI (2012): 210-254.
- Martínez-Vegne, Teresita. *Shaping the Discourse on Space: Charity and its wards in nineteenth-century San Juan, Puerto Rico*. Austin: University of Texas, 1999.
- Mass, Bonnie. "Puerto Rico: A Case Study of Population Control". *Latin American Perspectives* IV, n°4 (1977): 66-81.
- Maymí Navares, José R. "El delincuente anormal ante la justicia". *RSS* X, n°3 (1949): 19-21.
- Mayo-Santana, Raúl. "The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine (1925-1950): From a Health Department Bulletin to a UPR School of Tropical Medicine". *PRHSJ* XXXV, n°4 (2016): 179-190.
- _____, Peña-Carro, Lucy & Rabionet, Silvia E. "The Historical Antecedents of the UPR School of Tropical Medicine". *PRHSJ* XXXV, n°2 (2016): 53-61.
- Mayol Vélez, Luis Xavier. "Una mirada comparativa a los sistemas de salud: España, Los Estados Unidos y Puerto Rico". *Revista [IN]Genios* III, n°2 (2017): 1-21.
- Mbembe, Achilles. "Necropolitics". *Public Culture* XV, n°1 (2003): 11-40.
- McLeod, Marc. "'We Cubans Are Obligated Like Cats to Have a Clean Face': Malaria, Quarantine, and Race in Neocolonial Cuba, 1898-1940". *The Americas* LXVII, n°1 (2010): 57-81.

- McCook, Stuart. "Promoting the 'practical': Science and agricultural modernization in Puerto Rico and Colombia, 1920-1940". *Agricultural History* LXXV, n°1 (2001): 52-82.
- Medina Cárdenas, Omar. "El gobierno de la felicidad. Análisis de los discursos de autoayuda de la Psicología Positiva". *Quaderns de Psicologia* XXI, n°1 (2019), 1-16.
- Melénde Badillo, Jorell A. *Voces Libertarias: Los orígenes del anarquismo en Puerto Rico*. Santurce: Ediciones C.C.C., 2013.
- Meloni, Maurizio, Williams, Simon y Martin, Paul. "The biosocial: sociological themes and issues". *The Sociological Review Monographs* LXIV, n°1 (2016): 7-25.
- Metzl, Jonathan M. & Kirkland, Anna. *Against Health: How Health Became the New Morality*. New York: New York University Press, 2010.
- Mier, Raymundo. "Formas de vida. De Wittgenstein a la semiótica: el perfil incierto de los actos del lenguaje". *Tópicos del Seminario I* (1999): 17-67.
- Mignolo, Walter D. "Delinking. The rhetoric of modernity, the logic of coloniality and the grammar of de-coloniality". *Cultural Studies* XXI, n°2-3 (2007): 449-514.
- Mihaela Marta, Monica. "Brief history of the evolution of the medical research article". *Clujul Medical Journal (Medicine and Pharmacy Reports)* LXXXVIII, n°4 (2015): 567-570.
- Miner, Louise y Psara, Maria. "We're all in a war against COVID-19 together". *Euronews*, 4 de julio de 2020. Accesado en <https://www.euronews.com/2020/04/07/we-re-all-in-a-war-against-covid-19-together>.
- Minna Stern, Alexandra. "'The Hour of Eugenics' in Veracruz, Mexico: Radical Politics, Public Health, and Latin America's Only Sterilization Law". *Hispanic American Historical Review* XCI, n°3 (2011): 431-443.

- _____. "From Mestizohilia to Biotypology: Racialization and Science in Mexico, 1920-1960". En *Race and Nation Modern Latin America*, Nancy P. Appelbaum, Anne S. Macpherson & Karin Alejandra Roseblatt (eds), 187-209. Chapel Hill N.C.: University of North Carolina Press, 2003.
- Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo. "Formas de aislamiento físico y simbólico: La lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico-legal en Argentina". *Asclepio* LX, n°2 (2008): 19-42.
- _____ y Vallejo, Gustavo. "Sociodarwinismo y psicología de la inferioridad de los pueblos hispanoamericanos. Notas sobre el pensamiento de Carlos O. Bunge". *Frenia* VI (2006): 57-77.
- Miranda, Marisa. "La Antorcha de Cupido: Eugenesia, Biotipología y Eugamia en Argentina, 1930-1970". *Asclepio* LV, n°2 (2003): 231-255.
- Miranda Franco, Rafael y Casta Vélez, Alfredo. "La erradicación de la malaria en Puerto Rico". *Revista Panamericana de Salud Pública* II, n°2 (1997): 146-150.
- Mobily, Kenneth E. "Eugenics and the playground movement". *Annals of Leisure Research* XXI, n°46 (2017): 1-16.
- Molero Alcaraz, Leonor. "Léxico de la enfermedad y léxico del trauma o de la herida en la poesía amoratoria de Catulo", *HABIS* XXXIX (2008): 97-120.
- Molero Mesa, Jorge y Jiménez Lucena, Isabel. "'Otra manera de ver las cosas'. Microbios, eugenesia y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX". En *Darwinismo social y eugenesia*, Marisa Miranda, Gustavo Vallejos (eds.), 143-164. Buenos Aires: Siglo XXI, 2010.
- _____ y Martínez Antonio, Francisco J. "Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina". *Trabajo Social y Salud* XLIII (2002): 119-148.
- _____. "Los sanatorios para tuberculosis". *El Médico*, n°501 (1993): 324-334.

- Mora Ortiz, Daniel. "La epidemia del cólera en Arecibo, 1855-1856". Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico, 2018.
- Moral (del), Solsiree. "Rescuing the jíbaro: renewing the Puerto Rican Patria through school reform". *Caribbean Studies* XLI, nº2 (2013): 91-135.
- _____. "Race, Science and Nation: The Cultural Politics of Schools in Colonial Puerto Rico 1917-1938". PhD dissertation, University of Wisconsin Madison, 2006.
- Moreno, Juan Carlos. "Análisis de las contribuciones y de los sentidos de la epistemología histórica". *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia* XVIII, nº37 (2018): 155-177.
- Moreno Lax, Alejandro. "La biopolítica en Italia". *Δαίμων Revista Internacional de Filosofía* 48 (2009): 233-243.
- Muhle, Maria. "Sobre la vitalidad del poder. Una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem". *Revista de Ciencia Política* 29 (1) (2009): 143-163.
- Mulberguer, Annette, Gómez-González, Cristina, Cañas, Alba María, Cervantes, Michelle y Anglada-Llistosella, Laia. "Testing the intelligence of Barcelona's schoolchildren in 1908". *Revista de Historia de la Psicología* XL, nº1 (2019): 2-11.
- Musolff, Andreas. "From social to biological parasites and back. The conceptual career of a metaphor". *Contribution to the History of Concepts* IX, nº2 (2014): 18-32.
- Naranjo Orovio, Consuelo y Puig-Samper, Miguel Ángel. "De Isla en Isla: Los españoles exiliados en República Dominicana, Puerto Rico y Cuba". *ARBOR* XXXV (2009): 87-112.
- Nater, Miguel A. "Ciencia, progreso y escepticismo en *Momentos*, de José A. Lanauze Rolón". *Revista de Estudios Hispánicos* I, nº1 (2014): 157-181

- Natividad Almirón, Valeria. "Las discusiones médicas sobre el certificado prenupcial en Latinoamérica: Brasil, México y Perú". *Revista de la Red Intercatedras de Historia de América Latina Contemporánea* II, n°4 (2016): 89-103.
- Negrón-Pérez, Luimil Mishette "“Una Isla Caribeña Sobrepoblada’: Luis Muñoz Marín overpopulation discourse, 1922-1948” (M.A.Thesis: University of Missouri-St. Louis, 2014).
- Negrón Velásquez, Gisela y Zavaleta Calderón, Sylvia. "Desarrollo del concepto y el sistema de bienestar social en Puerto Rico: ¿Evolución o retroceso?". *Análisis* IV, n°1 (2003): 155-177.
- Nelson, Stephen C. & Hackman, Heather. "Race Matters: Perceptions of race and racism in a Sickle Cell Center". *Pediatric Blood & Cancer* LX, n°3 (2013): 451-454.
- Nisbet, Richard E, Aronson, Joshua, Blair, Clancy, Dickens, William, Flynn, James, Halpern, Diane F. Turkheimer, Erick. "Intelligence: New Findings and Theoretical Developments". *American Psychologists* LXVII, n°2 (2012): 130-159.
- Noble Tesh, Sylvia. *Hidden Arguments: Political ideology and disease prevention policy*. New York: Rutgers University Press.
- Noticel. "Epidemióloga del Estado: Casos de coronavirus en Italia son por ‘cercanía’ con China". *Noticel*, 26 de febrero de 2020.
- Nouzeilles, Gabriela. "La esfinge del monstruo: Modernidad e higiene racial en “La Charca” de Zeno Gandía". *Latin American Literary Review* XXV, n°50 (1997): 89-107.
- Novella, Enric J. *La ciencia del alma. Locura y modernidad en la cultura española del siglo XIX*. Madrid: Iberoamericana, 2013.
- _____. "La política del yo: Ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX". *Asclepio* LXII, n°2 (2010): 453-482.

- _____. "La higiene del yo: Ciencia médica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX". *Frenia X* (2010): 49-74.
- _____. "De la historia de la psiquiatría a la historia de la subjetividad". *Asclepio LXI*, nº2 (2009): 261-280.
- Nye, Robert. A. "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century". *Journal of History of Behavioral Sciences*, XXXIX, nº2 (2003): 115-129.
- O' Leary, Timothy. *Foucault and the Art of Ethics*. London & New York: Continuum, 2002.
- Oberlander, Jonathan. "Lesson from the long and winding road to Medicare for all". *AJPH CIX*, nº11 (2019): 1497-5000.
- Olsson, Lennart & Hossfeld, Uwe. "The Haeckel reception in Sweden". *Theory in Biosciences CXXXVIII*, nº1 (2019): 119-125.
- Ordiz, Javier. "Crónicas de un mundo enfermo: la mirada crítica de Manuel Zeno Gandía". En *Literatura hispanoamericana con los cinco sentidos. V Congreso de la Asociación Española de Estudios Literarios Hispanoamericanos*, Eva Valcárcel (ed.), 501-505. Coruña: Servizo de Publicacións, 2005.
- Ortiz Colón, Reinaldo. "Hacia el estudio sistemático de patrones de conducta en la personalidad del puertorriqueño". *Revista de Ciencias Sociales XVIII*, nº3-4 (1974): 133-151.
- Orueta Sánchez, Ramón, Santos Rodríguez, Coral, González Hidalgo, Enrique, Fagundo Becerra, Eva, Alejandro Lázaro, Gemma, Carmona de la Morena, Javier, Rodríguez Alcalá, Javier, Campo (del), José María, Díez Andrés, María Luisa, Vallez Fernández, Natalia, Butrón Gómez, Teresa. "Medicalización de la vida (II)", *Revista Clínica de Medicina de Familia IV*, nº3 (2011): 211-218.
-
-

“Medicalización de la vida”. *Revista Clínica de Medicina de Familia* IV, nº2 (2011): 150-161.

Osborne, Michael A. “Acclimatizing the World: A History of the Paradigmatic Colonial Science”. *Osiris* XV (2000): 135-151.

Oto (de), Alejandro & Quintana, María Marta. “El fauno en su laberinto. Las ambivalencias de la política”. *SUR/versión: investigación y creación de América Latina y el Caribe* (2012): 108-132.

_____. “Biopolítica y colonialidad. Una lectura crítica de *Homo Sacer*”. *Tabula Rasa Bogotá* XII (2010): 47-72.

Pabón Batlle, Luis. *El retorno de Polifermo: La medicina de Estado de Puerto Rico al umbral del siglo XX*. Bayamón: Editorial Búho, 2003.

Pagán, Bolívar. *Historia de los Partidos Políticos Puertorriqueños (1898-1956)*. Accesado en <https://estado51prusa.com/?p=506>

Pagán, José Karlo. “Renuncia la epidemióloga del Estado, Carmen Deseda”. *Primera Hora*, 26 de marzo de 2020.

Palma, Héctor A. “Tensiones biopolíticas en el movimiento eugenésico de la primera mitad del siglo XX”. *Revista Espacios nueva serie* VII (2012): 271-288.

_____. “Biotipología, eugenesia y orden social en la Argentina de 1930-1943”. *eä (ea-journal)* I (2) (2009): 1-21.

_____. “Consideraciones historiográficas, epistemológicas y prácticas acerca de la eugenesia”. En *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Gustavo Vallejo y Marisa Miranda (eds), 115-144. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.

Palmer, Steven. “‘Cansancio’ y Nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis”. *Salud Colectiva* V, nº3 (2009): 403-412.

- PANNA. “DDT & Malaria: Setting the record straight”. *Pesticide Action Network North America* (julio, 2006): 1-4. Accesado en www.panna.org/sites/default/files/DDTtruthSheet2006.pdf.
- Parra Sáez, Jesús. “El movimiento eugenésico estadounidense como clave del éxito de la eugenesia en el siglo XX y la posibilidad de su retorno en el siglo XXI”. *Agora XXXVII*, n°2 (2018): 123-148.
- Patiño Restrepo, José Félix. “El lenguaje médico”. *Revista Colombiana de Cirugía XXV* (2010): 174-177.
- Patterson, Andrea. “Germs and Jim Crow: The impact of microbiology on public health policies in Progressive Era American South”. *Journal of the History of Biology XLII*, n°3 (2009): 529-559.
- Peard, Julyan G. *Place and Medicine. The Idea of the Tropics in the Nineteenth-Century*. Durham & London: Duke University Press, 1999.
- Peele, Antonio & Riley, Stephen. “For a right to Health Beyond Biopolitics: The Politics of Pandemic and the ‘Politics of Life’”. *Law, Culture and the Humanities* (February 2021). Accesado en <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1743872120978201>.
- Pérez Méndez, Osman. “Salud no espera llegada del coronavirus”. *Primera Hora*, 27 de enero de 2020.
- Pérez Soto, Carlos. *Sobre un concepto histórico de ciencia. De la epistemología actual a la dialéctica*. Universidad Arcis: Santiago, 1998.
- Pérez, Ibrahim. “Padres de nuestra clase médica moderna”. *Galenus XVII*, n°3 (2010): 40-42.
- Perlloni, Eric y Rivera, Rosa. “Comunicado de Prensa: Salud advierte que el contagio por influenza es mayor que el de coronavirus”. *Gobierno de Puerto Rico. Departamento de Salud*, 3 de febrero de 2020.
- Petro, Diane. “Brother, can you spare a dime? The 1940 Census: Employment and Income”. *Prologue Magazine XLIV*, n°1 (2012). Accesado en <https://www.archives.gov/publications/prologue/2012/spring/1940.html>

Pick, Daniel. *Faces of Degeneration: A European Disorder 1848-1918*. New York: Cambridge University Press, 1989.

