

¿Hacer ciencia es hacer patria? Higienización y control inmigratorio durante la instauración del Estado-nación post- independentista en Cuba (1899-1933)

Dayron Oliva Hernández*

Cuadernos de Historia. Serie economía y sociedad, N° 29, 2022, pp. 9 a 52.
RECIBIDO: 01/04/2021. EVALUADO: 08/10/2021. ACEPTADO: 27/10/2021.

Resumen

El presente artículo tiene el objetivo de analizar la articulación entre el proceso de higienización y la implementación de la política inmigratoria durante la instauración del Estado-nación cubano entre los años 1899 hasta 1933, teniendo en cuenta la experiencia previa de la ejecución de cierta política sanitaria colonial del último cuarto del siglo XIX y la intervención de los Estados Unidos de América (EE.UU.). Por medio de una reconstrucción histórica-interpretativa a partir de fondos bibliográficos y documentales, se examinará la elaboración y puesta en marcha de políticas de higienización y de control inmigratorio a través del análisis de aquellas prácticas y dispositivos jurídicos e institucionales que formaron parte de esas políticas, tales como los discursos del asociacionismo científico, las disposiciones legales y campañas de sanidad (fiebre amarilla), la organización del sistema sanitario, las leyes de inmigración y los Campamentos o Estaciones de Inmigración y Cuarentenas: Tricornia y Cayo Duán.

Palabras clave: estado-nación cubano – higienización – control inmigratorio

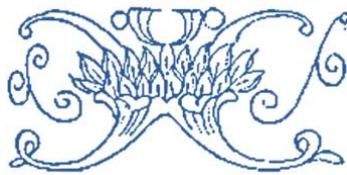
Summary

The aim of this article is to analyze the articulation between the process of sanitation and the implementation of the immigration policy during the establishment of the Cuban nation-state between 1899 and 1930, taking into account the previous experience of the development of a certain colonial sanitary policy in the last quarter of the 19th century and the intervention of the United States of America (USA). By means of a historical-interpretative reconstruction from bibliographic and

* Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Guadalajara. Email: dayronolivahernandez@gmail.com

documentary funds, the elaboration and implementation of sanitation and immigration control policies will be examined through the analysis of those practices and legal and institutional devices that were part of those policies, such as the discourses of scientific associationism, the legal actions and sanitation campaigns (yellow fever), the organization of the sanitary system, the immigration laws and the Immigration and Quarantine Camps or Stations: Tricornia and Cayo Duán.

Keywords: Cuban nation-state – sanitation – immigration control



Presentación del tema: problematización y descripción histórico-contextual

Un importante protagonista de la Cuba que se inaugura con el siglo XX, el jurista y antropólogo Fernando Ortiz señaló en retrospectiva: *“La constitución de la República cubana más parece la obra de una academia amante de la modernidad científica, que el resultado de una asamblea constituyente, surgida tras de una revolución casi secular”*.¹ Es interesante cómo de su cuestionamiento subyace una contradicción que caracteriza el escenario contextual: que el cuerpo jurídico republicano quedase más marcado por el afán científicista que por la conquista y la ampliación de derechos que se pueden inferir de un proceso emancipatorio. De este modo, Ortiz permite problematizar el diseño de una sociedad poscolonial que se basaría en determinadas concepciones científico-sanitarias como elemento vertebrador de la política nacional, las cuales irían en detrimento de las implicancias: descolonizadora y antirracista, que se esperarían respecto del fin de la guerra independentista (1895-1898), que fue organizada por

¹ Ortiz, 1997: 45.

José Martí, y cuyo proyecto de liberación anticolonial se fundamentaba, entre otros aspectos, en la integración socio-racial.²

Si bien durante las dos primeras décadas del siglo XX Ortiz pretendió, desde el positivismo criminológico,³ al igual que la mayoría de sus colegas del asociacionismo científico insular,⁴ “regenerar” la sociedad multiétnica heredada del anterior régimen colonial a través de una de las operaciones más recurrente, como la atracción selectiva de inmigración blanca: con el fin de “blanquear” para “desafricanizar”; esto es, prescindir de la influencia demográfica y cultural de las poblaciones negras. Posteriormente, dio lugar a una mirada crítica en torno a lo que sobrevino con el inicio republicano,⁵ en especial, por la forma en que intercedía cierta perspectiva

² En la preparación y puesta en marcha de esta gesta emancipatoria que fue bautizada como “La Guerra Necesaria” se destacó el emblemático revolucionario cubano y latinoamericanista, José Martí. En su concepción, esta guerra debía significar una verdadera revolución anticolonial que tendría que barrer con todo el sistema económico, político y cultural de dominación clasista y racista que le era consustancial al régimen español. Es por ello que bajo la premisa de una futura república “*con todos y para el bien de todos*”, la propia guerra independentista en su desarrollo supondría un mecanismo para que se integrara socialmente, sin importar condición alguna, a la población que habitaba la Isla y así desembocar en una profunda transformación política, social y des-racializadora de la anterior sociedad esclavista. Cabe señalar que el propio Martí, en su ensayo “Nuestra América”, llegó a plantear: “*No hay odio de razas, porque no hay razas. Los pensadores canijos, los pensadores de lámparas, enbebran y recalientan las razas de librería, que el viajero justo y el observador cordial buscan en vano en la justicia de la Naturaleza, donde resalta en el amor victorioso y el apetito turbulento, la identidad universal del hombre. El alma emana, igual y eterna, de los cuerpos diversos en forma y en color. Peca contra la Humanidad el que fomente y propague la oposición y el odio de las razas*” (Martí, 2005: pp. 38-39).

³ Ortiz, 1906, 1916, 1917.

⁴ Se entiende por asociacionismo científico cubano o insular a la articulación durante los siglos XIX (etapa colonial) y XX (periodo republicano) de una comunidad afin con intereses académicos, investigativos y científico-sanitarios que agrupaba, principalmente, a varones que se habían formado en distintas especialidades universitarias y se desempeñaban en las correspondientes profesiones: médicos, farmacéuticos, ingenieros, historiadores, filósofos, pedagogos, abogados, biólogos, físicos, etc. Dicho movimiento asociativo se estructuró a partir de la conformación de instituciones o sociedades académicas y científicas que comenzaron a funcionar desde la época colonial y prosiguieron su acción durante el contexto republicano como la Sociedad Económica de Amigos del País (1793), la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana (1861), la Sociedad de Estudios Clínicos (1879), la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba (1877 hasta fines de ese siglo que dejó de existir), entre otras. A su vez, su desarrollo se potenció por medio de la organización de congresos médicos, sanitarios, y de inmigración; conferencias científicas sobre beneficencia y corrección; y de la aparición de publicaciones periódicas afines: Revista Bimestre Cubana; Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana; Memorias de las Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba; Revista de la Facultad de Letras y Ciencias; Boletín Oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia; Cuba Contemporánea; entre otras (Reinaldo Funes Monzote, 2005; Pedro M. Pruna Goodgall, 2006; y, Armando Rangel Rivero, 2012).

⁵ Ortiz, 1940a, 1940b, 1942, 1946, 1955a, 1955b. Se debe señalar además que el enfoque antirracista de Ortiz viene acompañado por un intenso activismo, que se potencia a partir de la década de 1920, de difusión y reconocimiento de las prácticas sociales (costumbres, lengua, manifestaciones artísticas: danza y música, etc.) de las poblaciones afrodescendientes, ya sean como parte de los “factores

científica predominante en la configuración e institucionalización del Estado-nación, y que podría resumirse en una máxima en boga dentro de la comunidad científica cubana: “hacer ciencia es hacer patria”.⁶ Aun cuando dicho axioma en el entorno colonial encarnó la posibilidad de generar, por medio del discurso científico-sanitario, argumentos en contra del régimen político español y su gestión de gobierno; sin embargo, ya en el contexto republicano, su uso para justificar un vínculo determinista entre la ciencia, la política y la construcción nacional, tendría efectos contrapuestos, sobre todo, si el espíritu preponderante que guiaban los presupuestos científicos se hallaban sujetos a una perspectiva evolucionista anclada en el darwinismo.

En una conferencia pronunciada el 9 de julio de 1941 en el salón de recepciones del Palacio Municipal de La Habana, bajo el título “Martí y las razas”, Ortiz, teniendo en cuenta el pensamiento martiano, desnudó las implicaciones de los criterios científicos basados en el evolucionismo y el darwinismo, que estaban infestados de lo que llamó el “virus racista”, como mecanismo para la estructuración política y social. De acuerdo con Ortiz, ambos enfoques vinculantes entre sí “*habían reverdecido el concepto de la seriación de las razas, de inferiores a superiores, en una hipotética escala progresiva de la humanidad*”. El esfuerzo teórico de la antropología hacia fines del siglo XIX insistía en las clasificaciones somáticas de los seres humanos, estableciéndose taxativamente una correlación entre supuestas características biológicas y fisiológicas con tipificaciones de carácter psicológico, histórico y cultural de determinado grupo humano. Dicha operación teórica que proyecta nociones raciales a los ámbitos de lo político-social y a la gradación de lo que entonces se definía e identificaba a lo civilizatorio, tuvo como consecuencia la de impulsar el desarrollo de los imperialismos coloniales europeos (británico, francés, belga, italiano, etc.) sobre otros continentes como el africano, asiático. A su vez, facilitaba que el prejuicio racial y el racismo oficiaran como elementos ideológicos para la configuración tanto del imperialismo moderno

humanos de la cubanidad” o elementos de “transculturación” para la formación histórica de la sociedad y cultura cubanas. A su vez, se puede mencionar su accionar como fundador y director de la Sociedad de Folklore Cubano (1924), la revista Archivos del Folklore, y de la Sociedad de Estudios Afrocubanos (1937), y la revista Estudios Afrocubanos.

⁶ Su origen se circunscribe a la segunda mitad del siglo XIX, cuando se incentiva la conformación del asociacionismo científico cubano en paralelo con el inicio de las gestas independentistas y las reformas en el sistema de administración colonial. A su vez, significaba cierto posicionamiento político de sectores cubanos que desde el discurso y la práctica científicas acusaba al régimen colonial, en cuanto a la manera de gobernar y a la ausencia de una mejor política sanitaria acorde a los tiempos modernos.

como, a nuestro modo de ver, para el afianzamiento de una versión moderna del Estado y la gestión de gobierno, a través de una justificación científica que avalaba la existencia de “*razas inferiores y superiores*”, y por ende, habilitaba la dominación de unas (blancas) sobre otras (negras, asiáticas e indígenas), condenadas fatalmente, por la adjudicación de una condición biológica, a la servidumbre y la subyugación.⁷

En gran medida, la crítica ortiziana entrevé la incongruencia entre lo que denomina la modernidad científica y el marco jurídico constitucional sobre el que se debía asentar, en teoría, el sistema republicano cubano, después de un complejo proceso emancipatorio decimonónico. Su análisis, situado desde un pensamiento político antirracista martiano, desentraña las inferencias racistas que definen las teorías científico-sanitarias en boga y su impacto contraproducente, dado que reconoce su uso e incidencia como elementos ideológicos para la estructuración política y social. Este posicionamiento de Ortiz proporciona una apertura a los enfoques predominantes dentro de la historiografía, y posibilita el interés central del presente artículo por abordar las formas en que se produjo la conjugación política entre la ciencia, la higiene y la inmigración durante la instauración del Estado-nación cubano en un escenario de post-independencia.⁸ En especial, el foco de atención se orienta hacia cómo ciertas nociones científico-sanitarias se convirtieron en elementos constitutivos para la estructuración del Estado-nación cubano, por medio de la elaboración y puesta en marcha de políticas de higienización y de control inmigratorio, a través de prácticas y dispositivos jurídicos e institucionales: discursos del asociacionismo científico, doble función como científicos y funcionarios del Ejecutivo y el Estado,⁹ campañas de sanidad (enfermedades y epidemias como la

⁷ Ortiz, 2012: 35-51.

⁸ Habría que señalar en la historiografía cubana algunas obras de historiadores/as que, desde la historia social y política, han desarrollado ejes temáticos e interpretativos sobre los que el presente artículo se orienta: Helg, 1990, 1996, 2000; Naranjo Orovio, 1996a, 1996b, 1996c, 1998, 2006; García González, 1998, 1999; De la Fuente, 2000; Armas, 2002; Cordoví Núñez, 2003; Ferrer, 2011; y, Álvarez Pitaluga, 2012.