Pickren Wade E. & Rutherford, Alexandra. "American Psychological Science and Practice between the World Wars". En *A History of Modern Psychology in Context*, Wade E. Pickren & Alexandra Rutherford, 148-177. New Jersey: Wiley, 2010.

_____. "Subject matter, methods and the making of a new science". En *A History of Modern Psychology in Context*, Wade E. Pickren & Alexandra Rutherford, 42-70. New Jersey: Wiley, 2010.

Picó, Fernando. *Vocaciones caribeñas*. San Juan, PR: Ediciones Callejón, 2014.

_____. *Historia general de Puerto Rico*. Rio Piedras: Ediciones Huracán, 1988.

Platón. *Diálogos IV: República*. Madrid: Editorial Gredos, 1986.

Pons, Juan A. "El movimiento antituberculoso. Sus logros y perspectivas". *BAMPR* XLIV, nº7 (1952): 251-258.

_____. "The present-day medical problems in Puerto Rico". *BAMPR* XLII, nº12 (1950): 693-698.

Porter, Roy. *Flesh in the Age of Reason*. London: Penguin Books, 2003

_____. *Madness. A Brief History*. New York: Oxford University Press, 2002.

_____. "The Drinking Man's Disease: The Pre-History of Alcoholism in Georgian Britain". *British Journal of Addiction* LXXX (1985): 385-396.

Porter, Dorothy. "How did social medicine evolve, and where is it heading". *PLoS Medicine* III, nº10 (2006): 1667-1672.

_____. "The History of Public Health: Current Themes and Approaches". *Hygiea Internationalis* I (1999): 9-21.

Portocarrero, Gonzalo. “La utopía del blanqueamiento y la lucha por el mestizaje”. En *Hegemonía cultural y Política de la diferencia*, Alejandro Grimson & Karina Bidaseca (coords.), 165-200. Buenos Aires: Clasco, 2013.

Primera Hora. “No se reportan muertes por COVID-19 en Puerto Rico”, *Primera Hora*, 25 de octubre de 2021. Accesado en <https://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/notas/no-se-reportan-muertes-por-covid-19-en-puerto-rico/>

Primero, Geraldo y Moriana, Juan Antonio. “Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora”. *Revista IIPSI Facultad de Psicología XIV*, n°2 (2011): 189-207.

Programa Graduado de Demografía de la UPR. “Dr. José Luis Janer Mendía”. *DEMO. Programa Graduado de Demografía*, 12 de agosto de 2016. Accesado en [https:// demografia.rcm.upr.edu/jose-janer/](https://demografia.rcm.upr.edu/jose-janer/)

Quadrelli, Silvia. “La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera”. *RAMR I-II*, n°10 (2015): 2-10.

Quijano, Aníbal. “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”. En *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas latinoamericanas*, Edgardo Lander (ed.), 201-246. Ediciones CLACSO: Buenos Aires, 2000.

Quintana Porras, Laura. “‘De la nuda vida a la "forma de vida'. Pensar la política con Agamben desde y más allá del paradigma del biopoder". *Argumentos XIX*, n°52 (2006): 43-60.

RAE. *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso* (Madrid: Joaquín Ibarra, 1780), 824. Accesado en <https://apps2.rae.es/ntlle/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>

_____. *Diccionario de la lengua castellana, en que se explica el verdadero sentido de las voces, su naturaleza y calidad, con las phrases o modos de hablar, los proverbios o refranes, y otras cosas convenientes al uso de la lengua* (Madrid: Imprenta de la Real, 1739).

Raichle, Marcus E. "A brief history of human brain mapping". *Trends in Neuroscience* XXXII, n°2 (2009): 118-126.

Ramírez de Arellano, Annette B. "La insólita historia de Cornelius P. Rhoads". *La Torre* XIV, n°53-54 (2009): 41-74.

_____ & Seipp, Conrad. *Colonialism, Catholicism and Contraception. A History of Birth Control in Puerto Rico*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1983.

Ravanal (de la), Martin y Aurenque Stephan, Diana. "Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault". *Tópicos* LV (2018): 408-437.

Reding, Sofía. "Diversidad y racismo en América Latina". *Latinoamérica* XLIV (2007): 157-179.

Reece, Robert L. "Genesis of U.S. Colorism and Skin Tone Stratification: Slavery, Freedom and Mulatto-Black Occupational Inequality in the Late 19th Century". *Review of Black Economy* XLV, n°1 (2018): 3-21.

Reid, Fiona. "War Psychiatry and Shell Shock". *International Encyclopedia of the First World War* (2019). Accedido en https://encyclopedia.1914-1918-online.net/article/war_psychiatry_and_shell_shock

Restrepo, Eduardo. *Intervenciones en teoría cultural*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2012.

_____. "Cuestiones de método: 'eventualización' y 'problematización' en Foucault". *Tabula Raza* VIII (2008): 111-132.

- Reyes, Harold Leonard. "El impacto de la campaña contra la uncinariasis y la política de salud pública norteamericana en Puerto Rico, 1898-1918". Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico, 1991.
- Reyes Calderón, Adolfo. *Diccionario de Criminología y criminalística*. Guatemala: Kompas, 2006.
- Rigau-Pérez, José G. "The Work of US Public Health Service Officers in Puerto Rico, 1898-1919". *PRHSJ XXXVI*, n°3 (2017): 130-139.
- _____. "The apogee of tropical medicine: An epidemiological portrait of Puerto Rico in 1927". En *A Sojourn in Tropical Medicine. Francis W.O' Connor's Diary of a Porto Rican Trip, 1927*, Raúl Mayo Santana, Annette B. Ramírez de Arellano, José G. Rigau-Pérez (eds.), 147-212. San Juan: La Editorial Universidad de Puerto Rico, 2008.
- _____. "La generación de 1930 en la ciencia puertorriqueña". *Boletín de la Academia Puertorriqueña de la Historia XXVI*, n°71 (2006): 17-34.
- _____. "La Salud en Puerto Rico en el Siglo XX". *PRHSJ XIX*, n°4 (2000): 357-368.
- _____. "Bailey K. Ashford, Más allá de sus Memorias". *PRHSJ XIX*, n°1 (2000): 51-55.
- Rina Simón, César. "Proyección exterior, hispanoamericanismo y regeneración nacional en la península ibérica en el siglo XIX". *Historia Mexicana LXVII* n°4 (2018): 1597-1631.
- Ritchie, Hannah, Mathieu, Edouard, Rodés-Guirao, Lucas, Appel, Cameron, Giattino, Charlie, Ortiz-Ospina, Esteban, Hasell, Joe, Macdonald, Bobbie, Beltekian, Diana & Roser, Max. "Coronavirus Pandemic (COVID-19)". *Published online at OurWorldInData.org* (2021). Accesado en <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=USA#citation>
- Roca de Torres, Irma. "Perspectiva histórica sobre la medición psicológica en Puerto Rico". *Revista Puertorriqueña de Psicología XIX* (2008): 11-48.
- Rodríguez, María Elena. "Tradición y modernidad: el intelectual puertorriqueño ante la década de los treinta". *Op. Cit. III*, (1987-1988): 45-66.

Rodríguez Manzanera, Luis. *Criminología*. México: Editorial Porrúa, 1981.

Rodríguez-Ocaña, Esteban. "Medicine as a Social Political Science. The case of Spain c. 1920". *Hygiea Internationalis* VI, n°2 (2006): 37-52.

_____ y Menéndez Navarro, Alfredo. "Higiene contra la Anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)". *Asclepio* LVIII, n°1 (2006): 219-248.

Rodríguez-Santana, Ivette. "Conquests of Death: Disease, Health and Hygiene in the Formation of the Social Body (Puerto Rico, 1880-1929)". PhD dissertation: Yale University, 2005.

Rodriguez-Silva, Ileana. *Silencing Race: Disentangling Blackness, Colonialism, and National Identities in Puerto Rico*. New York: Palgrave Macmillan, 2012

_____. "A Conspiracy of Silence: Blackness, Class, and National Identities in Post-Emancipation Puerto Rico (1850-1920)". PhD dissertation, University of Wisconsin-Madison, 2004.

Rodríguez Vázquez, Eduardo. "Un médico distinguido en la historia de Puerto Rico". En *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds), 15-36. (Lexington: Zoom Ideal, 2017).

_____, Eduardo, Muñiz, Francisco J., Santos-Corrada, Carmen y Christenson, Bernard. "Historia de las instituciones de salud y educación médica en Puerto Rico del siglo XVI al XX". *Revista puertorriqueña de medicina y salud pública* XLII (2013/2015). Accesado en <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/general/historia-de-las-instituciones-de-salud-y-educacion-medica-en-puerto-rico-del-siglo-xvi-al-xx/1064>.

- _____. “Dr. Antonio Fernós Isern: obra médica (1915-1946)”. En *Dr. Antonio Fernós Isern: De médico a constituyente*, Héctor Luis Acevedo (ed.), 241-284. San Juan: CIEDP, 2014.
- Rodríguez Vázquez, Manuel. “Representing development: new perspectives about the New Deal in Puerto Rico 1933-36”. *Centro Journal* XIV, n°2 (2002): 149-179.
- _____. “Power and development: The Puerto Rico Emergency Relief Administration and the emergence of a new colonial order 1933-36”. Phd Dissertation: Temple University, 2001.
- Rodríguez Zoya, Paula G. “La medicalización como estrategia biopolítica”. *A Parte Rei* LXX (2010): 1-27.
- Romero Cuevas, José Manuel. “Historia y crítica en el último Nietzsche”. *Episteme NS (Revista del Instituto de Filosofía)* XXXI, n°2 (2011): 145-170.
- Romeu (de), Marta Robert. “Llamamiento a las jóvenes puertorriqueñas para estudiar la profesión de enfermería”. En *Antología del olvido (Puerto Rico 1900-1950)*, Eugenio Ballou (ed.), 265-267. San Juan: Folium, 2018.
- Room, Robin. “Addiction concepts and international control”. *The social history of alcohol and drugs*, XX (2006): 276-289.
- Rosario Urrutia, Mayra. “Historiando pandemias: de las restricciones de la ‘pandemia olvidada’ de influenza de 1918, a la apertura cibernética y global del COVID19 (Ponencia abreviada)”. Paneles virtuales sobre el COVID 19, CRIIAS, DEGI, UPR, 28 de mayo de 2020. Accesado en https://www.academia.edu/43482173/Historiando_pandemias_de_las_restricciones_de_la_pandemia_olvidada_de_influenza_de_1918_a_la_apertura_cibern%C3%A9tica_y_global_del_COVID19

_____. “Hacinamiento, tuberculosis y violencia familiar: Un caso “*extremadamente raro*” de homicidio por suicidio en Puerto Rico, 1946”. *Conferencia Inaugural Congreso Ciencias de la Salud*, 9 de abril de 2019. Accesado en <https://uprrp.academia.edu/MayraRosario>.

_____. “*Un desastre natural global*”: La “llegada” y difusión de la pandemia de influenza a Puerto Rico en 1918-1919 (San Juan: Editorial Laberinto, 2018). Accesado en https://www.academia.edu/36296292/Un_desastre_natural_global_la_llegada_y_difusi%C3%B3n_de_la_pandemia_de_influenza_a_Puerto_Rico_en_1918_1919

_____. “Las sociedades femineas de temperancia’: su lucha contra el alcohol y por la participación política”. Conferencia en el *XI Simposio de Historia y género* (UIA, Metro, 26 de septiembre de 2014)1-11, 7. Accesado en https://www.academia.edu/9621921/Las_sociedades_fem%C3%ADneas_de_temperancia_su_lucha_contra_el_alcohol_y_por_la_participaci%C3%B3n_pol%C3%ADtica_XI_Simposio_de_Historia_y_g%C3%A9nero_UIA_Recinto_Metro_26_de_septiembre_de_2014

Rosenthal, Mark y Iudin, Pavel. “Holismo”. *Diccionario filosófico*. Montevideo: Pueblo Unido, 1965). Accesado en <https://www.filosofia.org/enc/ros/holi.htm>.

Rollinger, Robin & Ierna, Carlo. “Christian von Ehrenfels”. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Accesado en <https://plato.stanford.edu/entries/ehrenfels/#GesQua>.

Rothe, Thomas. “La mujer en el discurso nacionalista puertorriqueño de la primera mitad del siglo XX: *Hitos de la raza* de María Cadilla de Martínez”. *Meridional* VII (2016): 227-250.

Rubicki, Ed. *A Short History of the Discovery of Viruses* (Buglet Press, ebook, 2015).

Ruiz, Emilio F. “La acogida de universitarios españoles en Puerto Rico a raíz de la Guerra civil española (1936-1939): los primeros momentos”. *Migraciones y Exilios* IX (2008): 49-72.

- Ruiz Sastre, Emilio F. “Una Universidad posible en tiempos de Jaime Benítez (1942-1972). Los intelectuales españoles acogidos en la Universidad de Puerto Rico a raíz de la Guerra Civil Española”. Disertación doctoral: España/Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2015.
- Runge Peña, Andrés Klaus y Muñoz Gaviria, Diego Alejandro. “El evolucionismo social, los problemas de la raza y la educación en Colombia, primera mitad del siglo XX: El cuerpo en las estrategias eugenésicas de línea dura y blanca”. *Revista Iberoamericana de Educación* XXXIX (2005): 127-168
- Sacristán, Cristina. "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar". *Cuicuilco* XVI, nº45 (2009): 163-189.
- _____. “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”. *FRENIA* V, nº1 (2005): 9-33.
- Saidel, Matías. “La fábrica de la subjetividad neoliberal: del empresario de sí al hombre endeudado”. *Pléyade* XVII (2016): 131-154.
- Salamanca-Gómez, Fabio. “Genes y malaria”. *Gaceta Médica de México* CIV1, nº5 (2005): 443-444.
- Salcedo Chirinos, Cesar Augusto. *Las negociaciones del arte de curar. Los orígenes de la regulación de las practicas sanitarias en Puerto Rico (1816-1846)*. Lajas: Editorial Akelarre, 2016.
- Salinas Araya, Adán. “Biopolítica. Sinopsis de un concepto”. *Hybris* VI, nº2 (2015): 101-137.
- _____. “La biopolítica como léxico. Revisión de las propuestas de Roberto Esposito”. *Hermeneútica Intercultural* XXIII (2013): 63-99.
- Sánchez, Ray. “Como es que Puerto Rico se convirtió en el país más vacunado de Estados Unidos”. *CNN en español* (24 de octubre de 2021). Accesado en <https://cnnespanol.cnn.com/2021/10/24/puerto-rico-lugar-mas-vacunado-estados-unidos-trax/>

- Sánchez Longo, Luis Pío. “Monseñor William Jones: ¿hombre al servicio de Dios o del César?”. En *Tras las huellas del pasado: mosaico de la historia de Puerto Rico, siglos XIX y XX*, Pablo García Colón (ed.), 39-54. Humacao: Isla Negra, 2000.
- Sánchez, Marcelo. “La teoría de la degeneración en Chile (1892-1915)”. *Historia* II, nº47 (2014): 375-400.
- Sánchez Rivera, Rachell. “Imágenes y Representaciones de la Prensa Puertorriqueña: Control de Natalidad, Esterilización y Anticonceptivos en *El Mundo, El Imparcial y Claridad* (1943-1974)”. *De Raíz Diversa* IV, nº7 (2017): 101-135.
- Sánchez Upegui, Alexander Arbey. “Consideración sobre el artículo científico (AC): una aproximación desde el análisis de género y el posicionamiento”. *Lingüística y Literatura* LXXIII (2018): 17-36.
- _____. “Análisis lingüístico de artículo de investigación en ciencias sociales y humanas”. *Lingüística y Literatura* LXII (2012): 105-121.
- Sánchez Hidalgo, Efraín. “La antesala de la adolescencia”. *RSS* XII, nº2 (1951): 2-4, 25.
- Santiago, Kelvin. “‘Our race today [is] the only hope for the world’: an African Spaniard as chieftain of the struggle against ‘sugar slavery’ in Puerto Rico, 1926-1934”. *Caribbean Studies* XXXV, nº1 (2007), 107-140.
- _____. *Subject people and colonial discourses (1898-1947)*. Albany: State University of New York Press, 1994.
- Santiago Caraballo, Josefa. “Reforma agraria de 1941”. *Enciclopedia de Puerto Rico*. Accesado en <https://enciclopediapr.org/encyclopedia/reforma-agraria-de-1941/>.
- Scarano, Francisco A. “The jíbaro masquerado and the subaltern politics of creole identity formation in Puerto Rico, 1745-1823”. *The American Historical Review* C1, nº5 (1996): 1398-1431.

- Schaub, Jean-Frédéric. “En defensa de una historia colonial —no decolonial—de la raza”. En *Las ilusiones de la igualdad. Mestizaje, emancipación y multiculturalismo*, Max-Sebastian Hering Torres (ed.), 18-41. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2020.
- Schell, Patricia. “Eugenics Policy and Practice in Cuba, Puerto Rico, and Mexico”. En *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Alison Bashford & Philippa Levine (eds), 477-492. Nueva York: Oxford University Press, 2010.
- Scholthof, Karen-Beth G. “Tobacco mosaic virus: A model system for plant biology”. *Annual Review Phytopathology* XLII (2004): 13-34.
- Schorske, Carl E. “Politics and the Psyche in fin de siècle Vienna: Schnitzler and Hofmannsthal”. *The American Historical Review* LXVI, nº4 (1961): 930-946.
- Scull, Andrew. *The Insanity of place, The place of insanity. Essays on the history of psychiatry*. New York: Routledge, 2006.
- Sealing, Keith E. “Blood will tell: Scientific racismo and legal prohibitions against miscegenation”. *Michigan Journal of Race and Law* V, nº2 (2000): 559-609.
- Sebastião de Souza, Vanderlei. "La eugenesia de Renato Kehl y la formación de una red internacional en el periodo entre guerra". En *Políticas del Cuerpo Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (comps.), 425-458. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.
- Serlin, David. “Crippling masculinity. Queerness and Disability in U.S. Military Culture”. *QLQ* IX, nº1-2 (2003): 148-179.
- Serrano-Cumplido, A., Antón-Eguía Ortega, P.B., Ruiz García, A., Olmo Quintana, V., Segura Frago, A. Barquilla García, A. y Morán Bayón, A. “COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra”. *Semergen. Medicina de Familia* XLVI (2020): 55-61.

Sheaff, Rod, Halliday, Joyce, Byng, Richard, Ovretveit, John, Exworthy, Mark, Peckham, Stephen & Asthana, Sheena. "Bridging the discursive gap between lay and medical discourse in care coordination". *Sociology of Health & Illness* XXXIX, nº7 (2017): 1019-1034.

Sifres Fernández, Vincent. "Poderes, sanidad y marginación: El cólera morbo en la ciudad de San Juan Bautista de Puerto Rico a mediados del siglo XIX". Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico, 2015.

Silva, Gustavo. "America for the Americans: las consecuencias de una visión geocéntrica tienen para la traducción". *BANLE* XI (2008):181-196.

Silva Gotay, Samuel. *Catolicismo y Política en Puerto Rico*. Rio Piedras: La Editorial UPR, 2005.

Silvestrini, Blanca G. y Luque de Sánchez, María Dolores. *Historia de Puerto Rico: Trayectoria de un pueblo*. San Juan: Ediciones Cultural puertorriqueña, 1987.

_____. "El impacto de la política de salud pública de los Estados Unidos en Puerto Rico 1898-1913". En *Politics, Society and Culture in the Caribbean*, Blanca Silvestrini, 69-83. San Juan: Editorial Universidad de Puerto Rico, 1983.

Silvia Di Liscia, María. "Los bordes y límites de la eugenesia. Donde caen las "razas superiores" (Argentina, primera mitad del siglo XX)". En *Políticas del Cuerpo: Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Gustavo Vallejo & Marisa Miranda (comps.), 377-379. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.

Smith, Kendal. "Louis Pasteur, father of immunology?". *Frontiers in Immunology* III, nº68 (2012): 1-10.

Smith, Virginia. *Clean. A history of personal hygiene and purity*. New York: Oxford University Press, 2007.

Souza (de), Vanderlei Sebastiao. “Brazilian eugenics and its international connections: an analysis based on the controversies between Renato Kehl and Edgard Roquette-Pinto”. *História, Ciências, Saúde* XXIII, suppl (2016): 1-18.

_____. “Science and miscegenation in the early twentieth century: Edgard Roquette-Pinto’s debates and controversies with US physical anthropology”. *História, Ciências, Saúde – Mangueiras*, XXIII, nº3 (2016): 1-17.

Stagnaro, Juan Carlos. “Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina”. *FRENIA* VI, nº1 (2006): 7-37.

Starr, Douglas. “Revisiting a 1930s scandal, AACR to rename a prize”. *Science CCC*, 25 de Abril, 2003: 573-74.

Statista. “Number of coronavirus (COVID-19) cases, recoveries, and deaths worldwide as of October 26,2021”. Accesado en <https://www.statista.com/statistics/1087466/covid19-cases-recoveries-deaths-worldwide/>.

_____. “Coronavirus (COVID-19) death rate in countries with confirmes deaths and over 1,000 reportes cases as of October 26, 2021, by country”. Accesado en <https://www.statista.com/statistics/1105914/coronavirus-death-rates-worldwide/>

Stepan, Nancy. *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America*. New York: University of Cornell Press, 1996.

Stephen, Elizabeth & Cryle, Peter. “Eugenics and the normal body: the role of visual images and intelligence testing in framing the treatment of people with disabilities in the early twentieth century”. *Continuum* XXXI, nº3 (2017): 365-376.

Sternberg, Robert J., Grigorenko, Elena L. & Kidd, Kenneth. “Intelligence, Race, and Genetics”, *American Psychologist* LX, nº1 (2005): 46-59.

Stoler, Ann. "Making empire respectable: the politics of sexual morality in 20th century colonial cultures".

American Ethnologist XVI, n°4 (1989): 634-660.

Suárez y López Guazo, Laura. *Eugenesia y racismo en México*. Coyoacán D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.

_____. "Eugenesia, salud mental y tipología psicológica del mexicano". *Asclepio* LIV, n°2 (2002): 19-40.

_____ y Ruiz Gutiérrez, Rosaura. "Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario". *Ciencias* LX-LXI (2000-2001): 80-86.

_____. "La influencia de la sociedad eugénica mexicana en la educación y en la medicina social". *Asclepio* LI, n°2 (1999): 51-84.

Szreter, Simon. "The Population Health approach in historical perspective". *American Journal of Public Health* XCIII, n°3 (2003): 421-432.

Teo, Thomas. "The historical problematization of 'mixed race' in psychological and human-scientific discourses". En *Defining difference: Race and racism in the history of psychology*, Andrew Winston (ed.), 79-108. Washington: APA, 2004.

The Rockefeller Archive Center. "Wickliffe Rose". *Rockefeller Foundation*. Accesado en https://rockfound.rockarch.org/biographical/-/asset_publisher/6ygcKECNI1nb/content/wickliffe-rose

Toadvine, Ted. "Merleau Ponty". *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Accesado en <https://plato.stanford.edu/entries/merleau-ponty/>

Todorov, Tzvetan. *Nosotros y los otros*. Madrid: Siglo XXI, 2007.

Torentino Rosario, Carlos. "Dominicanos en Puerto Rico critican cómo se ha manejado la crisis salubrista del COVID-19 en su país". *El Nuevo Día*, 2 de junio de 2021. Accesado en

<https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/notas/dominicanos-en-puerto-rico-critican-como-se-ha-manejado-la-crisis-salubrista-del-covid-19-en-su-pais/>

Torres Apablaza, Iván. “Soberanía política, inmunidad y excepción. Claves hermenéuticas sobre la gubernamentalidad neoliberal”. *Ideas y Valores* LXVI, nº164 (2017): 79-104.

Torres-Degló, Arnaldo. "Discusión legislativa y gubernamental en Puerto Rico ante los asuntos de índole poblacionales: Estrategias e intrigas entre 1898-1937". *CIDE digital* I (2) (2010): 47-76.

_____. “Las políticas poblaciones en Puerto Rico. Cinco siglos de dominación colonial”.
Disertación doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2004.

Torres-Gómez, José. “La aportación de la Asociación Médica de Puerto Rico a la Creación y Desarrollo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico”. *PRHSJ* XVII, nº2 (1998): 145-147.

_____, “Dr. Arana Soto (Semblanza)”. En *Semblanza del Dr. Salvador Arana Soto*, José M. Torres Gómez, 11-17. Quebradillas: San Rafael, 1988.

Tracy, Jessica L., Robins, Richard W. & Gosling, Samuel D. “Tracking trends in psychological science: an empirical analysis of the history of psychology”. En *The life cycle of psychological ideas: Understanding prominence and the dynamics of intellectual change*, T. C. Dalton & R. B. Evans (eds), 105–130. New York: Kluwer, 2004.

Traverso, Enzo. “Comparar la Shoah. Preguntas abiertas”. En *La historia como campo de batalla. Interpretar las violencias del siglo XX*, Enzo Traverso, 175-208. Fondo de Cultura Económica: México, 2011.

Trigo, Benigno. *Subjects of Crisis: Race and Gender as Disease in Latin America*. Hanover & London: University Press of New England, 2000.

_____. “Anemia and Vampires: Figures to Govern the Colony, Puerto Rico, 1880-1904”.
Comparative Studies in Society and History XLI, nº1 (1999): 104-123.

Trouillot, Michel-Rolph, "Adieu, cultura: surge un nuevo deber". En *Transformaciones globales: La antropología y el mundo moderno*, Michel-Rolph Trouillot, 175-209. CESO: Bogotám 2011.

Trujillo-Pagán, Nicole. *Modern Colonization by Medical Intervention: U.S. Medicine in Puerto Rico*. Leiden: Brill, 2013.

_____. "Worms as a Hook for Colonising Puerto Rico". *Social History of Medicine* XXVI, nº 4 (2013): 611-632.

_____. "The Politics of Professionalization: Puerto Rican Physicians during the Transition from Spanish to US Colonialism". En *Health and Medicine in the circum-Caribbean 1800-1968*, Juanite De Barros, Steven Palmer & David Wright (eds), 142-164. New York: Routledge, 2009.

_____. "Health beyond prescription: A postcolonial history of Puerto Rican Medicine at the Turn of the Twentieth Century". PhD dissertation., University of Michigan: 2003.

_____. "Controlling Malaria and Men: Rockefeller Health Intervention in 'Porto Rico', 1920-1926". *Center for Research on Social Organization. Working Paper Series*, nº560 (January 1998): 1-31. Accesado en https://www.academia.edu/1848248/Controlling_Malaria_and_Men_Rockefeller_Health_Intervention_in_Porto_Rico_1920_1926.

Urdaneta del Valle, Mario. "Estudio de la personalidad de doce delincuente federales". *RSS XI*, nº1 (1950): 16-22.

U.S. Department of Labor. "History of Federal Minimum Wage Rate Under the Fair Labor Standards Act, 1938-2009". Accesado en <https://www.dol.gov/agencies/whd/minimum-wage/history/chart>.

Vall, Xavier. "Pompeu Gener, un positivista darwinista contrario al naturalismo zoliano". *Revista de Filología Románica XXV* (2008): 313-335.

Valle, Elga. "Carlos E. Chardón Palacios". *Enciclopedia de Puerto Rico*. Accesado en <https://enciclopediaipr.org/content/carlos-e-chardon-palacios/>

Vallejo, Gustavo. "La hora cero de la eugenesia en la Argentina: disputas e ideologías en el surgimiento de un campo científico, 1916-1932". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* XXV (2018): 15-32.