⁹ Se pudieran citar algunos ejemplos durante las primeras décadas republicanas como: el médico Diego Tamayo, fundador del Laboratorio Histobacteriológico e Instituto de Vacunación Antirrábica en 1887, posteriormente Presidente de la Sociedad de Estudios Clínicos (1889-1895), con el nuevo siglo presidió por unos años la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, fundó la Sociedad Cubana de Medicina Tropical en 1908 y la Cruz Roja Cubana en 1909, mientras que como funcionario público y electivo fue designado en el Gobierno de la primera ocupación militar norteamericana (1899-1902) como Secretario de Estado y Gobernación -a cargo de la política higiénico-sanitaria-, fue delegado de la Asamblea Constituyente de 1901 que redactó la Constitución

fiebre amarilla, el paludismo, la tifoidea, la viruela, la tuberculosis, la disentería, etc.), leyes de sanidad y organización de un sistema sanitario nacional (Secretaría, Departamentos, Centros de Vacunación, manejo de las estadísticas demográficas, etc.), reglamentos de inmigración y los Campamentos o Estaciones de Inmigración y Cuarentenas (Tricornia y Cayo Duán).

La descripción histórico-contextual con la que se caracteriza a Cuba entre 1899 y 1933 no sólo se halla vinculada a las experiencias inmediatas: la “Guerra Necesaria” (1895-1898), la intervención norteamericana en el conflicto bélico hispano-cubano y la imposición de una primera ocupación militar estadounidense (1899-1902) como pretexto para la instalación del Estado-nación cubano; sino también a una previa reconfiguración colonial. Al respecto, en la historiografía, algunos planteamientos coinciden en que el período comprendido entre 1878 y 1898 sirvió de transición para la construcción del Estado-nación entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Incluso se le identificó como el inicio de un ciclo de “modernización” que va entre 1878 y 1880 hasta los años treinta del siglo XX, cuando se entendió que la revolución nacionalista de los años treinta del siglo XX culminó con el tipo de modernización que se generó. Entre los argumentos, se interpreta que con el fin de la primera guerra anticolonial (1868-1878) se aplicó un conjunto de reformas al sistema de dominación y administración colonial, mediante el cual se desarrolló una serie de cambios socioeconómicos y políticos que habilitaron un proceso de modernización dentro de una sociedad colonial que había tenido una fuerte estructura esclavista (poblaciones negras) consustancial al entramado que generó la economía plantacionista de monoproducción (azúcar de caña) y que va a depender tanto del

sobre la que se instituyó la República hasta la década de 1930, también fue Secretario de Gobernación del primer Gobierno de Tomás Estrada Palma (1902-1906), y después fue Senador de la República; el médico y hacendado Gabriel Casuso, fue electo concejal del Ayuntamiento de La Habana en 1901, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, después ocupó la Secretaría de Agricultura, Industria y Comercio con el primer Gobierno de Tomás Estrada Palma en 1905 y presidente de la Liga Agraria; el médico Matías Duque, además de encargarse de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia en 1909, fue diputado de la Cámara de Representantes y delegado a la Asamblea Constituyente de 1928; el abogado y antropólogo Fernando Ortiz, fue diputado liberal; el abogado Federico Córdova, llegó a ser secretario de los Comités Seccionales de protección al inmigrante y en 1933 fue nombrado Magistrado del Tribunal Supremo; el médico Francisco Menocal, fungió como comisionado de Inmigración de la República.

mercado estadounidense como a la hegemonía de las compañías transnacionales con sede en el país norteamericano.¹⁰

Vincular la modernización con los distintos efectos de las gestas emancipatorias supone dar cuenta del hecho de que durante la conformación de un complejo entorno socioeconómico y demográfico por el que transitan la sociedad colonial y la poscolonial, cobraba centralidad el fomento de la inmigración blanca de origen hispano y europeo en contraposición de la contratación masiva de inmigrantes antillanos (jamaicanos y haitianos) que llevarían adelante las compañías azucareras estadounidenses en el siglo XX. La inmigración, en sus dos versiones: individual-grupal y familiar, involucra una gama de significados que redefinen los usos y tratamientos otorgados a través del decurso colonial, en tanto elemento estructural en el que coagula el tipo de poblamiento, la ocupación territorial y la configuración de determinadas actividades económicas orientadas a la producción agrícola, los oficios y los servicios; de este modo, entrecruza varias tramas complementarias entre sí que se señalará a continuación.

Por un lado, la disyuntiva de que harían falta mano de obra asalariada masculina para el desenvolvimiento capitalista de la agroindustria azucarera y familias de tipo nuclear para repoblar las zonas rurales, y además reordenar los territorios en los que se insertarían. Mientras por otro, el denominado “problema negro”, una definición de índole racista que especulaba con supuestos conflictos de raza que se derivarían no sólo por la magnitud cuantitativa que tenía la población negra criolla libre, y por la modificación en la condición jurídica contractual de un número considerable que

¹⁰ Esta modernización fue caracterizada a partir de distintos ámbitos como el social, con la abolición de la esclavitud en 1886 y la autorización para el ejercicio del derecho de asociación con fines religiosos, políticos, científicos, artísticos, benéficos y de recreo que permitió la creación de sociedades e instituciones científicas, regionales españolas, obreras y de “color”. En lo económico, se establece una transformación de la producción azucarera hacia un complejo agro-industrial (centralización azucarera y división de las relaciones de producción entre la fase agrícola y la industrial) en detrimento de las unidades tradicionales como los ingenios, así como la entrada del colonato (pequeña y mediana propiedad agrícola) y de capitales norteamericanos en la economía azucarera y su papel como mercado principal para el azúcar cubano. Desde lo político y lo mediático, se encuentran la aprobación de la representación política mediante partidos para el gobierno local (Partido Liberal y Partido Integrista: ambos abogaban por la inmigración blanca católica y española), y la circulación de órganos de difusión o de prensa escrita (Naranjo Orovio, 1993; Colectivo de autores, 2002, 2003; Barcia, 2005; Oliva Hernández, 2016).

antes eran esclavos y esclavas de origen africano; sino también por las discusiones generadas sobre el lugar y el rol que llegarían a ocupar o no en la modernización dentro de una estructura colonial que se había caracterizado por la estratificación socio-racial, y acerca de las posibilidades que se inauguraban como sujetos de derecho por la participación activa de una cuantiosa proporción en las guerras anticoloniales.¹¹

Dichas cuestiones continuarían presentes durante la instauración republicana. En gran medida, cuando se erige como prioridad estatal y gubernamental la exigencia de superar las secuelas socioeconómicas y demográficas¹² heredadas del régimen colonial y de las gestas emancipatorias, desde sectores del asociacionismo científico, el poder oficial y la iniciativa privada.¹³ Precisamente, ante tales circunstancias cobró sentido la concepción y aplicación de la política inmigratoria cubana.

La articulación entre la implementación de las políticas higiénico-sanitarias y la inmigratoria

Si bien las políticas de sanidad y de inmigración suponen una correlación gubernamental que adquiere gran relevancia durante el proceso de constitución del Estado-nación post-independentista, no entraña una misma definición conceptual. La

¹¹ La “problemática racial” entrañaba la reactivación del llamado “miedo al negro”. Una figuración que atormentó a los sectores dominantes criollos blancos (hacendados, comerciantes, intelectuales, profesionales, etc.) debido a las consecuencias que revistió la revolución haitiana (1791-1804), y a que entre fines del siglo XVIII y durante el siglo XIX, hacia el interior de la sociedad colonial se profundizaba el régimen de esclavitud con la entrada masiva de poblaciones africanas. De acuerdo con Naranjo Orovio (2005, pp.137 a 179), la intensificación del sistema esclavista de plantación y la profusa entrada de contingentes humanos mediante la trata negrera, fue acompañada por una política de control social y dominación basada en una criminalización científica, jurídica y penal que procuraba restringir a todo el conjunto de las poblaciones negras residentes en Cuba, en condición de esclavitud o no, así como sus prácticas sociales y culturales (religiones). Sin embargo, ello no culminaría con el fin del dominio colonial español en 1899.

¹² La pérdida demográfica cubana fue uno de los indicadores más gravemente dañado durante la Guerra Necesaria. A raíz de la política genocida de “reconcentración”, aplicada por el entonces Capitán General español de la Isla de Cuba Valeriano Weyler (1896-1897), se calcula que más de cien mil civiles que habitaban la región centro-occidental perdieron la vida, sin contar las pérdidas humanas que por concepto de guerra y daños colaterales se sufrieron (Oliva Hernández, 2016: 64).

¹³ En el primer tercio del siglo XX fueron varias las instituciones o empresas que reunían a los más importantes hacendados azucareros, propietarios y colonos cubanos y españoles, con la intención de atraer contingentes de inmigrantes, sobre todo de población hispano-europea, para las labores agroazucareras y de comercios urbanos, como la Liga Agraria y la Asociación para el Fomento de la Inmigración.

higienización o lo que se entiende por política sanitaria infiere la intención y la adopción de la organización pública sobre aspectos que comprenden la salud y la higiene de las poblaciones que residen en el territorio cubano o que estarían por introducirse. De este modo, lo que le caracteriza incluye aquellas leyes (órdenes militares, decretos) en materia de sanidad e higiene junto a las funciones y facultades asignadas, la organización de un sistema sanitario nacional (Secretaría, Departamentos, Centros de Vacunación, manejo de las estadísticas demográficas, etc.), las campañas y los procedimientos para enfrentar las enfermedades y epidemias como la fiebre amarilla, el paludismo, la tifoidea, la viruela, la tuberculosis, la disentería, etc.

Mientras que la política inmigratoria se circunscribe al establecimiento gubernamental o estatal de una serie de leyes y reglamentos para la introducción o asentamiento de poblaciones no residentes de modo permanente o estacionario dentro de la Isla de Cuba, ya sea por intereses que sirven a cierto tipo de desarrollo económico-comercial, al sociopoblacional y al territorial. En este sentido, se puede definir que el marco temporal jurídico y político de atracción y cierre inmigratorio serían: la Orden Civil 155 de 15 de mayo de 1902 (prioriza la inmigración blanca y europea, a la vez que prohíbe la inserción de lo que se conceptúa como “indeseable”); la Ley de Inmigración de 1906 (facilita la introducción de la inmigración hispano-canaria y europea, priorizando los proyectos de colonización agrícola); el Decreto de Inmigración de 1917 (flexibiliza el marco prohibitivo permitiendo la llegada de inmigrantes antillanos y chinos); el Decreto sobre prohibición de inmigración china de 1926; el Decreto sobre prohibición de inmigración antillana (haitiana y jamaicana) de 1928; la Ley de Inmigración y Colonización de 1930 (restringe el marco que favorece la introducción de poblaciones hispano-canarias y europeas); y, la Ley de nacionalización del cincuenta por ciento de 1933¹⁴ (obligaba a cualquier negocio o empresa a tener un número equilibrado de trabajadores cubanos y extranjeros).

No obstante, más allá de las singularidades que corresponden al tratamiento que reciben la sanidad y la inmigración, hubo conexiones de tipo institucional debido a la importancia que les van a otorgar el asociacionismo científico cubano que se

¹⁴ Esta ley fue aprobada durante un proceso de revolución nacionalista en los años treinta, la cual va a eliminar el modelo de desarrollo económico y demográfico basado en una política de inmigración.

conformó durante la segunda mitad del siglo XIX y prosiguió en el siglo XX. Es por ello que cobra especial interés, el principal mecanismo que aglutinaría a ambas esferas: la instalación de los Campamentos o Estaciones de Inmigración y Cuarentenas (Triscornia y Cayo Duán).

Ahora bien, realizar un análisis con el objetivo de determinar cómo el asociacionismo científico cubano materializó en prácticas y mecanismos institucionales una política de sanidad, supone tener en cuenta lo que significó el tutelaje que deviene de la ocupación militar norteamericana (1899-1902), la reproducción de los debates acerca de aquellas problemáticas que venían de la sociedad colonial, tales como las enfermedades contagiosas, la aclimatación de poblaciones blancas o no blancas, la reducción de la población negra y china y sus supuestas taras genéticas, los cruzamientos étnicos, el crecimiento poblacional, etc. Y, además, se hace necesario tomar como guía un texto del importante médico y funcionario sanitario, el Dr. Jorge Le-Roy y Cassá¹⁵ que llevaba por título el *Desenvolvimiento de la Sanidad en Cuba durante los últimos cincuenta años (1870-1921)*.