_____ y Miranda, Marisa. "La eugenesia y sus espacios institucionales en Argentina". En *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (eds), 145-192. Buenos Aires: Siglo XXI, 2005.

_____. "El Ojo del Poder en el espacio del saber: Los Institutos de Biotipología". *Asclepio* LVI, n°1 (2004): 219-245.

Van Dijk, Teun. "Análisis del discurso del racismo". *Crítica y Emancipación* II, n°3 (2010): 65-94.

_____. "El análisis crítico del discurso". *Anthropos* CLXXXV (1999): 23-36.

_____. "Aims of Critical Discourse Analysis". *Japanese Discourse* I (1995): 17-27.

Varadarajan, Tunku. "How Science Lost the Public's Trust". *The Wall Street Journal*, 23 de julio de 2021.

Accesado en <https://www.wsj.com/articles/covid-china-media-lab-leak-climate-ridley-biden-censor-ship-coronavirus-11627049477>.

Vázquez, José L. "La esterilización femenina en Puerto Rico". *Revista de Ciencias Sociales* XVII n°3 (1973): 281-308.

_____. "The demographic evolution of Puerto Rico". Phd dissertation, University of Chicago, Illinois, 1964.

Vásquez, María Fernanda. "Degeneracion y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia?".

História, Ciências, Saúde – Manguinhos XXV, supl, (2018): 145-158.

- Vera, Antonieta, Aguilera, Isabel M. y Fernández, Rosario. “Demandas de autenticidad: deseo, ambivalencia y racismo en el Chile multicultural”. *Convergencia* XXV, n°76 (2018): 13-36.
- Vera Gajardo, Antonieta. “‘La superioridad moral de la mujer’: Sobre la norma racializada de la femineidad en Chile”. *Historia y Política* XXXVI (2016): 211-240.
- Vega, Lugo, Ramonita. “Epidemia y sociedad: el cólera en Mayagüez y San Germán 1856”. Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico, 1989.
- Veyne, Paul. *Foucault: His thought and his character*. Polity: Cambridge, 2010.
- Vigarello, Georges. *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada Editores, 2006.
- _____. “La droga, ¿tiene un pasado?”. En *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*, Alain Ehrenberg (ed.), 79-94. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.
- _____. *Lo limpio y lo sucio: la higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza, 1991.
- Villaronga, Gabriel. “Constructing Muñocismo: Colonial politics and the rise of the PPD, 1934-1940”. *Centro Journal* XXII, n°2 (2010): 173-197.
- Villasante, Olga. "Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entre siglos: Asistencia pública frente a sanatorios privados". *Frenia* V, n°1 (2005): 69-101.
- Vine, Nicholas. “Psychology under the Third Reich”, *IQP* (2009). Accesado en <https://digitalcommons.wpi.edu/iqp-all/2080/>
- Wailoo, Keith. “Sicke Cell Disease—A History of Progress and Peril”. *The New England Journal of Medicine* XXXVII, n°9 (2017): 805-807.
- Walker, Kristy. “Historical perspectives on economic crises and health”. *The Historical Journal* LIII, n°2 (2010): 477-494.

- Walsh, Catherine. “‘Raza’, mestizaje y poder: horizontes coloniales pasados y presentes”. *Crítica y Emancipación* II, nº3 (2010): 95-124.
- Watson, John B. “What is Behaviorism?”. En *Behaviorism*, John B. Watson, 3-18. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & CO, 1925.
- Weindling, Paul. “The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40”. *História Ciências, Saúde – Manguinhos* XIII, nº3 (2006): 1-14.
- _____. “La Fundación Rockefeller y el Organismo de Salud de la Sociedad de las Naciones: Algunas conexiones españolas”. *Revista Española de Salud Pública* LXXIV (2000): 15-26.
- White, Hayden. *Tropics of Discourse*. London: John Hopkins University Press, 1978.
- Willard Wirtz, William. *The economic situation of Negroes in the United States*. Washington: U.S. Department of Labor, 1962.
- Winston, Cynthia E. & Winston, Michael R. “Cultural Psychology of Racial Ideology in Historical Perspective: An Analytic Approach to Understanding Racialized Societies and Their Psychological Effects on Lives”. En *Oxford Handbook of Culture and Psychology*, Jaan Valsiner (ed.), 558-581. Oxford University Press: London, 2012.
- Wittgenstein, Ludwig. *Philosophical Investigation*. Oxford: Basil Blackwell, 1986.
- Wood, Francis A. “Greek and Latin Etymologies”. *Classical Philology* XIV, nº3 (1919): 245-272, 246.
- Young, David C. “*Mens Sana in Corpore Sano?* Body and Mind in Ancient Greece”. *The International Journal of the History of Sport* XXII, nº1 (2005): 22-41.
- Zulawski, Ann. “Environment, Urbanization, and Public Health: The Bubonic Plague of 1912 in San Juan, Puerto Rico”. *Latin American Research Review* LIII, nº3 (2018): 500-516.

Apéndice:
Breves anotaciones biográficas de algunos
médicos en Puerto Rico

En este apéndice hemos facilitado información biográfica sobre algunos de los doctores en Puerto Rico que aparecen citados y discutidos con mayor frecuencia en la disertación. El objetivo es proveer información más detallada en torno a la educación, especialidad y obra escrita de estos médicos, por lo general poco conocidos fuera (o hasta dentro) del campo de la medicina, junto a los pocos detalles biográficos conocidos. Lo que presentamos no son biografías exhaustivas, y pueden existir lagunas e imprecisiones en los datos presentados. No obstante, es un buen punto de partida que nos permite contextualizar “lo dicho” por los médicos que hemos analizado en esta disertación. La mayoría de estos médicos también publicaron otros textos no médicos, sean ya ensayos políticos, cuentos, novelas o poemarios —esto se refiere a todos los médicos que aparecen en el diccionario de Salvador Arana Soto (*Diccionario de Médicos (Que se han distinguido fuera de la Medicina)*)—. Muchas de las citas que utilizamos son de médicos que, de un modo u otro, nos proveen una idea de la percepción que se tuvo de dichos profesionales, al menos dentro del campo de la medicina. Por lo general, estas citas, que en su mayoría provienen de Arana Soto, no buscan reproducir alguna verdad o dato concreto, sino “lo dicho” por otros médicos o autoridades médicas. Por esa razón hemos retenido el uso de ciertas mayúsculas, según aparecen utilizadas por los médicos que hemos usado como referencias biográficas (o para retener el modo que se escribían ciertas funciones o puestos).

En este listado hemos puesto anotaciones breves sobre Ramón Emeterio Betances, Manuel Zeno Gandía, Antonio Fernós Isern, Cayetano Coll y Toste, Bailey Ashford y, entre otros, José Celso Barbosa, centrándonos en los datos biográficos básicos y lo que conoce sobre sus textos y

educación médica. No ofrecemos una biografía detallada, en particular si concierne a sus actividades fuera del campo de la medicina, porque estos autores son figuras conocidas y ya existen otros estudios historiográficos que detallan mejor la obra política, médica y privada. Ya un análisis más detallado, un tipo de prosopografía, fuese objeto de una futura y necesaria indagación.

1. Arbona, Guillermo (1910-2002)

Nació en Maricao, y se doctoró en la Universidad de Ohio (donde hizo premédica), continuando en George Washington University y doctorándose en medicina en Saint Louis University en el 1934. Fue adiestrado en la Unidad de Salud Pública y estuvo a cargo de organizar la Unidad de Salud Pública que proveyó servicios a Juana Díaz, Villalba y Coamo. Ocupó varios puestos en el Departamento de Sanidad del 1935 hasta el 1942 (asociados a asistir y organizar actividades de las Unidades de Salud Pública), cuando renunció a dichos cargos. Durante la década de los treinta conoce a Joseph Mountin, con quien mantuvo según el mismo Arbona una “estrecha amistad”, y debido a su exitosa remisión de un brote de fiebre tifoidea recibió una beca de la RF para estudiar Salud Pública en Estados Unidos (en *John Hopkins University* y en donde tomó la última clase que dio el “fundador de la epidemiología moderna”, Wade Hampton Frost). En el 1943 fue jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública en la EMT y fue Secretario de Salud del Departamento de Salud del 1957-1966¹.

2. Arana Soto, Salvador (1908-1993)

Nació en San Sebastián en el 1908. Autor de varios cuentos, poesías y textos de carácter histórico. Se graduó de Bachiller en Ciencias en la Universidad de Harvard en 1930. Hizo su doctorado en

¹ Grupo Editorial EPRL, “Arbona, Guillermo”, *Enciclopedia de Puerto Rico*. Recuperado en <https://enciclopediapr.org/content/guillermo-arbona/>; Guillermo Arbona, *Memorias* (San Juan: La Editorial UPR, 2007) 1-3, 19, 23, 25, 28.

Tolosa (España) en el 1935 y en el 1943 se especializó en enfermedades perivasculares en la Universidad de Illinois Chicago (bajo el Dr. Takats). Según el médico José M. Torr s-Gómez, Arana Soto hizo su maestría en Ciencias de Medicina Física bajo el Dr. Coulter en la Universidad de Northwestern en el 1945. Según Torr s-Gómez, Arana Soto fue el primer graduado en Medicina Física en Estados Unidos y Latinoamérica. Al llegar a Puerto Rico, Arana Soto funda el primer departamento de Medicina Física. Fue médico titular en Quebradillas bajo PRRA. En Mayagüez fue presidente del Comité Municipal del Partido Popular (PPD) y del Consejo de Fundadores del Partido (uno de 10 médicos que formaron parte del PPD antes del 1940). También fue médico titular en Mayagüez durante la década de los cuarenta y por un tiempo dirigió el Sanatorio local de dicho pueblo. Desempeño varias funciones, tanto médicas como académicas durante las siguientes décadas. Entre otras distinciones, Arana Soto destaca que fundó la Asociación de Clubes de Domin ².

3. Ashford, Bailey (1873-1934)

Nació en Washington en el 1873, con padres de un “puro linaje colonial, contaba entre las más viejas familias coloniales y fundadoras de la república”³. Graduado en el 1896 de Georgetown y en el 1897 se unió al ejército de los Estados Unidos. Describe la uncinariasis en los campesinos en Puerto Rico en el 1899 e inicia la primera Comisión de Anemia en el 1904, Ashford funda junto a Pedro Gutiérrez Igaravidez y Isaac González Martínez el Instituto de Medicina Tropical e Higiene en el 1912. En el 1925 fue nombrado “Profesor de Medicina Tropical” en la Universidad de Puerto Rico⁴. Arana Soto resume así sus contribuciones: “Demostr  la presencia en la Isla de uncinaria.

² Salvador Arana Soto, *Diccionario de Médicos (Que se han distinguido fuera de la Medicina)* (San Juan: Aldecoa, 1963), 31-33; José M. Torr s-Gómez, “Dr. Arana Soto (Semblanza)”. En *Semblanza del Dr. Salvador Arana Soto*, José M. Torres Gómez, (Quebradillas: San Rafael, 1988) 11-17, 13-16.

³ Esteban García Cabrera, "Bailey Ashford", *BAMPR XXV*, n 6 (1933): 391-396; 392.

⁴ García Cabrera, "Bailey Ashford", 391-92; Boletín de la Asociación Médica de P.R., “Instalación de un busto del

Se distinguió como investigador y dejó aquí familia. Ha sido muy celebrado en P.R. Una calle de Santurce lleva su nombre”⁵. Otros detalles en torno a su vida aparecen discutidos en el quinto capítulo, en particular en los actos de conmemoración hechos al publicarse su autobiografía (poco antes de su muerte).

4. Balasquide, Lorenzo A. (1899-1987)

Nació en Peñuelas y se doctoró en el 1923 en Chicago. Ejerció como médicos inicialmente en Isabel y posteriormente Ponce. Escribió textos políticos bajo el seudónimo de Mario Mauri y varios textos de carácter histórico (sobre Ponce y Peñuelas)⁶. Aunque no hemos encontrado mucha información biográfica respecto a Balasquide, sí hemos encontrado que publicó varios textos médicos en el BAMPR sobre cuestiones quirúrgicas de la mujer, en particular aspectos asociados a maternidad. Dedicó unos pocos textos a la niñez y un ensayo sobre la mujer como madre (“La mujer y la madre”). Hemos de suponer que tal vez era obstetra o tocólogo debido a sus textos especializados en intervenciones quirúrgicas asociadas a la obstetricia. Entre sus textos tenemos: “Un diámetro obstrético”, *BAMPR* XVIII, nº9 (1935); “Carcinoma del cuello y prolapso completo de la matriz”, *BAMPR* XVIII, 1936; “Algunas consideraciones sobre las hemorragias tardías del puerperio”, *BAMPR* XXXII, nº2 (1940); “Contraindicaciones de la operación cesárea”, *BAMPR* XXXV, nº5 (1943).

doctor Bailey K. Ashford en la Escuela de Medicina Tropical”. *BAMPR* XXVI, nº1 (1934): 32-39, 35 (el autor de segmentó fue el galeno Rafael Bernabe).

⁵ Salvador Arana Soto, *Catálogo de Médicos de P.R. de siglos pasados* (San Juan: Aldecoa, 1966), 42.

⁶ Arana Soto, *Diccionario*, 38; Israel Rosario Borrero, “Dr. Lorenzo A. Balasquide”, *Conoce a Peñuelas*. Accesible en <https://conoceapenuelas.weebly.com/dr-lorenzo-a-balasquide.html>.

5. Baralt y Greco, José María (¿?)

Recibió su doctorado en la Universidad de Barcelona en el 1874. Impartió cursos en la Institución de Enseñanza Superior creada por el Ateneo de Puerto Rico en el 1888⁷. Aunque no existe mucha información en torno a este galeno, lo que sí hemos encontrado que es de los pocos médicos, junto a Francisco Goenaga y Manuel Alonso, que escribe sobre temas de psiquiatría para finales del siglo XIX.