La obra consistía en un resumen histórico sobre la sanidad en Cuba realizada para un número especial de la corporación médica internacional American Public Health Association, que conmemoraba sus cincuenta años de fundada, la cual integraban Estados Unidos, México, Canadá y Cuba. La investigación llevada a cabo por Le-Roy y Cassá tenía la intención de desmitificar la idea que se tenía de Cuba, y

¹⁵ Jorge Le-Roy y Cassá se graduó por la Universidad de la Habana como Doctor en Medicina y Cirugía en 1890. Posteriormente realizó una especialización en obstetricia en Francia con el Dr. Adolphe Pinard, quien desarrolló una perspectiva de eugenesia con la puericultura. Durante la ocupación militar norteamericana fue designado Secretario de la Comisión de Fiebre Amarilla, que después se llamó Comisión de Enfermedades Infecciosas, trabajando junto al Dr. Carlos J. Finlay. En la República fue elegido como Jefe de Estadísticas General de la Isla, perteneciente a la Junta Superior de Sanidad. Durante los primeros diez años republicanos, se encargó de elaborar los Informes Demográficos Sanitarios de la Isla de Cuba. Una vez que en 1909 se constituye la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, se va a encargar del Negociado de Demografía Sanitaria Nacional. Además formó parte de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, de la Sociedad de Estudios Clínicos, de la Sociedad Económica de Amigos del País, del Comité Nacional Cubano de la Sociedad Internacional de Médicos Higienistas y profesor titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana. También fue Secretario de la Sección de Estadísticas del Comité Cubano del Congreso Español de la Tuberculosis (1909), miembro activo de la American Public Health Association (1911), delegado al XV Congreso Internacional de Higiene Escolar, Medicina Legal, Antropología y Antropología Criminal (1914), y Vicepresidente de la Sección de Higiene y Demografía del VI Congreso Latinoamericano (1922) (Castro, 1968: 9 a 16).

especialmente de la ciudad de La Habana, como un lugar insalubre por su clima y como ambiente nocivo para los extranjeros, a raíz de la acción mortal de enfermedades y epidemias como la fiebre amarilla. De modo que su tesis planteaba que, si bien el clima en Cuba hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX no se habría alterado, en cambio, las condiciones sanitarias en Cuba habrían sufrido una profunda transformación que la colocaba en situación de poder servir de modelo de salubridad e higiene para el concierto internacional de países modernos.¹⁶

La sanidad colonial en el último cuarto del siglo XIX

A través de la obra citada anteriormente, Le-Roy describió críticamente la situación y la manera en que estaba estructurada, durante los últimos casi treinta años del siglo XIX, la cuestión sanitaria colonial. Para esa fecha, desde la década de 1870, la legislación que se ejercía en Cuba era la ley sanitaria española. Al menos formalmente, se llegó a organizar una institucionalidad sanitaria con la Junta Superior de Sanidad, que funcionaba como un organismo consultivo y secundario que asesoraba al Gobernador General de la Isla de Cuba. Llamaba la atención de Le-Roy que de sus 17 miembros sólo figuraban 5 médicos. A su vez, también se designaron Juntas Provinciales de Sanidad y de Juntas Municipales, de acuerdo con la configuración político territorial del régimen colonial en Cuba. En sentido general, a juicio de Le-Roy, la ley sanitaria española tendría fallas en su aplicación, en parte, porque no unificaba realmente los servicios sanitarios a lo largo y ancho de todo el territorio, sólo se instrumentaba de manera parcial y muchos de sus preceptos eran modificados dentro del contexto cubano.¹⁷

Con las reformas estructurales del sistema de dominación colonial producto del fin de la Guerra de los Diez Años, específicamente a partir de 1879, se creó por decreto la Junta Provincial de Sanidad de La Habana, la cual sería la institución más importante dentro de la estructura de la Junta Superior de Sanidad. Una mirada a su composición jerárquica revelaba que los médicos quedaban en minoría: como

¹⁶ Le-Roy y Cassá, 1922: 4.

¹⁷ Le-Roy y Cassá, 1922: 4 a 6.

Presidente de la Junta se hallaba el Gobernador Civil, había un diputado provincial como Vicepresidente, un hacendado como Jefe Económico, y además un comerciante, un industrial, un arquitecto, dos médicos de concepto, el Subdelegado de Veterinaria, y un Secretario Facultativo -debía ser doctor o licenciado en Medicina o en Farmacia.¹⁸

De esta forma, lo que se puede advertir de este tipo de organización sanitaria colonial, es que más bien resultaba un mecanismo de asesoramiento que se entrelazaba con los factores de poder de la estructura socioeconómica criolla y política colonial. En consecuencia, Le-Roy infiere que el funcionamiento de las Juntas tuvo constantes inconvenientes para su correcta gestión operativa por ser un cuerpo meramente consultivo y por el hecho de que el rango de decisión sanitaria dependía únicamente del poder discrecional del máximo representante colonial, el Gobernador General. Todo ello a pesar de que las Juntas tenían el encargo de ocuparse de la sanidad de la población, en cuanto a: vigilar las epidemias y enfermedades, ofrecer un servicio de vacunación, y confeccionar estadísticas sobre la situación médica y demográfica.¹⁹

Otro aspecto es que, como complemento a las instituciones sanitarias terrestres, se encontraba la marítima, conformada por dos secciones fundamentales: el médico de visita de naves y el lazareto. Más allá de las dificultades en su labor, por medio de la sanidad marítima se diseñó una estrategia inaugural de control sanitario estrechamente vinculado a la recepción inmigratoria, puesto que se le asignó el rol de regular en los puertos el trasiego comercial e inmigratorio. Dicho mecanismo estuvo alineado con la habilitación de la cantidad de 17 puertos para la recepción de buques comerciales y de inmigración que se hallaban a lo largo de la Isla, sobresaliendo dos, el de la Habana, como principal,²⁰ y el de Santiago de Cuba. Por su parte, el médico de visita de naves tenía por misión abordar todos los buques que entrarían en los puertos de la Isla procedentes del extranjero, y examinarlos para permitirles o rechazarles la entrada, o mandarlos a observación. En este punto, Le-Roy acusó que la Compañía Trasatlántica Española, subvencionada por el régimen colonial y siendo

¹⁸ Le-Roy y Cassá, 1922: 5.

¹⁹ Le-Roy y Cassá, 1922: 5-6.

²⁰ Se le concedió el número de tres médicos especializados. La cifra más alta para un puerto en toda la Isla.

la principal empresa marítima para el comercio y la inmigración española, fue la principal causante de la importación de epidemias en el territorio cubano, como la viruela.²¹

Mientras el Lazareto resultó ser un pequeño campamento transitorio de bajo presupuesto para la supervisión sanitaria de aquellos grupos que se introdujeron en calidad de inmigrantes. Se les otorgó la responsabilidad de evitar la introducción epidemias y enfermedades a través de la inspección focalizada a las embarcaciones y sus pasajeros. Su ubicación se colocó dentro de los contornos de las bahías, apartado de la zona de desembarco de los distintos puertos. De acuerdo con Le-Roy, el primero que existió data de 1846 y fue uno flotante instalado en el casco de un navío, en el puerto de La Habana. Posteriormente, en 1859, se pensaría un proyecto para instalar otro Lazareto en Cayo Duán, en la Bahía de Santiago de Cuba.²² Sin embargo, no es hasta 1899, con motivo de la ocupación perpetrada por el ejército estadounidense de la ciudad de Santiago de Cuba, que se hizo realidad la instalación en el propio lugar de Cayo Duán de un campamento fijo de inmigración y cuarentena, que luego sería manejado por el Gobierno cubano en su intención de regular el posterior flujo migratorio antillano (haitiano y jamaicano), chino y español.

En 1884, a raíz de que Europa se encontraba siendo afectada por el cólera, el régimen colonial ordenó “que los buques que llegasen con uno o más enfermos coléricos” sufrieran “cuarentena de rigor en el lazareto de Cuba o en el del Mariel”. Esto quiere decir que, para esa fecha, no sólo estaba en funcionamiento el que existía en el puerto de La Habana, sino que se había puesto uno provisional en tierra firme en los terrenos del Ingenio La Tinaja, en el puerto del Mariel, situado en el norte de la Provincia de Pinar del Río. De este modo, ante la amenaza del cólera de 1884, y en virtud de la orden citada, se quiso aprovechar ese lazareto provisional. Para lo cual se inició una remodelación constructiva, ampliándose a unos barracones (albergues) de madera, pero sin tener las condiciones higiénicas más elementales, como puede ser el servicio de agua y las letrinas. Por lo que, a juicio de Le-Roy, dicha instalación no

²¹ Le-Roy y Cassá, 1922: 6.

²² Le-Roy y Cassá, 1922: 6.

contó con los elementos de desinfección ni saneamiento requeridos para una cuarentena.²³

No obstante, en ese mismo año de 1884, uno de los médicos del puerto de La Habana, el Dr. Diego Tamayo -véase nota al pie 9-, propuso el establecimiento de un lazareto de observación sanitaria en la ensenada de Tricornia, a un costado de la bahía, en sentido contrario y a distancia con respecto a la zona de desembarco principal o de la aduana, en las alturas del poblado de Casablanca. Aun cuando tuvo una fase inicial de construcción, la idea era dotarlo de los medios desinfección necesarios para que se llegara a congeniar las medidas de cuarentena con los conocimientos más fundamentales de la higiene “moderna” de esa época, según lo que expresó el doctor Tamayo.²⁴

Con este proyecto de lazareto fijo en Tricornia del doctor Tamayo, se puede establecer como antecedente -al igual que en el caso de Cayo Duán- de lo que, con la ocupación militar norteamericana a partir de 1899, se va a convertir en el más importante campamento de control inmigratorio y de cuarentena no sólo del puerto de La Habana, sino de toda Cuba. Asimismo, cabe señalar que el modelo de política sanitaria colonial, de los médicos de visita de las naves y de los lazaretos, respecto a la entrada de las embarcaciones y la inmigración, representa la experiencia previa sobre la cual durante la República se va a configurar el sistema nacional de organización sanitaria y control inmigratorio.

En el año 1896, en medio del estallido revolucionario anticolonial, y con el objetivo de eliminar cualquier apoyo a favor de las fuerzas independentistas, el entonces Capitán General Valeriano Weyler, dispuso de un plan llamado la Reconcentración. El mismo consistía en aglutinar obligatoriamente a la población rural junto a sus crías de animales en las ciudades, sobre todo en el occidente del país, y en especial en la Habana. Dentro de las ciudades se marcaron perímetros circunscritos en los que iban a quedar constreñidas dichas poblaciones, que incluían a niños, mujeres y ancianos en su mayoría, pero sin las condiciones higiénicas y alimentarias. De esta forma, se

²³ Le-Roy y Cassá, 1922: 7.

²⁴ Le-Roy y Cassá, 1922: 7.

abonó el camino para la propagación de numerosas epidemias y enfermedades como el paludismo, la tifoidea, la viruela, la tuberculosis, la disentería y la fiebre amarilla.²⁵

La estadística sólo del distrito de la Habana entre los años de 1896 a 1898, corroboran el alto índice de mortalidad. Por ejemplo, si el total de población en la Habana, en 1896 era de 230 707 personas, hubo unas 11 762 muertes, para un coeficiente de mortalidad por cada mil habitantes, de 50.98. Mientras que, en 1897, si el total de población fue de 234 490, el número de muertes ascendió a 18 135, para un promedio de mortalidad por cada mil habitantes de 77.34. Durante el último año de la guerra, si bien el total de población en la Habana era de 238 278, la cantidad de fallecidos subía exponencialmente hasta la cifra de 21 252, haciendo crecer aún más el coeficiente de mortalidad por cada mil habitantes hasta el 89.19.²⁶

Más allá de la contingencia que englobaba la guerra anticolonial, esta política genocida llevada a cabo por la máxima figura del régimen español en Cuba, evidenciaba el papel secundario y limitado que podía significar la sanidad en el marco del ejercicio del gobierno colonial. Quizás, si el criterio higiénico se hubiera tenido en cuenta a la hora de tomar una decisión tan determinante, el alto nivel de impacto que tuvo en la salud pública habría sido más matizado. Precisamente, la crítica de Jorge Le-Roy en su análisis respecto a la política sanitaria colonial, manifestaba las contradicciones de su aplicabilidad, la poca importancia y el desinterés prestado al conocimiento científico y a las estrategias desplegadas que, en definitiva, podían acreditar el fracaso del régimen español para neutralizar la alta mortalidad y el avance de múltiples enfermedades y epidemias que azotaron a la sociedad colonial cubana. No obstante, como bien se expresó anteriormente, la organización frágil de la sanidad supuso la puesta en marcha de proyectos de procedimientos y mecanismos de vigilancia sanitaria en estrecha correspondencia con la regulación del movimiento inmigratorio, como son los casos de Tricornia y Cayo Duán. Ello junto a la posibilidad que tuvieron algunas figuras que formaron parte del asociacionismo científico cubano de integrar la estructuración sanitarista colonial, representó una experiencia previa muy significativa para la búsqueda de un mejor desarrollo institucional de dicha rama y de la política inmigratoria en el escenario republicano.

²⁵ Le-Roy y Cassá, 1922: 29.

²⁶ Le-Roy y Cassá, 1922: 69.

La ocupación militar estadounidense y el inicio republicano cubano (1899-1906): la organización sanitaria y la inmigración

El fin del dominio colonial español dejó a su paso un contexto crítico, no sólo producto de la propagación de enfermedades y epidemias, como la fiebre amarilla, la malaria, entre otras, sino por las pérdidas humanas que provocó el estallido emancipatorio en las fuerzas independentistas y en la población civil misma. Con la firma del Tratado de París de Estados Unidos con España,²⁷ en diciembre de 1898, se dio inicio a la ocupación militar norteamericana, a partir de enero de 1899, la que se atribuyó el poder de reordenar civil, económica y políticamente la sociedad cubana poscolonial mediante órdenes militares que impondrían un peso jurídico determinante sobre los cuales se asentaría el amplio espectro de las leyes en la República cubana.

Uno de los ámbitos que cobra notoriedad para realizar dicha “modernización” fue el de la sanidad e higienización, promocionado como la clave preparatoria indispensable para supuestamente preparar al pueblo cubano en su autogobierno. Este enfoque estadounidense implicaba, por un lado, la penetración de un modelo de gobierno moderno en torno al alcance de un supuesto grado de civilización sobre la base de toda una estructura de control médico-sanitario de la población y de las epidemias que la azuzaban históricamente. A su vez, justificaba el hecho de la ocupación militar como único garante de una transición poscolonial, en la medida en que las fuerzas políticas independentistas cubanas se tuvieran que supeditar al régimen ocupacional y se les entorpecería la posibilidad de cumplir un rol político central en la reorganización de la sociedad, como se suponía debería ser después de haber sido las fuerzas cubanas la dirigencia que actuó para la obtención de la liberación del régimen colonialista español.

Tal situación, además, conlleva a otras problemáticas que pueden revelar un complejo entramado de disputas entre formas de ejercer el poder y el gobierno, el discurso y la práctica higiénico-sanitarias y los intereses económicos y de posesión

²⁷ A los representantes independentistas cubanos no se les permitió la participación en la negociación. El Tratado de París significó oficialmente el fin del colonialismo español y el abandono de su dominio no sólo de Cuba, sino de Puerto Rico y Filipinas.

territorial entre los intereses hispano-cubanos y los capitales norteamericanos. El discurso higiénico-sanitario instalado por la ocupación militar resultó un elemento configurativo que pretende legitimar su papel de “tutor” respecto a la sociedad cubana y sus representantes políticos e independentistas. En este sentido, la línea argumentativa impuesta por los ocupantes sostenía que la sociedad cubana no tenía las condiciones para dirigir por sí misma la transformación hacia un Estado moderno a causa, aparentemente, de la condición sanitaria y por la presencia considerable de la población negra y mestiza. Este discurso de los ocupantes significó un artilugio que garantizó la inserción de los capitales norteamericanos, la apropiación de grandes extensiones de tierra (latifundios) para administrar las dos fases principales en la producción de la caña de azúcar: agrícola e industrial (centrales), en especial en la zona oriental cubana, lo cual, les permitió llegar a controlar geoestratégicamente todo un tráfico antillano de mano de obra (jamaicanos, haitianos, y de chinos), y de una infraestructura de transportación marítima y terrestre (ferrocarriles) para tales fines.²⁸ No es un dato menor que la intervención militar norteamericana en la guerra entre España y Cuba, a través del regimiento (*Rough Riders*) dirigido por Theodore Roosevelt, se efectuara a mediados de 1898 a través de la región oriental, uno de los territorios más afectados económica y demográficamente junto a Puerto Príncipe (Camagüey), puesto que fueron ambas zonas de las más importantes para el teatro de operaciones de las distintas guerras independentistas. La Batalla Naval de Santiago de Cuba, cuando derrotaron a la flota española, no sólo fue el colofón que les permitió tomar posesión de dicha ciudad, y de uno de los puntos de acceso por mar más valioso en relación con el Caribe antillano;²⁹ sino también les convalidó tomar la decisión de negarle la participación a las fuerzas independentistas cubanas durante las

²⁸ Para que se tenga una idea de hasta cuánto territorio llegaron a poseer, sobre todo en la región oriental: la Cuban Cane Products Company controló hasta 23 150 caballerías de tierra, que son más de 3100 km²; mientras la Cuban-American Sugar Company, tendría unas 15 633 caballerías de tierra, que equivalen aproximadamente a casi 2100 km². Por su parte, la United Fruit Company se había apoderado de 8.431 caballerías de tierra, que serían más de 1100 km². La magnitud de esas extensiones de tierras adquiere sentido cuando observamos la superficie total en kilómetros cuadrados de Camagüey y Oriente, ahí donde más incidieron, y de Cuba en general. La de Camagüey era de casi 26 100 km², la de Oriente de 36 850 km², y la de Cuba era de 144 149 km² (Foreign Policy Association, 1935: 5 y 29).

²⁹ Junto a Guantánamo, en donde establecieron una Base Naval permanente.

acciones militares, que desembocaron en la rendición y caída final del régimen colonial español.

Los Estados Unidos, a partir de la ocupación militar y la higienización, lograron situarse en una posición de relación hegemónica, en lo político y en lo económico, respecto al futuro Estado-nación cubano; algo que se evidenció con la imposición de la Enmienda Platt,³⁰ como apéndice a la Constitución cubana de 1901, cuando se le ofreció sustento legal y político, no sin grandes polémicas dentro de las fuerzas políticas e independentistas cubanas, a todo lo dispuesto y actuado durante los años de la ocupación militar.

No obstante, dicha higienización, facilitaría, por otra parte, la irrupción de cierto nacionalismo cubano científicista, que tendría un peso considerable en la toma de decisiones de políticas públicas y gubernamentales durante la instauración republicana. A medida que la comunidad científica cubana fue adquiriendo una mayor proyección política, a través de una narrativa médico-sanitaria, cobró mayor relevancia la aspiración de “desafricanizar” la sociedad mediante un proceso de “blanqueamiento” demográfico y socioeconómico. El modo definido para alcanzar lo que se ambicionaba sería por medio de una política inmigratoria selectiva y problanca de origen hispano-canario y europeo. Con ello se pretendía neutralizar la hegemonía política y económica estadounidense que habría limitado la soberanía cubana. En efecto, uno de los focos de atención se dirigió hacia los intereses de los capitales estadounidenses agroazucareros, cuya principal fuerza de trabajo contratada se nutría de una gran masa de braceros antillanos (haitianos y jamaicanos).

³⁰ La Enmienda, presentada por el Senador Oliver Platt el 25 de febrero de 1901, y refrendada por la Asamblea Constituyente cubana, el 12 de junio del propio año, facultaba al presidente de los Estados Unidos, sólo a poner fin a la ocupación militar una vez instaurado un “gobierno legítimo cubano”, y siempre que la Constitución cubana aprobada definiera las relaciones futuras con los Estados Unidos, según las cláusulas que se precisaban en dicha enmienda. En su artículo 3, se le otorgaba el derecho a los Estados Unidos de intervenir en Cuba en defensa de su independencia, cuando estuviese en peligro los intereses norteamericanos. Mientras que el artículo V establecía que: “El Gobierno de Cuba efectuará y hasta donde fuere necesario ampliará los planes ya proyectados u otros que mutuamente se convengan para el saneamiento de las poblaciones de la Isla, con el fin de evitar la renuencia de enfermedades epidémicas e infecciosas, protegiendo así al pueblo y al comercio de Cuba, lo mismo que al comercio y al pueblo de los puertos del Sur de los Estados Unidos” (Ibarra Cuesta, 2002: 142 a 193).

Sin embargo, la política higiénico-sanitaria desplegada durante la ocupación norteamericana fue coincidente con la labor de todo un movimiento asociativo científicista cubano, que desde la segunda mitad del siglo XIX, debatió sobre cómo resolver aquello que reducen como problema sanitario, sujeto a una interpretación positivista tendenciosa que le atribuía su causalidad a las características de la composición racial y étnica de la población que habitaba la Isla de Cuba o de la aclimatación tropical de la misma; y que demandó fuertemente, dentro de los límites que constreñía a un régimen colonial pero que representaba una crítica a la gestión española, una mayor atención e intervención de la metrópoli española y su brazo gubernamental en tales asuntos.

A su vez, dicho asociacionismo científico cubano durante el siglo XIX se había caracterizado por establecer una relación teórica y empírica entre la anatomía y patología de las “razas” (antropología) con aquellas perspectivas de análisis sobre inmunidad y aclimatación de los distintos pueblos (medicina y sanidad). A partir de un nexo estrecho entre la medicina y la geografía, se formalizaba una correlación entre la salud de los individuos y los factores geográficos de origen; es decir, entre el clima, la atmósfera, el agua y el auge de epidemias. De esta manera, se fijaba una postura sesgada con una concepción que entrelazaba tipos de razas de interés, países y climas, el grado de salubridad o no, la propensión o inmunidad a ciertas enfermedades, y las probabilidades de aclimatación o no a las diferentes zonas geográficas.³¹

Una investigación en ese sentido, fue la memoria científica presentada por el Dr. Antonio Mestre, que se remonta a una sesión solemne del 7 de octubre de 1887 en la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba, quien para esa época era el Presidente y Secretario General de la propia corporación. Con el título de “La política moderna y la ciencia antropológica. El problema de la colonización”, Mestre asentaba los lineamientos científicos para la relación entre raza, clima, biología e inmigración. En una definición, Mestre planteaba que la actividad social humana era resultado de condiciones orgánicas y reconocía que las leyes biológicas intervenían en los procesos humanos (fisiológicos y sociales), como la herencia, adaptación y concurrencia social,

³¹ Naranjo Orovio y García González, 1998: 267-289.

tanto para enmarcar el progreso o retroceso civilizatorio. Sobre esta base teórica es que Mestre expone la tesis de la raza como producto de la diferenciación progresiva del género humano. Ello le hace suponer que distintas razas con “aptitudes especiales” tienen tendencias que les permitiría jugar papeles diferentes en la historia. A partir de este marco explicativo biológico de lo racial, Mestre sitúa la cuestión de la colonización desde el vínculo entre las emigraciones de los pueblos y en efecto el desencadenamiento de las luchas de las “razas”, en la que van a determinar los factores de origen geográfico tanto en las diferencias físicas y patológicas, como en la inmunidad o no a una serie de enfermedades, y en la aclimatación o no.³²

La higienización llevada a cabo por el mando militar norteamericano, ya desde 1899, contó con la participación y el apoyo de destacados médicos y científicos cubanos.³³ Tuvo entre sus principales razones, la de bajar la alta mortalidad dentro de la población en la Isla, contrarrestando el impacto de las epidemias más letales y disminuyendo su gran capacidad de infección como la viruela, la tuberculosis, el paludismo y la fiebre amarilla.

El caso más paradigmático fue el de la campaña contra la fiebre amarilla y la eliminación de las condiciones para su desarrollo biológico y su correspondiente ciclo de vida, impulsada por el primer Gobernador militar, Dr. Leonard Wood, y por el entonces Jefe de Sanidad, el médico militar William Gorgas, quienes tuvieron como complemento a la Comisión de especialistas estadounidenses, llegada a Cuba en ese año, presidida por el Dr. Walter Reed e integrada por el Dr. J. Carroll, el Dr. J. W. Lazear (murió en medio de la misión científica) y el cubano Dr. Aristides Agramonte y Simoni; y que se encargaría del estudio de las enfermedades infecciosas de mayor mortalidad, sobre todo la fiebre amarilla.³⁴

A pesar de que la conducción de la higienización estuvo en manos del poder militar ocupante norteamericano, el soporte científico y la forma en que se realizó se sostuvo exclusivamente en la teoría del Dr. Carlos Juan Finlay³⁵ sobre el mosquito

³² Rivero de la Calle, 1966: 188-189.