6. Barbosa, José Celso (1857-1921)

Lamentablemente no discutimos a José Celso Barbosa en esta disertación debido a la poca cantidad de artículos médicos publicados en las revistas médicas y científicas en Puerto Rico. Sorprende lo poco que se discute o sabe sobre la obra médica de Celso Barbosa en oposición a su obra política y ensayística. Junto a José Antonio Lanauze, Celso Barbosa es de los pocos médicos identificados como “negro” y que se doctoró en Estados Unidos para finales del siglo XIX. Pese a que no discutimos si nos parece pertinente añadirlo a esta lista y mencionar mínimamente algunos datos biográficos. Celso Barbosa nació en Bayamón e hizo su doctorado en la Universidad de Michigan, en 1881. Originalmente había solicitado a la Universidad de Columbia, pero fue rechazado por ser identificado de raza negra. Fundó el Partido Liberal Ortodoxo en el 1897, el cual se convirtió posteriormente Partido Republicano Puertorriqueño en 1899. Arana Soto destaca el rol político y los diversos artículos ensayísticos escritos por Barbosa, pero ofrece poca información en torno a su obra médica⁸.

⁷ Arana Soto, *Catálogo*, 52.

⁸ Arana Soto, *Diccionario*, 38-45. Lo mismo sucede también en Grupo Editorial EPRL, “José Celso Barbosa”, *Enciclopedia PR*, 15 de junio de 2021. Accesible en <https://enciclopediapr.org/content/jose-celso-barbosa/>,

7. Belaval, José S. (1879-1953)

Nació en San Juan en el 1879. Se doctoró en la Jefferson Medical College en Filadelfia en el 1904 y tomó cursos posgraduados en Estados Unidos del 1909 al 1911 (en Nueva York). Su especialidad fue ginecología y obstetricia. Fundó la Asociación de Librepensadores en Ponce en el 1909 (junto a su hermano que era dentista). Fue oficial médico en San Juan en el 1911, director del Hospital Municipal de Santurce del 1912 al 1914, tocólogo consultor del Hospital Presbiteriano de San Juan y entre otros roles y funciones que fungió fue “médico comadrón” del Hospital Mimillas y del Hospital de Maternidad del Auxilio Mutuo⁹. Fue presidente de la AMPR en el 1918. Como ya hemos discutido en el quinto capítulo, Belaval fue una figura clave, desde la década de los treinta, en la conformación y dirección de métodos contraceptivos (para más detalles ver las secciones de ese capítulo dedicadas a contracepción y neomaltusianismo). Al respecto Arana Soto dice “creo que se distinguió como defensor del uso de contraceptivos”¹⁰.

8. Betances, Ramón Emeterio (1827-1898)

Nació en Cabo Rojo y fue reconocido como abolicionista y a favor de la independencia de Puerto Rico. A partir del 1837 se educó en Francia y se doctoró en la Facultad de Medicina en la Universidad de Paris en el 1853 (otras fuentes dicen 1855). En el 1856 regresó a Puerto Rico y revalidó sus credenciales para ejercer como médico-cirujano. Ejerció durante la epidemia de cólera del 1856 y junto al Dr. José Francisco Basora, alertó las autoridades que se tomasen medidas preventivas. Se dice que dominaba la obstetricia, la oftalmología, la urología y la epidemiología. Aunque resulta difícil evaluar estas calificaciones y especialidades dentro de los estándares de

⁹ Conrado Asenjo, “Belaval, Dr. José”, en *“Quién es quién en Puerto Rico”. Diccionario biográfico* (San Juan: Imprenta Venezuela, 1948-1949). 22

¹⁰ Arana Soto, *Catálogo*, 58-59.

mediados del siglo XIX, sí sabemos que la disertación de Betances, en 1855, fue sobre las causas del aborto y refleja, según la estima del Dr. Ángel Lugo Meléndez (ginecólogo puertorriqueño), detalles y conocimientos admirables para la época. En términos de técnicas quirúrgicas, Betances parece haber mostrado las técnicas más actualizadas que enseñaba la reconocida universidad parisina y parece ser de los primeros médicos que llega a Puerto Rico con ambas especialidades (cirugía y medicina-clínica). Escribe en el 1864 unas memorias sobre la osteotomía, un procedimiento quirúrgico poco conocido en aquel entonces. Escribe artículos sobre oftalmología y parásitos en el 1873 y el 1880, además de varios artículos sobre varios temas médicos y sanitarios durante las últimas décadas del siglo XIX (al parecer, la mayoría publicados en París)¹¹. También publicó textos, tanto en prosa y poesía, en español y francés (en ocasiones bajo el seudónimo de Bin Tah) y tradujo al español textos italianos y en latín. Según Arana Soto, “más que por médico lo han celebrado los puertorriqueños por patriotita y lo han bastante en nuestra poesía aunque no tanto como pudiera esperarse”¹². Llama la atención que pese a los elogios que le brinda Arana Soto, también aclara “quizá el único médico terrorista puertorriqueño”¹³.

9. Costa Mandry, Oscar (1898-1991)

Nació en Yabucoa. Hizo sus estudios doctorales en Estados Unidos, primero en Baltimore (en Mount Vernon Institute) y en el 1921 se graduó de la Universidad de Maryland. Hizo un internado en Baltimore (en Mercy Hospital). Continuó sus estudios en Columbia University en Nueva York, para especializarse en patología y bacteriología. En el 1923 retorna a Puerto Rico y se convierte

¹¹ Para más detalles en torno a sus textos médicos ver Eduardo Rodríguez Vázquez, “Un médico distinguido en la historia de Puerto Rico”, en *Obras Completas. Escritos médicos y científicos*, Félix Ojeda Reyes y Paul Estrade (eds). (Lexington: Zoom Ideal, 2017): 15-36, 25-33. Ver también Mario Cancel Sepúlveda, “Ramón Emeterio Betances”, *Enciclopedia PR*, 16 de noviembre de 2020. Accesible en <https://enciclopediaipr.org/content/ramon-emeterio-betances/>.

¹² Arana Soto, *Diccionario*, 48-57

¹³ Arana Soto, *Catálogo*, 64-65.

en el bacteriólogo del Departamento de Sanidad en 1929. En el 1928 se certificó en medicina interna. Fue director de los laboratorios en el Departamento de Sanidad e hizo varias investigaciones en la EMT. Como hemos podido ver en los capítulos cuarto y quinto, Costa Mandry fue uno de los especialistas en microbiología que publicó artículos sobre sífilis, tuberculosis y otros temas epidemiológicos. Como también discutimos en el quinto capítulo, Costa Mandry fue uno de los médicos que defendió la necesidad de una universidad autóctona de medicina y llevo a cabo los estudios para evidenciar su posibilidad. Entre los títulos y roles que llevo a cabo, tenemos que fue presidente de la Junta de Tecnólogos Médicos (1936-1946) y de la AMPR (1940-1941), Director Médico del Programa de Tecnología Médica de la Escuela de Medicina Tropical (1939) y, entre otros, director de Educación Médica del Departamento de Salud (1950). Fundó en la década de los sesenta la Escuela de Tecnología Médica del Departamento de Salud y se le conoce como el “padre de la tecnología médica” en Puerto Rico¹⁴.

10. Coll y Toste, Cayetano (1850-1930)

Nació en Arecibo y se doctoró en la Universidad de Barcelona en el 1874. Fue medico municipal en Arecibo durante una epidemia de viruelas en el 1876. Además de ser médico, Coll y Toste desempeñó varios roles políticos y académicos, en particular el Historiador de Puerto Rico del 1912 al 1930 y presidente de la Academia de la Historia y del Ateneo Puertorriqueño. También fue miembro de la Academia de la Lengua, de la Sociedad de Historia, entre otras instituciones y/o asociaciones., En el 1897 fue Subsecretario de Agricultura, Industria y Comercio y delegado delegado de San Juan. Con la intervención estadounidense en el 1898, fue nombrado Secretario

¹⁴ Norman Maldonado, “Dr. Oscar Costa Mandry y la educación médica”, *Galenus* X, n°2. Recuperado de <https://www.galenusrevista.com/?Dr-Oscar-Costa-Mandry-y-la>; F, William Sunderman, “In Memoriam. Oscar Costa-Mandry-M.D. 1898-1991”, *Annals of Clinical and Laboratory Science* XX, n°1 (1992): 76-77; Arana Soto, *Catálogo*, 114-16.

Civil del Gobierno Militar y, en el 1900, comisionado del Interior del Gobierno Civil, además de formar parte de la Cámara de Delegados y del Consejo Ejecutivo. Según Arana Soto, aunque Coll y Toste “no fue un gran pensador ni un apóstol como Eugenio María de Hostos, ni un gran patriota como Ramón Emeterio Betances”, sí lo estimaba como “tan grande como ellos, porque su nombre por sí sólo es toda una institución”. Coll y Toste fue reconocido en el país por sus escritos de historia, en especial sus textos sobre tradiciones y leyendas¹⁵. Este dato es importante tenerlo en cuenta cuando consideramos sus análisis en torno al jibaro y la raza (lo cual discutimos en el cuarto capítulo).

11. Fernández García, Eugenio (1888-1946)

Nació en Luquillo y fue un especialista de enfermedades respiratorias (incluyendo la tuberculosis). Fue presidente de la AMPR del 1924 al 1927 y editor de *El Libro de Puerto Rico*. También fue Representante a la Cámara de Representantes del 1929 al 1933. Aunque no nos centramos muchos en este médico, en gran parte porque fueron pocos textos de su autoría los que encontramos, sí llama la atención que fue, al parecer por un tiempo prolongado, uno de los miembros de la Junta Insular de Eugenesia¹⁶ (un dato que no se tiende a mencionar en las biografías breves hechas por Arana Soto y Quevedo Báez). Según Quevedo Báez, este galeno “cultivó la ciencia, para ensanchar sus conocimientos, sin olvidarse del sacerdocio médico, que le imponía virtudes y magia espiritual de amor, para sus enfermos”¹⁷.

¹⁵ Arana Soto, *Diccionario*, 72-78; Grupo Editorial EPRL, “Coll y Toste, Cayetano”, *Enciclopedia de Puerto Rico*. Recuperado en <https://enciclopediaipr.org/encyclopedia/coll-y-toste-cayetano/>

¹⁶ Lo poco que sabemos respecto a su rol es a través de un memorándum dirigido a Luis Muñoz Marín solicitando, entre otras cosas, que se llene el puesto vacío (al parecer desde el 1946) que ocupaba el galeno en la Junta Insular de Eugenesia. Sorprende cuánto tiempo tardaron las autoridades en percatarse que hacía falta rellenar dicho vacío (eran solo cinco puestos, cuatro de estos por médicos). Ver Hiram Torres Rigual, “Memorandum al Sr. Gobernador (Luis Muñoz Marín)”, 12 de enero de 1960. Versión digital accesible en <http://dspace.cai.sg.inter.edu/xmlui/handle/123456789/11887>

¹⁷ Manuel Quevedo Báez, “Oración fúnebre a la memoria del Dr. Eugenio Fernández García”, *BAMPR XXXVIII*, n° 5 (1946): 185-87, 186; Arana Soto, *Diccionario*, 106; Arana Soto, *Catálogo*, 152.

12. Fernós Isern, Antonio (1895-1974). Nació en San Lorenzo y se graduó de la *University of Maryland* en el 1915. Estudia en el 1933 en el *Columbia Medical Center* y se gradúa de cardiología en el 1934. Según Eduardo Rodríguez Vázquez, Fernós Isern fue el “primer cardiólogo” en Puerto Rico con adiestramiento formal. Fernós Isern fue subcomisionado de Sanidad (1919-1921, 1923-1931), presidente de la Junta de Bienestar de la Niñez (1926-1933), y Comisionado de Sanidad (1931-33, 1942-1946), Gobernador Interino (del 1943-45), Comisionado Residente de Puerto Rico (1946-1964). Colabora con Luis Muñoz Marín en la formación del PPD en el 1938. Ofreció cursos en la Salud Pública en la EMT (del 1933-1940). Fue también el Director Médico de las Unidades Rurales¹⁸.

13. Figueroa, Leopoldo (1886-1970)

Nació en San Juan y fue reconocido por desempeñar dualmente como abogado y médico, además de ser una figura importante en términos legislativos. Según Arana Soto “si no me equivoco, es el médico que más veces ha ocupado escaños en nuestras cámaras legislativas”. Estudió medicina en la Universidad de la Habana y más tarde, en el 1922 fue a Madrid para especializarse en obstetricia. Cuando regresó de la Habana fue director del leprocomio (sustituyendo a Agustín Stahl) y fue Jefe de Servicios Médicos en el Hospital Municipal de San Juan (al parecer entre el 1912 y 1922). Posteriormente fue director del Hospital de Maternidad en el Hospital Municipal de San Juan desde el 1924. También fue Presidente de la Junta Estatal de Beneficencia y asesor del Fondo de Seguro

¹⁸ Arana Soto, *Diccionario*, 108-109; Norman Maldonado, “El Dr. Antonio Fernós Isern (1895-1974): Médico, salubrista, cardiólogo y político”, *Galenus XL*, n°7 (2014): 42-43; Héctor Luis Acevedo, “Dr. Antonio Fernós Isern: arquitecto de ideas, forjador de realidades”, en *Dr. Antonio Fernós Isern: De médico a constituyente*, ed. Héctor Luis Acevedo, (San Juan: CIEDP, 2014), 1-93, 91-93; Eduardo Rodríguez Vázquez, “Dr. Antonio Fernós Isern: obra médica (1915-1946)”, en *Dr. Antonio Fernós Isern: De médico a constituyente*, ed. Héctor Luis Acevedo, (San Juan: CIEDP, 2014), 241-84, 272.

de Estado, entre otros puestos. Su padre, Jesús Figueroa era amigo de Luis Muñoz Rivera y desde el 1900 Leopoldo Figueroa participó de actividades del Partido Federal Americano. Formó parte del Partido Unión Republicana y ocupó varios escaños en la Cámara de Representantes (1915, 1917, 1932-44, 1952) y en el Senado de 1943 al 48. Al respecto Arana Soto menciona: “ha impulsado numerosos proyectos, luego convertidos en ley, de carácter social, y es particularmente notable la legislación eugenésica por él realizada durante los periodos comprendidos entre 1932 y 1940”¹⁹. Como discutimos en el quinto capítulo, Figueroa fue un figura importante en promulgar ideas eugenésicas y neomaltusianas.