³³ Se pueden mencionar, entre otros, a los doctores, Carlos J. Finlay, Enrique B. Barnet, Juan Guiteras, Juan Santos Fernández, Ambrosio Grillo y Matías Duque.

³⁴ Le-Roy y Cassá, 1922: 38.

³⁵ Habría que señalar que las investigaciones sobre la fiebre amarilla del Dr. Finlay se remontaban a veinte años antes. Todo parece indicar que su primera exposición científica pública fue el 18 de febrero de 1881, durante la Conferencia Sanitaria Internacional en Washington. Su intervención

(llamado Culex en la época) como agente transmisor o vector epidemiológico, quien había prestado servicios médicos a las fuerzas norteamericanas en los campos de batalla contra el ejército colonial español en Santiago de Cuba.

En un trabajo leído el 13 de noviembre de 1898, en los salones de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, titulado “Los mosquitos considerados como agentes de transmisión de la fiebre amarilla y la malaria”, el Dr. Finlay describió el papel determinante del mosquito en la propagación de enfermedades con efectos mortales, al demostrar cómo se produce la infección en cadena de las personas enfermas hacia las que no lo estarían. Asimismo, delineó lo que vendría a ser una propuesta básica de campaña sanitaria contra el mosquito, teniendo como principal eje para eliminar las condiciones que favorecen la epidemia, la acción de preservar y aislar por todos los medios a los cuerpos enfermos de las picaduras de los vectores:

Con arreglo a las teorías del mosquito, para librar a la Isla de Cuba de las dos plagas más terribles que azotan su suelo, habrá, pues, que declarar guerra sin tregua y rodear a cada enfermo de fiebre amarilla o malaria de todas las precauciones inimaginables para que esos insectos no puedan contaminarse en las personas ni en los productos infecciosos de los enfermos.³⁶

De la metodología del Dr. Finlay, para reducir y neutralizar las epidemias de la fiebre amarilla, y otras, sobre la que se apoyaron para llevar a cabo la campaña masiva de higienización, dirigida por el gobierno militar norteamericano, y ejecutada con la colaboración de parte de la comunidad médica cubana, las autoridades sanitarias obtuvieron resultados exitosos en un tiempo relativamente corto. De acuerdo, con el Dr. Le-Roy Cassá, en julio de 1900, se extirpó la viruela; la fiebre amarilla se erradicaría, al menos oficialmente, en septiembre de 1901; mientras que, para esta fecha, se habrían disminuido ostensiblemente los casos de paludismo y tuberculosis.³⁷ El hecho de que se logró disponer de mecanismos y estrategias sanitarias para, al menos, vigilar y contener aquellas epidemias que impactaban en altos índices de

abordó acerca de las tres condiciones necesarias para que la fiebre amarilla se propagase. Pero el 18 de agosto de ese mismo año, en su trabajo titulado “El Mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la Fiebre Amarilla”, leído en una sesión científica de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, profundizó aún más su teoría (Le-Roy y Cassá, 1922: 37).

³⁶ Le-Roy Cassá, 1922: 37-38.

³⁷ Le-Roy Cassá, 1922: 39.

mortalidad dentro de la población, ello supuso anular el factor negativo que podía impedir la entrada masiva de inmigrantes y abrió la posibilidad de instaurar como medida gubernamental prioritaria la implementación a mayor escala de una política de atracción inmigratoria. Esto se puede discernir a través de los datos sobre el total de población en Cuba calculados por distintos censos (1899, 1919 y 1931). Si en 1899, el total de habitantes era de 1 400 262, para 1919 fue de 2 889 004, mientras que en 1931 la cifra ascendió hasta 3 962 344 habitantes.³⁸ Es decir, el aumento poblacional en 32 años fue de 2 562 082 de personas. Por otro lado, si observamos el promedio de mortalidad por cada mil personas en la Habana durante los cinco decenios que corresponden a los años entre 1871 hasta 1920, se distingue una tendencia reveladora hacia la baja, que diferencia el contexto sanitario colonial del poscolonial: 1871-1880: 44.97; 1881-1890: 34.18; 1891-1900: 43.41; 1901-1910: 20.56; y, 1911-1920: 20.28.³⁹

Como ratificación de lo señalado en el párrafo anterior, se hallan las palabras del Dr. José Antonio López del Valle,⁴⁰ que pueden sintetizar un criterio generalizado dentro del discurso higiénico-sanitario cubano, expresadas en el marco de la Segunda Conferencia Internacional de Emigración e Inmigración, celebrada en La Habana entre marzo y abril de 1928. En calidad de delegado plenipotenciario por el gobierno cubano, en una de las sesiones de la Comisión Primera: Transporte y Protección de los emigrantes e Higiene y servicios sanitarios, en donde participaba. Respecto a la labor y a la doctrina del Dr. Finlay, señaló el impulso e incremento de la inmigración española-europea que significó para Cuba:

³⁸ Pichardo Viñals, 1973: 614-615.

³⁹ Le-Roy Cassá, 1922: 70.

⁴⁰ Importante figura del movimiento científico sanitario cubano durante la República hasta su muerte en 1937. Fue catedrático y profesor de Higiene y Legislación Sanitaria en la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de La Habana. Llegó a ser uno de los redactores del primer código sanitario cubano titulado *Manual de Práctica Sanitaria. Para uso de Jefes e Inspectores de Sanidad, Médicos, Funcionarios, etc., de la República de Cuba* (1905), también de la edición posterior bajo el nombre de *Ordenanzas Sanitarias para el régimen de los Municipios de la República* (1914), y además del Código Sanitario Panamericano, elaborado y aprobado en La Habana en 1924, cuando Cuba fue sede de la VII Conferencia Sanitaria Panamericana. A su vez, se desempeñó como funcionario sanitario desde la época de la primera ocupación militar norteamericana, siendo inspector sanitario y Jefe de la Brigada de Desinfección de La Habana del entonces Departamento de Sanidad. Y posteriormente ocupó los cargos de Jefe Local de Sanidad de La Habana, Jefe de Despacho de la Dirección Nacional de Sanidad y Director Nacional de Sanidad (Delgado García, 2008).

Gracias al descubrimiento de Finlay, se han abierto al trabajo, a la riqueza y al progreso, zonas intertropicales feraces y ricas, que antes permanecían inactivas y se pueden ampliar, con garantías de salubridad y de bienestar, la corriente de inmigraciones deseables, vigorosas, útiles y fuertes, a las que hemos dispuesto a recibir con cariño y a las que podemos ofrecer las seguridades de un ambiente grato, limpio y sano.⁴¹

De este modo, una vez que en términos razonables, para los estándares de la época, se llegó a establecer cierto control higiénico-sanitario de la población, no es de extrañar, que también se pondría foco de atención en quienes arribarían a Cuba. Asimismo, se puede distinguir cómo se articularía la relación institucional entre los mecanismos de control higiénico-sanitario y la inmigración, a partir de la propia metodología y concepción del Dr. Finlay. Es decir, el modelo higiénico-sanitario aplicado, se convertiría, a nuestro juicio, en el paradigma sobre el cual se va a organizar el funcionamiento de los campamentos o estaciones de control inmigratorio y de cuarentenas, a raíz de la propuesta del Dr. Finlay, de trabajar en el aislamiento de poblaciones vulnerables y afectadas por las epidemias, como método preventivo que evitaría la propagación de las enfermedades.

En otras palabras, se confinaba a los enfermos para impedir la infección de los no enfermos, lo cual puede indicarnos un perfeccionamiento del antiguo modelo colonial de cuarentenas con los lazaretos. No es casual, que los dos principales campamentos o estaciones, el de Tricornia, en La Habana, y el de Cayo Duán, en Santiago de Cuba, se instalarían a partir de 1900, con la ocupación militar norteamericana, como ya se ha señalado anteriormente. Al tener las mismas características de ubicación ambos, fueron situados a distancia de los puntos de embarques oficiales de cada puerto, y cumplían una doble función. Por un lado, el de regulación inmigratoria, donde funcionarios habilitados definían quienes no obedecían los requisitos reglamentados en las leyes inmigratorias en vigor. Y, por otro, como reclusorio de observación clínica para aquellas personas sospechosas de ser portadoras de enfermedades o epidemias. Sin embargo, en la práctica, ambos campamentos tenían el desempeño de contener o ser mecanismos de repatriación y expulsión de aquellos inmigrantes que van a ser catalogados como “indeseables”.

Justo antes de finalizar la ocupación militar, el entonces Gobernador, el General Brooke, determinó los instrumentos jurídicos que estrechaban la correlación

⁴¹ Segunda Conferencia Internacional de Emigración e Inmigración, 1928: 59-60.

institucional entre sanidad e inmigración, con la promulgación de distintas órdenes militares, las que tenían validez jurídica posocupación. En un breve lapso de tiempo, entre abril y mayo de 1902, se decretaron dichas órdenes, cuando ya se había acordado el inicio de la nueva etapa para Cuba, como República y Estado reconocido internacionalmente. Precisamente, la orden militar número 122 de 29 de abril de 1902, instauraba las Leyes y Reglamentos de Cuarentena en Cuba. Mientras que la número 133 de 7 de mayo de 1902, disponía que el Servicio de Cuarentena se incorporaba a la órbita de la Secretaría de Hacienda,⁴² que entre sus funciones se le encargó todo asunto relativo a la inmigración. A su vez, la orden militar número 155 de 13 de mayo estipulaba las Leyes y Reglamentos para la Inmigración, que estaban vigentes desde el 14 de abril de 1899, por orden del entonces presidente norteamericano William McKinley. Asimismo, la orden militar número 159 de 17 de mayo de 1902 fue la que constituyó la Primera Ley Sanitaria en Cuba, creándose la Junta Superior de Sanidad y las Juntas Locales en cada uno de los municipios existentes.⁴³

La puesta en vigor de las anteriores órdenes militares, que creaban departamentos u organismos, e instituían leyes y reglamentos, significaba no sólo la implementación en simultáneo de un sistema sanitario y una política inmigratoria, sino también nos indica el interés por establecer un enlace operacional entre el quehacer científico y el administrativo. Por eso no es de extrañar la articulación entre la Junta Superior de Sanidad y la Secretaría de Hacienda, en la medida que el Departamento de Sanidad Marítima y el Departamento de Inmigración eran dependencias de esta última.

La Junta Superior de Sanidad será la plataforma de lo que en 1908 va a constituirse como la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, es decir, pasará a tener la sanidad un rango mayor, en calidad de ministerio. Una mirada a la composición de la Junta, sus objetivos y mandatos por ley, nos puede ofrecer una mejor interpretación sobre cómo se trataba de acoplar lo científico-sanitario y la gestión administrativa, cuando se le atribuye abordar distintos ámbitos como: la población, los territorios, las industrias, el comercio, las viviendas, etc. En cuanto a su estructura había cinco Vocales efectivos, con capacidad de decisión por voto, pero también acompañaban,

⁴² Era uno de los ministerios que formaba parte central del Ejecutivo.