14. Font y Guillot, Eliseo (1856-1923)

Nació en Trujillo Alto, se doctoró en Santiago de Galicia en el 1880 y fue presidente de la AMPR (1909-1911). También fue catedrático de latín y castellano en el Instituto Provincial de Puerto Rico (y al parecer dio clases de Historia también)²⁰ y fundó a finales del siglo XIX la revista de breve circulación *La Verdad Médico Social*. Fue también alcalde en Mayagüez, y fue parte del Partido Unionista. Arana Soto lo considera “maestro de vocación”²¹. Fue identificado, por Quevedo Báez, como un medico forense y como “precursor sagaz” de la “Neurología” y psiquiatra que “revelaba” las “deficiencias mentales o taras hereditarias”²². Junto a Goenaga y Baralt, es de los pocos médicos que escribió sobre temas asociadas a psiquiatría.

¹⁹ Arana Soto, *Diccionario*, 115; Norman Maldonado, “El Dr. Leopoldo Figueroa Carreras (1886-1970): Médico, abogado y político”, *Galenus* LIV, nº8 (2015): 72-73. Recuperado de <http://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Leopoldo-Figueroa-Carreras>

²⁰ Manuel Quevedo Báez, “Discurso del Dr. M. Quevedo Báez con motivo del homenaje rendido por la Asociación Médica a sus expresidentes. 23 de julio de 1932”. *BAMPR* XXIV, nº203 (1932): 379-393, 383.

²¹ Arana Soto, *Diccionario*, 116-17.

²² Quevedo Báez, “Discurso”, 384.

15. García Cabrera, Esteban (¿1889-1965?)

Era un especialista en dermatología y sifilología²³. No hemos podido ubicar mucha información en torno a este médico, más allá de su especialidad y los textos que hemos analizado bajo su autoría (en el quinto capítulo). Sabemos que tiene el mismo nombre de su padre, que era también médico (graduado de Sevilla en el 1879²⁴) y al parecer, dejándonos ir por sus artículos publicados en el BAMPR, defendía posturas eugenésicas.

16. Garrido Morales, Eduardo (1898-1953)

Nació en San Lorenzo y se graduó del *Medical College of Virginia* en el 1924. Al parecer fue un buen amigo de Arana Soto. Con una beca concedida por la *Rockefeller Foundation* estudió Salud Pública en la *John Hopkins University*. De acuerdo con José Rigau Pérez, debido a que Garrido Morales estudió y colaboró con Wade Hampston Frost, “el primer profesor de epidemiología en el mundo”, podemos considerarlo “el primer epidemiólogo moderno de Puerto Rico”²⁵. Fue Comisionado de Sanidad del 1933 al 1942 y de la Coalición Republicana Socialista²⁶. Como hemos mencionado en el quinto capítulo, Garrido Morales simpatizó y facilitó los métodos contraceptivos y regulaciones eugenésicas.

17. Goenaga, Francisco (1856-1937)

Nació en La Guaira, Venezuela. Se doctoró en España, graduado de la Universidad de Santiago en el 1879, especializado en alienismo/psiquiatría. Hasta cierto punto fue de los pocos alienistas en

²³ Aparece como un “Associate in Dermatology and Syphilology” y consultor en la facultad de la Escuela de Medicina Tropical. Ver School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico, *Announcement 1936-1937* (University of Puerto Rico and Columbia University), 4, 7.

²⁴ Arana Soto, *Catálogo de*, 177-78; “Dr. Pedro Esteban García-Cabrera”, *Family search*. Accesible en <https://ancestors.familysearch.org/en/GSR1-VX3/dr.-pedro-esteban-garc%C3%ADa-cabrera-y-cabrera-1889-1965>.

²⁵ José Rigau Pérez, “La generación de 1930 en la ciencia puertorriqueña”. *Boletín de la Academia Puertorriqueña de la Historia* XXVI, n°71 (2006): 17-34, 25; Arana Soto, *Catálogo*, 185

²⁶ Rigau Pérez, “La generación de 1930”, 26; Arbona, *Memorias*, 46.

el país. Da la impresión de que en términos oficiales fue de los pocos peritos y especialistas de medicina forense y psiquiatría con las debidas cualificaciones desde finales del siglo XIX hasta las primeras décadas de siglo XX. Asistió a Stahl en la primera ovariectomía hecha en Puerto Rico, en el 1890. Fue director del Manicomio Insular de Puerto Rico y, según Arana Soto, es considerado una figura clave en modernizar dicho establecimiento. Estuvo afiliado al Partido Autonomista²⁷.

18. Gómez Brioso, José (1854-1930)

Nació en San Juan y fue tanto médico como periodista, escritor y político (asociado al Partido Autonomista). Curiosamente, pese a que sepa sobre su participación política y sus ensayos, se sabe poco sobre su educación médica. Se sabe que ejerció como médico entre el 188º y 1898 en Ponce y que trabajó en el Departamento de Sanidad a principios del siglo XX (al aparecer fue director en el 1904)²⁸.

19. González Martínez, Isaac (1871-1954)

Nació en Utuado, se tituló en el 1897 en Barcelona y se doctoró en el 1900 en Madrid. Trabajó junto a Ashford en la Comisión de Anemia. En el 1904 publicó su descubrimiento de un caso clínico de bilharzia o *Schistosomiasis*, siendo la primera descripción de dicha enfermedad en América. Junto a Ashford y Pedro Gutierrez Igaravidez formó parte de la fundación del Instituto de Medicina Tropical e Higiene en el 1912. Fue uno de los primeros radiólogos (educado y certificado en el 1920 en Paris), además de ser tocólogo, urólogo clínico (al parecer el primero), bacteriólogo y al parecer uno los primeros médicos en estudiar comprensivamente el cáncer. En el 1938 funda la Liga Puertorriqueña contra el Cáncer (y ayudó a la formación posterior del Hospital

²⁷ Manuel Quevedo Báez, “Dr. Francisco R. de Goenaga”, *BAMPR* XXIX, nº3 (1937): 115; Arana Soto, *Diccionario*, 129-130; Arana Soto, *Catalogo*, 201-03.

²⁸ Arana Soto, *Diccionario*, 133-34; Arana Soto, *Catalogo de*, 208.

Oncológico en lo que hoy llamamos el Centro Médico de Puerto Rico)²⁹.

20. Gutiérrez Igaravidez, Pedro (1871-1935)

Nació en San Juan. Arana Soto comienza así la entrada respecto a este médico en su diccionario: “Todos los médicos conocen de este colega suyo, nacido en San Juan, la gran obra de salud pública que hizo en unión del Dr. Ashford, siendo presidente de la Comisión de Anemia”. En un tono similar, Quevedo Báez en el 1932 declaraba que su “personalidad médica va ligada a los capítulos de la historia más interesante, de estos últimos 30 años”³⁰. Gutiérrez Igaravidez se doctoró en Barcelona, fue parte de la primera Comisión de Anemia en el 1903 y, la cual presidió por dos años antes de formar la segunda Comisión de Anemia. También, según Arana Soto, fundó en el 1904 la Liga Antituberculosa y fue el primer director del primer sanatorio en el país. En el 1917 evidenció la existencia del *Plasmodium* de Laveran en su laboratorio en Bayamón y director del Negociado de Enfermedades Transmisibles y fue parte de la formación del Instituto de Medicina Tropical en el 1912. Continuó sus estudios posdoctorales en Londres para actualizar sus labores y conocimientos microscópicos, al igual que obtuvo educación como tisiólogo y radiólogo. Buscó promover la aplicación experimental de la vacuna contra la tuberculosis de Calmette y Guérin pero sin éxito. Fue también presidente de la AMPR en el 1915³¹.

21. Guzmán Rodríguez, Manuel, padre (1863-1932) e hijo (1892-1971)

Padre e hijo nacieron en Añasco. El padre se doctoró en Barcelona y fundó, en Mayagüez, el periódico *La Vanguardia*, en el 1895. Es considerado uno de los fundadores del nacionalismo (entiéndase aquí, de ideología separatista y que favorecía la independencia del país), aunque

²⁹ Arana Soto, *Catálogo*, 210; Quevedo Báez, “Discurso”, 390; Norman Maldonado, “Dr. Isaac González Martínez” *Galenus* 6, n° 12 (2008). Recuperado en <http://www.galenusrevista.com/?Dr-Isaac-Gonzalez-Martinez>.

³⁰ Arana Soto, *Diccionario*, 144; Quevedo Báez, “Discurso”, 388-89.

³¹ Arana Soto, *Diccionario*, 144-45; Quevedo Báez, “Discurso”, 388.

originalmente perteneció al Partido Republicano (hasta el 1904). En el cuarto capítulo hacemos uso de los textos del padre (en particular, su texto sobre nacionalismo publicado en *El Libro de Puerto Rico*) y al parecer simpatizaba con posturas eugenésicas. En el quinto capítulo aludimos al hijo. Guzmán Rodríguez, hijo, se doctoró en el 1915 en la Chicago College of Medicine and Surgery. Se especializó como radiólogo, graduándose de Nueva York en el 1921. Fue radiólogo en la Clínica Perea del 1921 al 1936 y, entre otros puestos fue “Radiólogo Visitante” del Departamento de Sanidad del 1936 al 1941³².

22. Janer, José L. (1909-1985)

Nació en San Juan y se graduó con una maestría en bioestadísticas en la John Hopkins, donde hizo una disertación en crecimiento poblacional. Aunque no es un médico lo incluimos en este listado porque hizo investigaciones de carácter médico, vía análisis epidemiológicos y demográficos. Por ejemplo, Janer colaboró en varias investigaciones con a Juan A. Pons y otros médicos y especialistas en la EMT. También fue, desde el 1942 hasta el 1958, Director del Negociado de Registro Demográfico y Estadísticas Vitales. Se le atribuye haber convertido la oficina del registro demográfico en la primera escuela graduada de demografía en la isla³³.

23. Lanauze Rolón, José Antonio (1893-1951)

Nació en Coamo y se doctoró en otorrinolaringología en Washington, en la Universidad de Howard. Junto a Barbosa es uno de los pocos médicos que es identificado como “negro” (y llama la atención como ambos médicos tienen pocas publicaciones en el BAMPR). Perteneció al Partido Independentista Puertorriqueño y al Partido Comunista. En términos de publicaciones es más

³² Norman Maldonado, “El Dr. Manuel Guzmán Rodríguez y tres generaciones de médicos en una familia”, *Galenus* LXX, nº3 (2018): 50-51; Arana Soto, *Diccionario*, 147; Arana Soto, *Catálogo*, 223-24.

³³ “Dr. José Luis Janer Mendía”, *Programa Graduado de Demografía*. Recuperado en [https:// demografia.rcm.upr.edu/jose-janer/](https://demografia.rcm.upr.edu/jose-janer/)

conocido por sus textos políticos (como *Por los caminos de la violencia* y *¿Por qué soy comunista?*) y poéticos. Lamentablemente nuestro objetivo no es, como tampoco lo ha sido con otros médicos, un análisis literario y político de la obra de este galeno, quien al parecer simpatizaba no solo con el comunismo sino con el romanticismo alemán y la idea del superhombre en Nietzsche (aunque, esto era algo común en aquellos médicos eugenistas y neomaltusianos que hicieron una lectura muy sesgada del pensador alemán)³⁴. Llama la atención lo que dice Arana Soto respecto a Lanauze, “[recordaba] vagamente a este médico por haber leído en la prensa acerca de sus actividades políticas y lo recordaba vagamente como comunista”. Arana Soto menciona que en la década de los cuarenta ingresó al Partido Independista “por haber perdido la fe en Muñoz Marín y sus hombres”³⁵. Resulta llamativo la poca información que ofrece al respecto Arana Soto en torno a la educación médica (tampoco da información sobre pueblo de nacimiento, fecha de nacimiento o muerte). Como apuntamos en el cuarto capítulo, Lanauze fue una figura importante en los discursos contraceptivos y neomaltusianos porque fue el fundador de la primera asociación de control de natalidad en Puerto Rico (La Liga para el Control de la Natalidad en Poince), en el 1925. También mantuvo una comunicación epistolar con Margaret Sanguer, eugenista y una figura clave de los métodos contraceptivos³⁶. También parecer ser el único comunista en este listado/apéndice.

24. Lavandero Nieves, Ramón (aproximadamente 1890-1950s)

Arana Soto lo conoció personalmente, pero no informa mucho al respecto al galeno, más allá de

³⁴ Los vínculos entre el eugenismo y ciertas lecturas de Nietzsche es un asunto que hemos apuntado en varias ocasiones en la disertación, aunque de forma somera (en los capítulos tercero y cuarto). Para un análisis de su obra poética y sus influencias o resonancias con la poesía alemana, el nihilismo y “existencialismo” alemán, ver Miguel A. Nater, “Ciencia, progreso y escepticismo en *Momentos*, de José A. Lanauze Rolón”, *Revista de Estudios Hispánicos* I, nº1 (2014): 157-81, 157-72.

³⁵ Arana Soto, *Diccionario*, 184-85; Arana Soto, *Catálogo*, 252

³⁶ La correspondencia a Margaret Sanguer parece haber iniciado en el 1926. Ver la carta 36 en Esther Katz & Cathy Moran (eds), *The Selected Papers of Margaret Sanger, Volume 4: Round the World of Birth Control, 1920-1966* (s.l.: University of Illinois Press, 2016).

la posibilidad de haber publicado en el periódico y que su foto aparecía en el *Libro de Puerto Rico*³⁷. A partir de la información provista por Arana Soto, inferimos que nació para finales del siglo XIX y murió cerca de la década de los cincuenta. Según Manuel Guzmán Rodríguez este médico, a quien describe como un “devoto admirador de la hispanidad en todas sus manifestaciones”, va a Harvard y recibe entrenamiento y certificación en el 1920 en las áreas de obstetricia y ginecología. En el 1922 regresa a Puerto Rico y es asesor médico de la Comisión de Indemnizaciones a Obreros y del 1923 al 1933 asume sucesivamente la dirección del Sanatorio Antituberculoso, la dirección del Negociado de Bienestar Social, la dirección de la División de Medicina Social y Puericultura y al final, la del Negociado de Beneficiencia. Fue además editor de la *Journal of Public Health and Tropic Medicine* en el 1933, además de ser Inspector Médico del Fondo de Estado, entre otras cosas³⁸. A partir de lo que hemos analizado de sus textos en el quinto capítulo, Lavandero simpatizaba con el neomaltusianismo y el marxismo, y el gobierno republicano en España (fundó, junto a Tomás Blanco la Asociación Pro Democracia Española)³⁹.