⁴³ Le-Roy Cassá, 1922: 36.

sin voto, los Vocales Honoríficos. Entre los Vocales efectivos se hallaban: el Jefe de Sanidad de la Isla de Cuba, que fungía como Presidente y Oficial Ejecutivo; dos Vocales residentes en la ciudad de la Habana, uno de los cuales era el Presidente de la Comisión Especial de Higiene; y los otros dos Vocales: uno para la parte oriental y el otro para la occidental del país.⁴⁴ Mientras, los Vocales Honorarios eran el Oficial en Jefe del Servicio de Hospitales de Marina de la Isla de Cuba; un miembro de la Academia de Ciencias; un miembro de la Universidad de La Habana; un representante de la Junta de Educación; el Presidente de la Liga contra la Tuberculosis; y un abogado, profesor de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana.⁴⁵

La primera composición de la Junta Superior de Sanidad estuvo integrada por: Vocales Efectivos, que fueron funcionarios sanitarios activos durante la ocupación norteamericana: Dr. Carlos J. Finlay, Jefe de Sanidad; Dr. Joaquín L. Dueñas, Presidente de la Comisión de Higiene Especial; Dr. Enrique B. Barnet, Vocal residente en la ciudad de La Habana (por 4 años); Dr. Juan Guiteras, representante de la parte occidental de La Isla de Cuba (por 2 años); y Dr. Ambrosio Grillo, representante de la parte oriental de La Isla (por 3 años). Vocales Honorarios: Dr. Hugo Roberts, Médico Primero del Puerto de La Habana; Dr. Joaquín Jacobsen, Presidente de la Liga contra la Tuberculosis; Dr. Juan Santos Fernández, Presidente de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana; Dr. José Varela Zequeira, Representante por la Universidad de La Habana; Dr. Gonzalo Aróstegui, Representante por la Junta de Educación; y, Dr. José del Cueto y Pazos, Abogado, Profesor de la Facultad de Derecho.⁴⁶

Entre las atribuciones conferidas a la Junta Superior de Sanidad se pueden destacar que bajo su potestad tendría la supervisión general de los asuntos relacionados con la salud pública en toda la Isla de Cuba. Se le autorizaba la realización de estudios sanitarios en cuanto a las causas que produjesen enfermedades, y especialmente respecto de epidemias, que llegaba a incluir la de los animales, y los efectos de estas

⁴⁴ Como requisito para ser Vocales se estipulaba que tres de ellos debían ser médicos con cinco años al menos en el ejercicio de la profesión (Le-Roy Cassá, 1922: 40).

⁴⁵ Le-Roy Cassá, 1922: 40.

⁴⁶ Le-Roy Cassá, 1922: 42.

respecto a la salud pública, como las condiciones, costumbres, localidades, las bebidas y medicinas que se consumían.

A su vez, se estimulaba la publicación de las investigaciones científicas respecto a las cuestiones sanitarias. Otro aspecto a destacar, fue que a la Junta de Sanidad se le otorgó el rango de órgano de control higiénico-sanitario, puesto que se encargaría de exigir el cumplimiento adecuado de las leyes sanitarias en ramas de la economía como las industrias y las ocupaciones identificadas como nocivas y peligrosas; incluía también las regulaciones en torno la admisión de quienes aspiraban a ejercer la medicina, la cirugía, la farmacia, la cirugía dental, la obstetricia, los embalsamientos y los agentes funerarios. Al mismo tiempo se le dotó no sólo con la función de recomendar al Ejecutivo nacional y al Legislativo (Cámara de Representantes y Senado) sobre cambios y adiciones que juzgaran pertinentes en las Leyes de Sanidad; sino que tendría el poder de exigir informes y datos referentes de todo asunto que sirva de interés y provecho de la Junta para su mejor desempeño, a todo establecimiento público y personal jerárquico, tales como: dispensarios, asilos, hospitales, enfermerías, presidios, cárceles o penitenciarias, escuelas de carácter público, sección especial de higiene; y a dueños, administradores, arrendatarios e inquilinos de lugares públicos en toda la Isla.⁴⁷

Al mismo tiempo, la Junta estaba investida de autoridad para pedir a las autoridades correspondientes, informaciones respecto a las estadísticas demográficas de la Isla, en lo que se refiere a los nacimientos, defunciones, matrimonios, enfermedades y epidemias. La razón que le asistía tenía que ver con que debía emitir informes que le solicitara el Ejecutivo nacional. Asimismo, tendría la competencia para realizar y poner en vigor disposiciones que tiendan a evitar y combatir enfermedades contagiosas y epidémicas, ya sea en las poblaciones humanas o animales; aminorar las costumbres dañinas a la salud pública; destruir las causas que originasen cualquier enfermedad especial o malaria; así como la facultad para emitir reglamentos de cuarentena interior que crea necesario o donde no hubiese Juntas o Jefes de Sanidad, a niveles locales.⁴⁸

⁴⁷ Le-Roy Cassá, 1922: 40-41.

⁴⁸ Le-Roy Cassá, 1922: 41.

La creación de la Junta Superior de Sanidad implicó la fundación de un laboratorio biológico, químico y bacteriológico, que estaría dotado de aparatos e instrumentos necesarios, y de personal idóneo nacional para practicar estudios bacteriológicos, y que radicaría en la ciudad de La Habana. También se lo autorizó la dirección y administración de un Sanatorio para la Tuberculosis, del Servicio Especial de Higiene, y de la Comisión de Vacuna, establecida ésta conforme a la orden civil número 165 de 24 de junio de 1901. En resumen, todo lo expuesto hasta ahora significaba que la Junta Superior de Sanidad, en cuanto a los asuntos sanitarios, poseía absoluta competencia y poder de autoridad sobre los demás funcionarios de la nación.⁴⁹

Sin embargo, el mismo día que se constituyó la República, el 20 de mayo de 1902, con el Decreto número 11 del Poder Ejecutivo nacional, hubo un cambio operativo. El Departamento de Sanidad quedaría sujeto a la órbita de la Secretaría de Gobernación, supeditando sus funciones técnicas y responsabilidad sanitaria, a las órdenes emanadas por el organismo político que se ocupaba de coordinar a las distintas secretarías, y que respondía directamente al Presidente de la República. Además, no fue hasta el 2 de enero de 1903, que por Decreto Presidencial número 1, se llegó a poner en vigor la Orden Militar número 159, cuando se formalizó el nombramiento de las personas que conformarían la Junta Superior de Sanidad de la Isla de Cuba.⁵⁰

A juicio del Dr. Le-Roy, si en el terreno teórico existía aparentemente una completa organización sanitaria, resultó que en la práctica esa organización presentaba inconvenientes. En especial, respecto a la diligencia de las Juntas Locales de Sanidad, tenían problemas para ejecutar su labor debido a que no gozaban de fondos razonables por estar atadas a los presupuestos económicos de los Municipios y a la discrecionalidad de los gobiernos locales. De esta forma, se encontrarían restringidas para ejercer autoridad y sin independencia suficiente para poder exigir el cumplimiento de los preceptos sanitarios encomendados. Si bien la campaña y los servicios de control sanitarios en la ciudad de La Habana se desempeñaban de manera correcta, sobre todo por tener la mayor densidad poblacional y ser sede de

⁴⁹ Le-Roy Cassá, 1922: 41.

⁵⁰ Le-Roy Cassá, 1922: 45-46.

los principales organismos públicos, no se comportaron de igual manera en los territorios del interior de la República. Ello explicaría, según Dr. Le-Roy, la reaparición de brotes, en 1905, de fiebre amarilla, o de paludismo, difteria, y otras infecciones, pero sin llegar a la altísima mortalidad de los años precedentes, pues fueron más o menos controladas debido a que existían técnicas higiénico-sanitarias aplicadas con relativo éxito.⁵¹

No obstante, uno de los asuntos más relevantes para la labor de la Junta Superior de Sanidad, tenía que ver con la producción correcta no sólo de las estadísticas demográficas, sino de un manejo adecuado para lograr una mejor ejecución de los controles y las políticas higiénico-sanitarias. Mediante una Circular de 10 de septiembre de 1904, se les notificó a los Jueces Municipales del Registro Civil que debían enviar a la Junta Superior de Sanidad los duplicados de las certificaciones de defunción, puesto que ésta le correspondía suministrarlo a los médicos de la República. Con esta medida, se buscaba instrumentar cierta unificación de los servicios demográficos para perfeccionar la elaboración y la utilidad de las estadísticas, en especial los datos acerca de la mortalidad en Cuba con mayor grado de exactitud.⁵²

La segunda intervención estadounidense (1906-1909) y la restauración republicana (1909-1933): nacionalización sanitaria y el control inmigratorio

Hacia mediados del año 1906, el presidente de la República, Tomás Estrada Palma, renunció a su cargo y solicitó lo que se denominó la segunda intervención norteamericana que se extendió hasta 1909. La dimisión fue producto de una crisis política interna, a causa de varios incidentes graves que repercutieron en la impugnación por fraude de la coalición opositora, por medio de un alzamiento en armas, de las elecciones generales que se llevaron a cabo en septiembre de 2005, y por la que había resultado reelecto Estrada Palma como único candidato presidencial.

⁵¹ Le-Roy Cassá, 1922: 46.

⁵² Le-Roy Cassá, 1922: 48.

Durante este segundo periodo de intervención militar estadounidense no sólo se respetó la organización sanitaria ya establecida, sino que se propuso, en conjunto con la comunidad científico-sanitaria cubana, resolver el problema operativo de la administración municipal que se suscitó en el anterior gobierno republicano en torno a la ejecución de las disposiciones de sanidad a nivel local. En este sentido, se promulgó la nacionalización sanitaria a través del Decreto número 894, del 26 de agosto de 1907, con el fin de consolidar la acción uniforme en cada uno de los territorios y bajo la responsabilidad directa de los funcionarios sanitarios sin que las autoridades municipales menoscaben sus labores. Dicho Decreto, si bien rescataba las órdenes militares que sobre sanidad se decretaron en la primera ocupación, también significó el perfeccionamiento de una mejor coordinación territorial entre lo local o municipal, lo provincial y lo nacional. Precisamente, una vez restablecida la República en 1909, con la realización de las elecciones generales, este Decreto pasó a ser el sustento jurídico para la creación de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, la que asumió la representación de lo que antes hacía la Junta Superior de Sanidad, junto a la de Beneficencia que funcionaba de modo independiente.⁵³

En el preámbulo del Decreto, a través del cual se retomaba el modelo anterior del Departamento Nacional de Sanidad, se advierte una narrativa científico-sanitaria cubana que reafirmaría que la conservación de las buenas condiciones sanitarias en las poblaciones de Cuba sería además de una obligación de carácter nacional, un elemento imprescindible para el desarrollo del comercio y la prosperidad de la República. Se reconocía la importancia del ámbito local en la estructura de control sanitario nacional, para lo cual se trataba de establecer la uniformidad de métodos de acción necesarios para un servicio eficaz. A su vez, se entrevé que la estrategia de control sanitario nacional dependía, en uno de sus aspectos, de la metodología de la cuarentena para la prevención de la propagación de enfermedades epidémicas. Al respecto, la argumentación que se señalaba giraba en torno a la idea de que, si se abandonaba o fallaba el servicio local sanitario, a raíz de una descoordinación

⁵³ Le-Roy Cassá, 1922: 50-51.

administrativa municipal, se podría poner en peligro la salud de toda la población en la República.⁵⁴

En este sentido, una vez finalizada la segunda intervención estadounidense, se promulgó el Decreto 78, el 25 de enero de 1909, que era la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Con esta Ley, que respetaba todas las normas dictadas por el gobierno militar, se completó la sujeción de las provincias y municipios respecto a las Autoridades Centrales.⁵⁵ Asimismo, se reconfiguró el anterior Departamento Nacional de Sanidad en la nueva entidad central, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, la que, a su vez, adoptó las facultades y los deberes dispuestos con anterioridad. En su nueva versión, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia estaría integrada por la Dirección de Sanidad, la Dirección de Beneficencia y la Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia. La estructura de la Dirección de Sanidad quedaría compuesta por los siguientes negociados: Central, Servicios Sanitarios de La Habana (Antigua jefatura local); Asuntos Generales y Cuarentenas; Higiene Especial (prostitución); Estadística, Correspondencia y Archivo; y, Personal, Bienes y Cuentas. Mientras que la Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia se constituyó de la siguiente forma: Director de Sanidad, Director de Beneficencia, Jefe del Servicio de Cuarentenas, Presidente de la Comisión de Enfermedades Infecciosas, Decano de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de La Habana, Presidente de la Liga contra la Tuberculosis, Presidente de la Sociedad Económica de Amigos del País, Jefe Local de Sanidad de La Habana, Presidente de la Comisión de Higiene Especial, y 4 miembros designados por Presidente de la República, debiendo ser uno de ellos Abogado y el otro, Ingeniero Civil, con sus respectivos títulos acreditativos.⁵⁶ Aun cuando no hubo considerables modificaciones en la estructura y legislación sanitaria vigentes hasta el año 1909, a la nueva entidad, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, a diferencia de la anterior, se le otorgó rango ministerial, siendo parte integrante del Poder Ejecutivo, sin depender de ninguna otra secretaría. A juicio de

⁵⁴ Le-Roy Cassá, 1922: 51.

⁵⁵ Le-Roy Cassá, 1922: 55-56.