25. Malaret, Pedro, padre (1862-1937) e hijo (1891-1981)

Pedro Malaret Yordán nació en Sabana Grande e hizo sus estudios se secundaria en el Instituto Provincial. Se doctoró en medicina en la Universidad de Barcelona en 1885, y en Puerto Rico inició ejerciendo como médico titular en Lares. Asistió a Asford desde el 1899 cuando en Ponce. Estuvo afiliado al Partido Autonomista y según Arana Soto uno de los fundadores de dicho partido (en el 1887). Se casó con su prima, Amina Tió Malaret, que según Arana Soto fue “una de las primeras feministas de Puerto Rico y propulsora del Día de las Madres”. Malaret Yordán fue

³⁷ Arana Soto, *Diccionario*, 185-86.

³⁸ Manuel Guzmán Rodríguez en Arana Soto, *Catálogo*, 257-58.

³⁹ Emilio Ruiz, “La acogida de universitarios españoles en Puerto Rico a raíz de la Guerra civil española (1936-1939): los primeros momentos”, *Migraciones y Exilios IX* (2008): 49-72, 53

Director del Departamento de Sanidad en el 1913 y 1914, y presidente de la AMPR en el 1920. Quevedo Báez lo considera un ejemplo del médico clínico (o de “los hondos secretos de la clínica”), cuyo saber dependía de la observación detallada, no solo del aspecto físico del paciente sino del pulso, la respiración y de cualquier otra “anormalidad”. Lo compara a los demás médicos clínicos de finales del siglo XIX como Zeno Gandía, Coll y Toste, Baralt, Font y Guillot, Veve Calzada y, entre otros, Valle Atilés⁴⁰. Su hijo, Pedro Malaret Tió nació en Lares y se doctoró en Pensilvania en el 1912. Ejerció en Puerto Rico, al menos inicialmente como cirujano asistente de los *Public Health Services*. Según Norman Maldonado, Malaret Tió fue el “primer interno de Medicina” y trabajó en el Hospital Municipal de San Juan. Fue parte de la Comisión de Anemia y tuvo varios puestos oficiales, entre ellos director del Hospital Municipal de Yauco y, en el 1932, Subcomisionado de Sanidad hasta el 1942⁴¹.

26. Martínez Roselló, Manuel (1862-1931)

Nació en Humacao y graduado en Barcelona. Fue redactor de la revista *El Herarldo* y ejerció como médico en Patillas, Arecibo y San Juan. Existe una colección de relatos y experiencias médicas publicadas en 1930 (*Galénicas*), y publicó varios artículos en varios periódicos y revistas. Seguidor de Muñoz Rivera y miembro de la Academia de Medicina⁴².

27. Morales y García, Luis M. (1904-¿?)

Graduado de la UPR en el 1922 y hace su doctorado en el Medical College of Virginia en el 1926, y estudios posdoctorales en Neuropsiquiatría en el 1928-1929. Fue Jefe de Psiquiatría Clínica del

⁴⁰ Manuel Quevedo Báez, “Dr. Pedro Malaret Yordan”, BAMPR XXIX 2 (1937), 69-72, 69-70; Arana Soto, *Diccionario*, 207-08.

⁴¹ Norman Maldonado, “El Dr. Pedro Malaret Tió: Subcomisionado de Salud”, *Galenus* XLV, n°2 (2014). Accesible en <https://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Pedro-Malaret-Tio>.

⁴² Arana Soto, *Diccionario*, 212-13; Arana Soto, *Catálogo*, 283-84.

Hospital de Psiquiatría de Puerto Rico de 1929-1935 y fue designado Psiquiatra del Hospital de la Universidad del 1932-1944. Fue también presidente de la AMPR en el 1946. También fue uno de los primeros profesores de psiquiatría en la Escuela de Medicina de la UPR. Arana Soto lo declara un “distinguido psiquiatra de San Juan de quien se dice que pudo haberse ganado la vida tocando el violín”⁴³. No hemos podido localizar una fecha exacta de muerte. Como discutimos en el capítulo quinto, Morales fue uno de los pocos médicos que escribió una crítica, breve pero explícita, contra la eugenesia como teoría que explicase los desórdenes mentales. Durante la década de los cuarenta fue uno de los pocos médicos en Puerto Rico que se dedicó a escribir sobre psiquiatría y defendía una postura, al menos en apariencia, no biologicista de las enfermedades mentales.

28. Morales Otero, Pablo (1896-1971)

Nació en Río Piedras y se graduó en medicina en la Universidad de Maryland en el 1919. En el 1923 estuvo a cargo del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad. Morales Otero fue uno de los “graduados/certificados” (en realidad no se proveía un grado sino algo cercano a lo que hoy llamaríamos una certificación) de la primera clase de la Escuela de Medicina Tropical en el 1928. También fue también profesor e investigador de la EMT y del 1940 al 1946 director de esta institución. En el 1934 fue presidente de la AMPR y en el 1936 director de la División de Sanidad de la PRRA. Fue miembro de la Asamblea Constituyente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1951-52) y representante por acumulación del PPD⁴⁴.

⁴³ “Notas editoriales: Luis M. Morales y García”, *BAMPR* XXXVIII, n°1 (1946): 39; Arana Soto, *Diccionario*, 217; *Catálogo de*, 301. Norman Maldonado, “La psiquiatría en Puerto Rico: Notas sobre su desarrollo”. *Galenus* XX n°3 53-54. Recuperado en <https://www.galenusrevista.com/?La-Psiquiatria-en-Puerto-Rico&%20recherch%20e=%20psiquiatri%20rosello>.

⁴⁴ Grupo Editorial EPRL, “Morales Otero, Pablo”, *Enciclopedia de Puerto Rico*. Recuperado en <https://enciclopediaipr.org/encyclopedia/morales-otero-pablo/>; Arana Soto, *Diccionario*, 220-21.

29. Ortiz, Pedro N. (1888-¿?)

Nació en Comerío y se doctoró en el 1919 en Boston. Hemos encontrado poca información biográfica en torno a este galeno. Por ejemplo, no hemos podido encontrar una fecha exacta de muerte. Fue Comisionado de Sanidad del 1923 al 1931 y profesor en la EMT. Antes de ser Comisionado de Sanidad Ortiz fue maestro rural e inspector de escuelas durante la década de los veinte, enfocándose en la necesidad de educar y “rescatar” a los jibaros de su “atrasos” y “atavismos”⁴⁵.

30. Panigua y Adones, Alfonso (1865-1925)

Nació en Carolina y se graduó de medicina en Barcelona en el 1888. Se tiene poca información biográfica o concreta. Sabemos, según Arana Sotó, que ejerció, para principios del siglo XX, como médico en Juncos, Rio Piedras y Salinas⁴⁶.

31. Pila Iglesias, Manuel (1882-1950)

Nació en España y vivió en Puerto Rico a partir de los tres años. Estudió medicina en la Universidad de Barcelona, pero se doctoró en Madrid. Continuó sus estudios en varias universidades, especializándose en varias áreas, desde microbiología hasta otorrinolaringología (en Viena) y electrocardiografía (en Berlín). Al volver a Puerto Rico residió en Ponce. Se le reconoce por haber importado en el 1913 una máquina de rayos X y una de electrocardiografía (suponemos que fue una de las primeras). Pila fundó en el 1925 la Clínica Quirúrgica Dr. Pila, y poco después fundó también el Hospital Mercedes y la Clínica Central (dirigidas a personas con

⁴⁵ Para una crítica en torno a la visión que tuvo Ortiz en torno al jibaro ver Solsiree del Moral, “Rescuing the jíbaro: renewing the Puerto Rican Patria through school reform”, *Caribbean Studies* XLI, n°2 (2013): 91-135, 104-07.

⁴⁶ Fernando Torres, “Médicos Residentes en Puerto Rico durante la primera década del siglo XX”, *Historia y Genealogía PR*, Recuperado en <http://historiaygenealogiapr.blogspot.com/2015/06/medicos-residentes-en-puerto-rico.html>; Arana Soto, *Catálogo*, 325; Trujillo-Pagán, *Modern Colonization*, 116.

escasos recursos). Impulsó la formación de la Cruz Azul en Puerto Rico. Fue presidente de la AMPR (1942-43) y estuvo en la comisión para establecer una Escuela de Medicina en la Universidad de Puerto Rico⁴⁷.

32. Pons, Juan A. (1903-¿?)

Nació en Aibonito y se doctoró en la Escuela de Medicina de Jefferson en el 1928. Hizo estudios posdoctorales en Nueva York y Carolina del Norte. Según Norman Maldonado, fue Superintendente Médico en la EMT, entre los años 1932 y 1940. Fue Comisionado de Sanidad en el 1946 y al Muñoz Marín Gobernador continuo este puesto (ahora llamado Secretario de Salud). Se le atribuye haber logrado que se aprobara, en el 1948, el uso de los Fondos Hill Burton (que eran fondos federales) para la construcción de más hospitales, lo cual llevo a la creación de los Centros de Salud⁴⁸. En ese sentido, podemos ver que Pons contribuyó, junto a Fernós Isern y Arbona en la regionalización de los servicios médicos.

33. Quevedo Báez, Manuel (1865-1955)

Nació en Sabana Grande. Se doctoró en Madrid en el 1894. Es considerador uno de los fundadores (aunque Arana Soto lo describe como “el fundador”) de la Asociación Médica de Puerto Rico (AMPR) y el primer presidente de dicha asociación (1902-1904). Arana Soto lo considera “el primer historiador de la Medicina puertorriqueña” y uno de los “más fecundos prosistas”. Ocupó varios puestos y reconocimientos como médicos y prosista. Entre sus puestos, Quevedo Báez fue también presidente del Ateneo Puertorriqueño (1912-1914) y de la Academia de Medicina de

⁴⁷ Norman Maldonado, “El Dr. Manuel de la Pila Iglesias: Ilustre médico de Ponce y Puerto Rico”, *Galenus* IX. Recuperado de <https://www.galenusrevista.com/?El-Dr-Manuel-de-la-Pila-Iglesias>; Arana Soto, *Catálogo*, 336-37.

⁴⁸ Norman Maldonado, “Dr. Juan A. Pons: Secretario de Salud”, *Galenus* XVIII, N°4. Accesible <https://www.galenusrevista.com/?Dr-Juan-A-Pons-Secretario-de-Salud>

Puerto Rico (desconocemos los años exactos)⁴⁹. En el 1898 formó parte del Partido Republicano, junto a otros médicos (como José Celso Barbosa, Francisco del Valle Atilés, José Carbonell y Rafael López), pero posteriormente (desconocemos la fecha exacta) va a favorecer a Muñoz Marín y la posibilidad de independencia⁵⁰. Al parecer por 34 años (desconocemos las fechas exactas, pero fue antes de la década de los cuarenta) trabajó en el cuerpo de la Policía Insular⁵¹.

34. Rodríguez Castro, José (1854-¿1900?)

Nació en San Juan y vivió y ejerció al menos en Ponce. Desconocemos la fecha exacta de muerte. Se tituló en Madrid en el 1873. Se dice que gozaba de un buen sueldo como médico forense y tenía clientela. Al parecer publicó una serie de artículos en el periódico *el Diario* contra Rosento Matienzo Cintrón⁵². A partir de los textos que hemos analizado, escritos a finales del siglo XIX, Rodríguez Castro eran, junto a Francisco Goenaga, de los pocos médicos que publicaba sobre temas psiquiátricos. También escribió un libro muy sugestivo, titulado *Cosas de Haytí*, que contiene argumentos racialistas. También publicó un texto titulado *Por mi patria y por mi raza* pero desconocemos los contenidos o el argumento principal de este.

35. Rodríguez Pastor, José (1894-1978)

Nació en Cayey y se doctoró en el 1921 en la Jefferson Medical College en Filadelfia y en el 1925 se graduó con un título postgraduado de la Trudeau School of Tuberculosis. En el 1924 fundó la Sociedad para Evitar la Tuberculosis en Niños, y fue presidente del Refugio de Niños

⁴⁹ Arana Soto, *Diccionario*, 264-66; “Manuel Quevedo Báez”, *EcuRed*. Accesible en https://www.ecured.cu/Manuel_Quevedo_B%C3%A1ez. Muchos de los datos biográficos utilizados por Arana Soto los adquiere de los trabajos de Quevedo Báez, ver Arana Soto, *Catálogo*, 345.

⁵⁰ Ver Nicole Trujillo-Pagán, *Modern Colonization by Medical Intervention: U.S. Medicine in Puerto Rico* (Leiden: Brill, 2013), 14, 49-50, 175-76.

⁵¹ “Notas Editoriales: Dr. Manuel Quevedo Báez” *BAMPR XXXVI*, n°9 (1944): 408-09, 408.

⁵² Arana Soto, *Diccionario*, 280; Arana Soto, *Catálogo*, 366.

Desamparados y de la Asociación General Antituberculosa, entre otros puestos. Del 1925 al 1944 fue Jefe del Negociado de Tuberculosis del Departamento de Sanidad⁵³. Igual a otros médicos en este apéndice, Rodríguez Pastor escribió ensayos y textos de ficción, además de artículos científicos y médicos. Según Arana Soto, “todo el mundo conoce a este distinguido médico contemporáneo como un especialista en enfermedades del pecho que ha tomado una parte considerable en la lucha contra la tuberculosis en Puerto Rico”⁵⁴.

36. Romero Cantero, Calixto (1856-1911)

Nació en San Juan y su padre, también médico, Romero Togores fue abolicionista y partidario del separatismo junto a Betances —fue entre los desterrados en el 1867 por el general Marchesi, regresando al próximo año al suspenderse la orden de destierro, y ser encarcelado junto al Dr. Goyco en el Castillo de San Cristobal por su asociación al Grito de Lares—. Romero Cantero hizo su bachillerato y maestría en Nueva York y se graduó de cirugía en el 1877 de medicina en el Bellevue Hospital Medical College. Continuó sus estudios en Madrid y Paris. En Puerto Rico ejerció en Barranquillas y Cayey. Enseñó inglés en la Escuela Profesional. Fue director de la Casa de Salud “San Luis” de 1880 hasta 1884⁵⁵.

37. Ruiz Arnau, Ramón. (1874-1934)

Nació en Arecibo y se doctoró en Madrid, en 1897. Cofundador de la AMPR, estudios de medicina graduado de Madrid. Descrito por Quevedo Báez como un “gran psicólogo y mentalista”. Inferimos, a partir de sus escritos (que analizamos en el cuarto capítulo), que tenía conocimientos (aunque desconocemos si estudios formales) sobre psicología y psiquiatría. Ramón Ruiz fundó la

⁵³ Fundación Puertorriqueña de las Humanidades, “Rodríguez Pastor, José”, *Enciclopedia de Puerto Rico*. Recuperado el 1 de diciembre de 2019 en <https://enciclopediaipr.org/en/encyclopedia/rodriguez-pastor-jose/>

⁵⁴ Arana Soto, *Diccionario*, 281-82.

⁵⁵ Arana Soto, *Diccionario*, 282-84.

primera “Academia de Medicina” en Puerto Rico y fue su primer presidente (1915-1917). También fundó, como ya señalamos en el capítulo cuarto, la “Liga Contra la Tuberculosis” a principios del siglo XX. Según Arana Soto fue “uno de los más prolíficos escritores médicos en esta Isla y, con la excepción del Dr. Agustín Stahl, aquel cuyas obras recibieron mejor acogida en el extranjero”⁵⁶.

38. Ruiz Soler, Alejandro (1881-1936)

Nació en Quebradillas y se doctoró en la Universidad de Maryland en el 1906. Según Norman Maldonado “fue uno de los primeros graduados de esta prestigiosa Universidad, donde después se prepararon muchos destacados médicos y dentistas de Puerto Rico, sobre todo en la primera mitad del siglo XX”. Maldonado también lo considera “uno de los héroes de la medicina y la salud pública de Puerto Rico debido al importante papel que cumplió a inicios del siglo XX, época en que múltiples enfermedades infecciosas afligían a nuestra población”. Al parecer, Maldonado se refiere principalmente al hecho de que Ruiz Soler fue el primer médico puertorriqueño que tuvo el puesto de Comisionado de Sanidad en el 1917 (poco después, en el 1918 fue la epidemia de la llamada “Influenza Española”) hasta el 1921. Logró, con la asistencia de la *Rockefeller Foundation* (RF), que se construyera en el 1917 el Hospital Antituberculoso (originalmente, como vimos en el capítulo cuarto, se llamó “Sanatorio Insular Antituberculoso”), en donde actualmente está el Hospital Universitario en el Centro Médico de la UPR. Debido al rol de Ruiz Soler en la construcción de este hospital/sanatorio en el 1926 lo nombraron Hospital Antituberculoso Dr. Alejandro Ruiz Soler. Quevedo Báez lo considero un “Ápóstol” por su rol en construir dicho sanatorio/hospital y por lograr que “por vez primera” la RF “extendiese sus beneficios a P.R.”.

⁵⁶ Manuel Quevedo Báez, “A la memoria, siempre grata, del malogrado compañero, el ilustre y esclarecido Dr. Ramon Ruiz Arnau”, *BAMPR* XXVI, nº6 (1934): 227-29, 227; Arana Soto, *Diccionario*, 285-86.

Estuvo afiliado al Partido Unión de Puerto Rico⁵⁷.

39. Stahl, Agustín (1842-1917)

Nació en Aguadilla, de procedencia alemana, y se doctoró en Wurzburg, Alemania. Según Arana Soto era “alemán por la progenie y por la cultura⁵⁸”. Reconocido como naturalista/botánico, etnólogo, demógrafo y antropólogo. En el 1890, en Manatí, practicó la primera ovariectomía del país (la paciente falleció en el proceso). Fue presidente de la AMPR en el 1904 y fue presidente de la Liga contra la Uncinaria. Como vimos en el capítulo tercero y cuarto, Stahl fue de los pocos médico que ofreció un análisis demográfico centrado en la fecundidad de las mujeres, acentuando las campesinas. Respecto a su obra Arana Soto aprovecha para aclarar “al poco aprecio que se tiene de los libros de nuestros hombres⁵⁹”. Quevedo Báez lo consideraba “uno de los primeros entre los hombre de Ciencia” en el país, y quien le tocó vivir una época “donde predomina lo anómalo y lo ilógico” que le había quitado los puestos de instrucción que tuvo durante el régimen español⁶⁰.

40. Suárez, Ramón M. (1895-1981)

Nació en Loíza y se graduó del *Medical College of Virginia* en el 1917. Se le conoce como internista y cardiólogo. En el 1928 fundó el hospital Clínica Mimiya. Fue presidente de la AMPR y en la EMT se dedicó al estudio del esprú y posteriormente la cardiología⁶¹.

⁵⁷ Norman Maldonado, ‘El Dr. Alejandro Ruiz Soler (1881-1936): Comisionado de Sanidad’, *Galenus* LXII, n°1 (2017): 64-65; Arana Soto, *Catálogo*, 381-83.

⁵⁸ Manuel Quevedo Báez, “Discurso”, 382.

⁵⁹ Arana Soto, *Diccionario*, 297-305, 297. Ver también Arana Soto, *Catálogo*, 409-10.

⁶⁰ Manuel Quevedo Báez, “Nuestras capacidades médicas: Dr. Agustín Stahl”, *BAMPR* 1, n°4(1903), 55-56.

⁶¹ Rigau Pérez, “La generación de 1930”, 26-28; Arana Soto, *Catálogo*, 412.

41. Valle Atilés, Francisco (1852-1928)

Nació en San Juan e hizo su doctorado en España (al parecer fue en la Universidad de Sevilla o la de Cádiz) y estuvo un año posgrado en la Sorbona en París. Valle Atilés fue uno de los fundadores del Ateneo Puertorriqueño y presidente de esta institución en el 1893, y de la AMPR en el 1916. Originalmente estuvo en el Partido Liberal, luego Autonomista, en el Partido Federal y en el Partido Republicano⁶². Fue editor, junto a otros, de la *Revista Médico-Farmacéutica* (1875-1878) y de las revistas *La Salud* y *El Eco Médico*. Participó también del periódico del *Primer Centenario de la defensa de Puerto Rico*, publicado en el 1897⁶³ y aparece como colaborador del *Heraldo de la Mujer*. Además de sus textos médicos, que en esta disertación hemos destacado sus textos respecto a eugenesia e higiene, Valle Atilés publicó varios cuentos y una novela (*Inocencia*)⁶⁴. Estuvo afiliado al Partido Autonomista, como delegado representando el distrito de San Juan (vale destacar que también junto a él estaban los doctores José Gómez Brioso, José C. Barbosa y su hermano, en aquel momento farmacéutico, Pedro del Valle Atilés en San Juan)⁶⁵. Fue miembro del comité del 1898, junto al Dr. Manuel F. Rossy, Major T. Van R. Hoff y Dr. George G. Groff, que estuvo encargado de revisar las instituciones de la Isla⁶⁶. Fue el primer alcalde de San Juan bajo el régimen estadounidense (nombrado por el General Brooke)⁶⁷. Junto al Dr. Ruiz Arnau se le considera uno de los fundadores de la Liga Contra la Tuberculosis⁶⁸. Tal cual como lo describe

⁶² Ricardo Alegría, “Presidentes del Ateneo (1876-1976)”, *Revista del Instituto de Cultura Puertorriqueña* XIX, n° 73 (1976): 3; Arana Soto, *Diccionario*, 314.

⁶³ *Lealtad y heroísmo de la isla de Puerto Rico (1797-1897)* (Puerto Rico: Imp. De A. Lynn e Hijos de Perez Moris, 1897), 346.

⁶⁴ Arana Soto, *Diccionario*, 315-17.

⁶⁵ *Constitución Orgánica del Partido Autonomista Portorriqueño proclamada en la Asamblea de Ponce el 10 de marzo de 1887* (Ponce: Tip. De la Revista de Puerto Rico, 1889), 33.

⁶⁶ John Joseph Osuna, *Education in Porto Rico* (New York: Teachers College, Columbia University, 1923), p.109.

⁶⁷ Ángel Rivera, *Crónica de la Guerra Hispanoamericana en Puerto Rico* (Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, 1922), 534.

⁶⁸ Arana Soto, *Diccionario*, 314; Eugenio Astol, “Dr. Ramón Ruiz Arnau”, *Puerto Rico Ilustrado (PRI)* XIII, n° 1402 (23 de enero 1937): 14.

Quevedo Báez en el 1932: “A él corresponde la gloria, de haber dado los primeros pasos en la iniciación de prácticas sobre Eugenesia en Puerto Rico. Haciéndose meritoria justicia, debemos afirmar, que el Dr. Francisco del Valle, fue nuestro primer higienista, sagaz previsor del movimiento sanitario que tanto ha elevado, en rango de cultura, a nuestro pueblo”⁶⁹.

42. Valle Atilés, Manuel (¿?)

No tenemos mucha información de Manuel del Valle Atilés, pero sabemos que fue el menor de los dos hermanos de Francisco del Valle Atilés. Graduado de la Universidad de Michigan, el menor de los tres hermanos Valle Atilés (todos médicos), como cirujano dentista y fue, de acuerdo con el testimonio de su sobrino Víctor M. del Valle Atilés, el que sirvió de interprete de los estadounidenses en el 1898⁷⁰. Al estallar la guerra, Valle Atilés era corresponsal del *The New York Herald*, y al parecer por esa razón las autoridades españolas en San Juan lo consideraban *persona non grata* y lo tuvieron bajo vigilancia de la policía secreta⁷¹.

43. Valle Atilés, Pedro (¿?-1937)

Inicialmente Pedro del Valle Atilés fue farmacéutico y tenía una botica en San Juan. De acuerdo con su sobrino Víctor M. del Valle Aviles, su tío vendió la botica para irse a estudiar a la Universidad de Michigan, graduándose en el 1891 de médico-cirujano. Fue durante 31 años el médico comandante de la Estación de Cuarentena en Miraflores del U.S. Public Health Service. Su hijo, Pedro G. Valle Atilés, falleció en el 1957 y era un cirujano-dentista graduado también de la Universidad de Michigan. Curiosamente vale anotar, de acuerdo a su hijo Víctor, que su padre y madre (Ana Jovita Atilés, hija de Don Diego Atilés) eran emparentados⁷². Pedro del Valle Atilés

⁶⁹ Quevedo Báez, “Discurso”, 386.

⁷⁰ Arana Soto, *Catálogo*, 436-37

⁷¹ Rivera, *Crónica.*, 21.

⁷² Arana Soto, *Catálogo*, 436-7.

muere en noviembre de 1937, según aparece publicado en *Puerto Rico Ilustrado*⁷³.

44. Vélez López, Rafael (1872 o 1873-1934)

Nació en Lares, pero vivió en San Juan desde pequeño. No hemos encontrado mucha información detallada en torno a este galeno, pero sabemos que hizo su doctorado en Madrid y fue uno de los fundadores de la AMPR, de la cual fue presidente en el 1913. Trabajó en el Auxilio Mutuo y era un cirujano⁷⁴. Según Quevedo Báez, Vélez no vivió una vida de lujos y vistió “todo su apostolado, con túnica de pobreza”⁷⁵.

45. Zeno Gandía, Manuel (1855-1930)

Nació en Arecibo y se doctoró en Madrid en el 1875. Fundó el Partido Autonomista Puertorriqueño y posteriormente fue uno de los fundadores del Partido Unionista. Se le conoce más por su obra en prosa, en particular sus novelas y artículos periodísticos que su obra médica. Según Arana Soto, “como periodista, no ha habido médico puertorriqueño que se haya distinguido más que Zeno Gandía”⁷⁶. Muy pocos textos analizan la obra médica de Zeno Gandía y buscan trazar sus correspondencias con las teorías y los discursos de finales del siglo XIX en torno al higienismo, el evolucionismo, el positivismo y la degeneración⁷⁷. En lo que concierne su educación médica, si bien se doctoró en Madrid, Zeno Gandía también estudió en París (en donde hizo su internado) y

⁷³ Editores, “En la muerte del Dr. Manuel Valle Atilés”, *Puerto Rico Ilustrado* XXVII, n°1443 (6 de noviembre 1937), 50.

⁷⁴ Arana Soto, *Diccionario*, 332-33.

⁷⁵ Quevedo Báez, “Discurso”, 387.

⁷⁶ Arana Soto, *Diccionario*, 347. Ver también Arana Soto, *Catálogo*, 467-68.

⁷⁷ Además de nuestra discusión al respecto en el capítulo tercero ver Gilbert Darbouze, *Dégénérescence et régénérescence dans l' oeuvre d'Emile Zola et celle de Manuel Zeno Gandía* (New York: Peter Lang, 1997); Gabriela Nouzeilles, “La esfinge del monstruo: Modernidad e higiene racial en “La Charca” de Zeno Gandía”. *Latin American Literary Review* XXV, n°50 (1997): 89-107; Michael Aronna, “El jibaro bajo el microscopio: el cuadro de costumbres del campesinado puertorriqueño en la novela *La Charca* de Manuel Zeno Gandía”, *Horizontes* XXII, n°2 (2004): 227-31; Javier Ordiz, “Crónicas de un mundo enfermo: la mirada crítica de Manuel Zeno Gandía”, en *Literatura hispanoamericana con los cinco sentidos. V Congreso de la Asociación Española de Estudios Literarios Hispanoamericanos*, Eva Valcárcel (Ed.), 501-505 (Coruña: Servizo de Publicacións, 2005).

en Barcelona. En el 1873 publica en Madrid *La influencia del clima en las enfermedades del hombre*⁷⁸. En Puerto Rico, el único texto médico accesible que hemos podido ubicar fue *Higiene de la infancia al alcance de las madres de familia*, publicado en 1891.

⁷⁸ Vivian Auffant Vázquez, *El concepto de crónicas en Crónicas de un Mundo Enfermo de Manuel Zeno Gandía* (San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas, 1998), 1-3.