⁵⁶ Le-Roy Cassá, 1922: 55-56.

Le-Roy, esta autonomía le daba la ventaja de poder ejercer una competencia con mayor capacidad dinámica y operativa.⁵⁷

Por gestiones de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, en septiembre 1910, se reprodujo masivamente el Reglamento para la ejecución de la Ley de Inmigración de 1906, y dictó medidas para una mejor implementación de ella, incluyendo aspectos como la colonización y el trabajo. Además, obtuvo la incorporación a su estructura, del Departamento de Inmigración. De esta manera, directamente podía encargarse, desde el punto de vista sanitario, de vigilar y controlar la llegada de poblaciones inmigrantes, por medio de la Estación de cuarentenas como Tricornia y Cayo Duán, aislando, según criterio institucional, los casos sospechosos de cualquier enfermedad transmisible. De acuerdo con Le-Roy, el hecho de haber incorporado el Departamento de Inmigración, y en especial, trabajar directamente con los Campamentos de Inmigración y Cuarentenas, como Tricornia, representaba: “el primer tamiz en que se descubren y detienen las infecciones que de afuera nos llegan y que por los días de la incubación de las respectivas dolencias hayan podido escapar de la inspección de la Sanidad Marítima”.⁵⁸

Cuando en 1917, el entonces Presidente García Menocal (1913-1921), aprobó una nueva Ley de Inmigración, en la que se permitía la entrada de las inmigraciones antillanas y chinas, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, en respuesta, reacondicionó el vetusto Lazareto del puerto de Mariel, el cual se usaba como centro de atención a personas enfermas de lepra, para que pudiera cumplir cabalmente con sus funciones de cuarentena y aislamiento. No obstante, sectores influyentes de la comunidad científica cubana, por medio de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, expresaron su rotundo rechazo a la reforma de la Ley de Inmigración de 1906 anterior. En este sentido, veían como una desgracia la repercusión en Cuba de la Primera Guerra Mundial, puesto que trajo como consecuencia la necesidad de aumentar su producción azucarera, motivo que propició, a pesar de las protestas, la inmigración de lo que identificaban como “sujetos no deseables”:

los cuales importaron distintas enfermedades, entre ellas la viruela, que -aunque muy benignas como las que atacan a otros muchos países en la época actual- constituye una

⁵⁷ Le-Roy Cassá, 1922: 57-58.

⁵⁸ Le-Roy Cassá, 1922: 59.

*epidemia de la que hacía largos años estábamos completamente libres. Esos inmigrantes, permitidos los unos y los otros clandestinos, han contribuido también aumentar el paludismo y la fiebre tifoidea, sobre todo en las regiones de Camagüey y Oriente, constituyendo ahora un motivo de serias preocupaciones para las Autoridades Sanitarias de la República*⁵⁹

No obstante, en el Reglamento para la Ejecución de la Ley de Inmigración de 3 de agosto de 1917, publicado en la Gaceta Oficial de 2 de noviembre de 1917, en su artículo veintisiete, se estipulaba que para el mejor cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre sanidad e higiene en los ingenios, minas y demás industrias, hacia donde los inmigrantes destinarían sus servicios, las empresas podrían, bajo su responsabilidad financiera, destinar los empleados que estimasen necesarios, dando cuenta al Jefe de Sanidad del Término. Esos empleados nombrados por la empresa, serían considerados como agentes auxiliares de la Jefatura Local de Sanidad, quedando sujetos a la acción y vigilancia higiénica.⁶⁰

Posteriormente, a partir de 1926, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia llevó adelante el Plan Sanitario, que era un aspecto básico de un proyecto gubernamental de “regeneración moral” del entonces presidente y futuro dictador (1925-1933), el general independentista Gerardo Machado, que incluía la creación de la Escuela Sanitaria Nacional e Instituto Carlos J. Finlay. El organismo, considerado bajo el concepto de ser en provecho de la higiene pública y elemento de estabilidad nacional, funcionaría como centro de investigaciones científicas que incidiría en la política, además de preparar funcionarios y altos empleados de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. En el esbozo del mencionado plan, esclarecía cómo se imbricaban en la época el poder, la política, la nacionalidad y la ciencia, condicionando la construcción sociocultural en Cuba de hombres y mujeres, de acuerdo con el sexo y el color de la piel.⁶¹ Además, suponía este Plan Sanitario un corrimiento dentro de la narrativa científica cubana hacia una postura eugenésica, conveniente a los intereses políticos desplegados con el gobierno machadista de mano dura.

Con el propósito de sanear a la población cubana (en especial la materno-infantil), mediante procedimientos “racionales” basados, primero, en la acción educativa, y si no resultase esta, en la más “estricta acción represiva”; el Plan Sanitario dejaba bien

⁵⁹ Le-Roy Cassá, 1922: 62-63.

⁶⁰ Asociación de Fomento de Inmigración, 1917: 11.

⁶¹ Secretaría de Sanidad y Beneficencia, 1931.

claro uno de sus sentidos fundamentales. De lo que se trataba, era instaurar un sistema de vigilancia sanitaria más efectiva para la acción gubernamental con el objetivo de prevenir todo lo que se consideraba peligro social, “de factores corrosivos y siniestros que afectan el sistema nervioso y aniquilan robustos organismos, transformándose en enérgicos agentes de despoblación”, como las enfermedades infecciosas, el alcoholismo, la sífilis, las drogas, la alienación mental, la criminalidad, la inmigración indeseable, etc. De ahí que, además de velar por la infancia y la maternidad, para así evitar los “desvíos mentales” de la niñez, la adolescencia y la juventud; lo que se buscaba de modo manifiesto era: “[...] *lograr para la patria una raza fuerte y vigorosa, evitando la procreación entre individuos de indudable degeneración porque es deber del Estado atender con celo y energía la población vital que integra el núcleo de su nacionalidad*”.⁶²

La apelación a la eugenesia en ese momento, como un fundamento para delinear una política social y sanitaria, tuvo como objetivo sistematizar medios de control de toda conducta que era catalogada como “desviada”, “peligrosa”, “dañina”, hacia fines de los años veinte. Revelaba, además, parte de las soluciones que pretendía el entonces presidente Gerardo Machado, cuando desde que asumió en 1925, impulsó un contexto restrictivo inmigratorio que perseguía y criminalizaba policialmente las inmigraciones declaradas como “indeseables”: antillanas (haitiana y jamaicana) y chinas. No es coincidencia que, en estos años, firmó sendos Decretos que prohibían la introducción de estas, 1926 y 1928, respectivamente.

La inmigración bajo lupa: Campamentos o Estaciones de cuarentenas de Tricornia y Cayo Duán

Como estructura higiénico-sanitaria para la vigilancia y la regulación inmigratoria, y expresión de su relación con las lógicas discursivas y jurídicas de la política de inmigración y el ejercicio gubernamental cubano, nos encontramos con los casos emblemáticos de los Estaciones de cuarentena y de recepción inmigratoria: Tricornia, en La Habana, y Cayo Duán, en el puerto de Santiago de Cuba.

⁶² Secretaría de Sanidad y Beneficencia, 1931: 244, 246, 248-250, 294, 346.

El Campamento de Tricornia se fundó en el mes de noviembre de 1900, con la ocupación militar norteamericana, como dependencia del Departamento de Inmigración e instalado al otro lado de la Bahía de La Habana y la Aduana, en las alturas del pueblo de Casablanca. Supuso un dispositivo de control inmigratorio y sanitario que pretendía dar cumplimiento a las leyes y disposiciones que sobre inmigración se empezaron a implementar desde 1899.

Funcionaba como un complejo habitacional que bajo régimen de cuarentena y de vigilancia clínica, servía de reclusorio para los inmigrantes sospechosos o con padecimientos de distintas enfermedades como tracoma, tuberculosis, etc., hasta que fuesen reembarcados o se restablecieran en el territorio nacional. Aun cuando pudiese haber una predisposición sesgada contra aquellas poblaciones catalogadas como “inmigraciones indeseables”, las inmigraciones hispano-canarias y europeas eran custodiadas hasta las instalaciones si eran portadoras de enfermedades contagiosas contraindicadas. Tras el arribo al puerto, y al ser evaluados por los médicos oficiales del Puerto, los inmigrantes identificados y conducidos por las autoridades cubanas hacia la Estación, eran los que presuntamente portaban enfermedades contagiosas.

Cabe señalar que, como expresión del sistema nacional de control sanitario e inmigratorio, tanto Tricornia y Cayo Duán, a raíz del Reglamento para la Ejecución de la Ley de Inmigración de 1917, en su artículo octavo, constituyeron un mecanismo para que los braceros y trabajadores que viniesen a Cuba fuesen registrados e identificados dactiloscópicamente por el Departamento de Inmigración, consignándose en la boleta de identificación, y en un registro de inmigrantes a tales efectos. Las boletas de identificación se extenderían por triplicado: conservándose una en la Estación o Campamento de Inmigración; la otra debía ser enviada a la Oficina Central de Identificación; y la otra se le entregaría a la persona, compañía o entidad que haya traído al inmigrante.⁶³

No obstante, Tricornia también se empleaba como refugio o reclusorio transitorio respecto a: menores de edad sin familia o padres; mujeres casadas que viajaban sin autorización marital; solteras que carecían de una profesión determinada; mayores de

⁶³ Asociación de Fomento de Inmigración, 1917: 14.

18 años que no poseían al llegar a Cuba de lo que se dispuso como efectivo mínimo de treinta pesos para poder desembarcar o en su defecto de una garantía jurídica-comercial o contrato laboral; quienes no tenían aval de algún familiar; los que no eran socios de cualquier centro regional español; “polizones” –llamados así, los que vienen ocultos en el barco sin haber pagado el billete-; y aquellos deportados de los Estados Unidos, que intentaban residir en aquel país, pero que no eran aceptados por sus restrictivas leyes de inmigración. De esta forma, una vez internados, eran valorados y estudiados para ser aceptados por las autoridades inmigratorias cubanas, quienes determinaban si podían ser o no “una carga pública” futura para el país. En caso de rechazo, serían repatriados para sus respectivos lugares de origen bajo responsabilidad de las compañías navieras que los trajeron.⁶⁴

En sus inicios, Tricornia contaba con seis edificios, dos para mujeres y niños, y cuatro para hombres, con cien camas cada uno. Después del año 1912 se aumentó su capacidad con dos nuevos albergues, cuando la coyuntura se caracterizaba por una gran afluencia española, antillana, china y de otras nacionalidades. El costo diario promedio durante los primeros veinte años del siglo XX para cada inmigrante por alojamiento y comida, era de 20 centavos. Posteriormente, después de aprobada la Ley de Inmigración de 1917, el costo diario que debían abonar los inmigrantes ascendió a 50 centavos, según le manifiesta en misiva oficial, con fecha 4 de julio de 1924, del entonces Secretario de Estado de la República, Carlos Manuel de Céspedes, al Encargado de Negocios ad-interim del consulado británico en Cuba. En su explicación de Céspedes, ante la queja del cónsul por los maltratos y quebrantos ocasionados en contra de los súbditos jamaicanos en el caso del Campamento de Cayo Duán, por lo que consideraban era un abuso de poder porque se apropiaban sin devolución de los pagos efectuados por los inmigrantes por concepto de cuarentena y gastos diarios, señalaba que el depósito, en general, consistía en el importe de 15 días de hospitalización en la Cuarentena, a la razón de 50 centavos por día y por cada inmigrante, de donde resultaba que, si por razones de orden médico, dado el triple

⁶⁴ Góngora Echenique, 1928: 34, 35 y 48.

tratamiento preventivo que la legislación sanitaria ordenaba, permanecía el inmigrante 15 o más días en la Estación, el depósito quedaba totalmente cancelado.⁶⁵ En el mismo territorio que ocupaba el campamento Tricornia, pero separados de los barracones principales, se encontraban los edificios de Cuarentena y la Clínica, donde se ingresaban a los inmigrantes aquejados por enfermedades contagiosas. Pasar por el sistema de control inmigratorio y sanitario de Tricornia no debió significar ninguna experiencia agradable para cualquier inmigrante. No obstante, los centros regionales españoles (Galicia, Asturias y Canarias) lograron a mediados de la década del diez que el Gobierno les autorizara gozar del privilegio de la facultad de extraer de Tricornia a los grupos de inmigrantes de su mismo origen natal. Ello trajo consigo que las distintas sociedades regionales incorporaron a su estructura comunitaria la figura del Delegado Inspector de Inmigración. Respecto a otras inmigraciones, como la china, tanto el consulado asiático y su asociación principal, Casino Chung Wa, hicieron constantes gestiones con el gobierno cubano para que precisamente les concedieran las mismas prerrogativas otorgadas a los españoles. Aun cuando, al parecer no tuvieron una autorización oficial directa, el consulado chino sí intervenía con sus representantes para coordinar la extracción de los inmigrantes de Tricornia o hacerlos desembarcar una vez llegados a puerto. En efecto, cuando en 1926, se firmó el decreto de prohibición de la inmigración china, el Departamento de Inmigración creó un “Registro especial para los chinos” en Tricornia, cuyo principal fin era evitar dicha inmigración y la suplantación de identidad falsa, mediante la conformación de expedientes con las impresiones digitales tanto de los repatriados como de los que llegasen a puerto habanero.⁶⁶

Mientras que, en el caso de los antillanos, eran más que todo los consulados británico y haitiano, los que llegaron a mediar ante las autoridades sanitarias e inmigratorias, sobre todo en Cayo Duán en el puerto de Santiago de Cuba, debido a que era la entrada principal por donde se introducían las inmigraciones jamaicanas y haitianas. Sin embargo, como estas inmigraciones venían en su mayoría bajo contrato de las compañías norteamericanas, éstas se ocupaban de su desembarco y de la repatriación

⁶⁵ Secretaría de Estado, 1924: 42.

⁶⁶ Góngora Echenique, 1928: 34, 35 y 48.

una vez terminada el periodo de la zafra azucarera, como se establecía por ley, pero que en la práctica no se llegaba a cumplir del todo.

El Campamento o Estación de Inmigración y Cuarentenas de Cayo Duán, en Santiago de Cuba, como bien se había señalado anteriormente, formaba parte de un sistema de vigilancia y control higiénico-sanitario de la inmigración que se estructuraba en los principales puntos de entrada por mar al país. Al igual que Triscornia, su emplazamiento como tal fue durante la ocupación militar norteamericana y supeditada a la respectiva política sanitaria. Estaba situado al otro lado de la bahía donde se encontraba el puerto de desembarque de Santiago de Cuba. Su importancia será mayor a medida que será el lugar encargado de recibir el trasiego de las inmigraciones haitianas, jamaicanas y chinas, cuando estas fueron habilitadas por algunas medidas de determinados gobiernos, como el de José Miguel Gómez, pero sobre todo, con la Ley de Inmigración de 3 de julio de 1917.

En un informe sobre la organización de los servicios de inmigración en los diferentes puertos del país, con fecha 21 de agosto de 1911, presentado a la Secretaría de la Presidencia de la República, por quien presidía la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, el Dr. Manuel Varona, se advertía del estado primario, y hasta precario, de las instalaciones de la Estación de Cayo Duán durante el periodo que corresponde entre 1900 y 1909. De esta manera, se reconocía que no podía cumplimentar con las funciones asignadas a nivel central en cuanto a la política de control sanitario e inmigratorio, en parte porque dependía de los presupuestos locales, y fallaba en la coordinación más efectiva entre los distintos niveles de la administración pública. En este sentido, se explicó que las relaciones no eran directas entre el Departamento de Inmigración central y los administradores de aduanas en los puertos secundarios, como era el de Santiago de Cuba, en comparación con el de la Habana.⁶⁷

En otro punto crítico del informe se denunciaba que, si bien se había logrado poner coto a irregularidades en el puerto de Santiago de Cuba, la Oficina de Inmigración de Duán había tenido que cerrar temporalmente el 30 de junio de 1911, trayendo como consecuencia, a juicio de la Secretaría de Sanidad, que quedaran abiertas las puertas a la inmigración sin restricciones por dicho puerto, lo cual se alertaba tendría “*un grave*

⁶⁷ Archivo Nacional de Cuba, Fondo Secretaría de la Presidencia, Legajo 121, No. 12.

daño a la salud y la conveniencia pública". También se reprochaba lo que pasaba en otros puertos del oriente del país (Nipe), por donde los grandes ingenios de la zona, estarían importando "*negros trabajadores de Haití y de las demás Antillas*". Esta situación provocaba que no se aplicaba como se debía la Ley de Inmigración de 1902 y 1906, que tácitamente prohibía dicha importación, con el objetivo, de acuerdo con el Dr. Manuel Varona, de proteger al obrero cubano contra "*la ruinosa competencia del coolie e impide la entrada de ese elemento étnico*". De igual modo, se llamaba la atención sobre otro fenómeno, que era la existencia de cierto número de goletas haitianas y jamaiquinas que se dedicaban a la piratería en la costa de la región oriental, y de ese modo, a introducir subrepticia o clandestinamente lo que definían como "*toda clase de criminales y aventureros*", a pesar de las protestas de los vecinos de Guantánamo y Baracoa. A pesar de lo anterior, con la nacionalización sanitaria promulgada a través de dos decretos, uno en 1907 y el otro el de 1909, de acuerdo con el Informe, fue que se pudo reestructurar y mejorar las condiciones de la Estación de Cayo Duán para un mejor funcionamiento respecto al pasado inmediato.⁶⁸

Años más tarde, en momentos del apogeo de la inmigración antillana, el Dr. José Alberní, quien era el Jefe de Local de Inmigración y Encargado de la Estación de Cayo Duán, le envió un telegrama al Secretario de Hacienda, con fecha de 17 de enero de 1924, donde se relataba un proceso de reparación, reacomodo y ampliación de las instalaciones de dicho campamento, que habrían mejorado su capacidad de control higiénico-sanitario e inmigratorio. El Dr. Alberní comunicaba cuáles eran las mejoras que se realizaron en la Oficina de Inmigración y la Estación de Cayo Duán, desde que asumió su jefatura en septiembre de 1921: reconstrucción total del muelle de Cayo Duán y de las casetas para inspeccionar las embarcaciones; reparación de la caldera, bomba y molino de viento para el bombeo de agua potable para la Estación y la instalación de un grupo de tanques con capacidad de 2000 galones; la ampliación y mejora de los servicios sanitarios para los inmigrantes; la refacción de la lancha de inspección del Departamento; la instalación de un teléfono oficial entre la Oficina Inmigración y la Estación de Cayo Duán; el arreglo a gran escala de camas, mesas de noche y adquisición de bastidores y otras camas, así como de colchonetas y

⁶⁸ Archivo Nacional de Cuba, Fondo Secretaría de la Presidencia, Legajo 121, No. 12.

almohadas; reacondicionamiento integral de la cocina; montaje de un cercado en la Estación con alambres de púas para evitar fugas de inmigrantes y asimismo organizar la absoluta separación de inmigrantes de ambos sexos que tienen pabellones separados, donde el tercer pabellón en su totalidad estaba destinado a hombres y el primer pabellón destinado exclusivamente a mujeres. Asimismo, refería que recientemente había recibido de la Habana: 65 camas dobles, de dos pisos. En su criterio, el Dr. Alberni explicaba que había organizado el servicio de inmigración y cuarentenas de la mejor manera posible, dado el crecimiento de número de inmigrantes que tenían que albergar en la Estación, con un limitado personal de apoyo designado.⁶⁹

Conclusiones

En el desarrollo de nuestros presupuestos de análisis se partió de la base sobre cómo con la instauración de un Estado-nación a principios del siglo XX, después de un complejo panorama de reconfiguración colonial previo, de procesos independentistas (1868-1878 y 1895-1898) y de una ocupación militar norteamericana (1899-1902), se proyectó la necesidad de sincronizar con lo que se entiende la apertura hacia una sociedad moderna, a través del diseño y puesta en práctica de una política de higienización (sistema sanitarista) en conjunción con una política inmigratoria.

Como rasgo general se estableció la forma en que operó y se estructuró la relación entre ciencia, sanidad e inmigración en tanto elementos constitutivos del Estado-nación cubano. Por un lado, se advirtió acerca de un proceso de institucionalización de la producción del conocimiento científico (ciencia y teoría, asociaciones y prensa) como forma de gobernar, de intervención y sustentación política. Algo que se configuró, desde la segunda mitad del siglo XIX, a partir de la articulación de todo asociacionismo científico cubano que introducen teorías antropológicas (darwinismo social, criminología positivista) y médicas, y en donde el tema de la “desafricanización” y del blanqueamiento, por la vía de la inmigración selectiva étnicamente, jugaron un rol central, pero que incluyó el debate sobre temas como la

⁶⁹ Secretaria de Estado, 1924: 61 a 63.

aclimatación de poblaciones europeas en tierras tropicales, la criminalidad de las supuestas razas “inferiores” (negra y china), y el desarrollo de enfermedades según clima y raza, etc.

De hecho, fue considerable el número de casos de intelectuales cubanos (médicos, higienistas, antropólogos, abogados, profesores universitarios, etc.) que llegaron a ejercer la doble función de científicos y funcionarios del Estado y el Ejecutivo. La intervención de estos en la estructuración del Estado-nación se puede notar cuando ocupan cargos importantes dentro de la administración pública, como en las secretarías o ministerios del Poder Ejecutivo (Sanidad y Beneficencia; Agricultura, Industria y Comercio; Gobernación; Secretario de Estado y Justicia; y Hacienda), o cuando influyen, como grupo de presión científico y mediático, en la política inmigratoria y en los servicios de sanidad e higiene.

No obstante, en este proceso también actuaron los intereses de grupos económicos privados y paraestatales (compañías norteamericanas) que influyeron o modificaron políticas de gobierno, como la inmigratoria. De la interacción contradictoria a través de relaciones de fuerza entre los distintos actores de poder (científicos, funcionarios públicos, hacendados, colonos, capitales norteamericanos) se estableció la búsqueda por conducir un modelo de gobierno y economía política, así como de una intención de construir significados y controlar a las personas o poblaciones que residen o van a ser introducidas en el propio territorio.

Para ilustrar la proyección discursiva del asociacionismo científico, como elemento de ordenamiento para una estrategia gubernamental de administración pública, nos situamos en la organización inicial de una política de sanidad colonial durante el último tercio del siglo XIX, con la estructuración de una sanidad marítima y la experiencia de proyectos de Lazaretos (Tricornia y Cayo Duán) que correlacionó la sanidad y la inmigración; así como, la higienización implementada a partir de la ocupación militar norteamericana en 1899. En sentido general, más allá de la impronta colonial y la ocupación estadounidense, la articulación política entre sanidad e inmigración, cumplió una doble función. Por un lado, la intención de control social y poblacional sobre quienes, hacia fines del siglo XIX, vivían dentro de la Isla de Cuba, mediante la aplicación de campañas público-sanitarias, el perfeccionamiento de un sistema sanitario nacional y el manejo estadístico

demográfico sobre la natalidad, la mortalidad y los brotes epidemiológicos de enfermedades como la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea, el cólera, el tracoma, el paludismo, la sífilis, entre otras. Y por el otro, la pretensión de seleccionar, vigilar las inmigraciones que serían insertadas y repatriar aquellas consideradas como “indeseables”, como parte de la puesta en marcha de la política inmigratoria en tanto objetivo primordial. Asimismo, habría que añadir que, a través de dicha congruencia política se expresó cierto nacionalismo de corte científico-sanitario que aspiraba a contrarrestar la hegemonía política y económica estadounidense que habría limitado la soberanía cubana; si bien, el asociacionismo científicista cubano fue partícipe activo de la higienización estadounidense, tanto en la primera como en la segunda ocupación militar.

El hecho de que se lograría disponer de mecanismos y estrategias sanitarias para, al menos, vigilar y contener aquellas epidemias que impactaban en altos índices de mortalidad dentro de la población residente en la Isla, ello denotó la implementación del sistema de vigilancia higiénica y de cuarentenas para la regulación del gran flujo inmigratorio. Asimismo, se puede distinguir cómo se concertó dicha relación institucional, a partir de la aplicación metodológica de la teoría del Dr. Carlos Juan Finlay sobre el mosquito (llamado *Culex* en la época) como agente transmisor o vector epidemiológico y de la campaña contra la fiebre amarilla desarrollada durante la ocupación militar norteamericana. Es decir, el modelo higiénico-sanitario utilizado, se convertiría, a nuestro juicio, en el paradigma sobre el cual se va a organizar el funcionamiento de los campamentos o estaciones de control inmigratorio y de cuarentenas (Tricornia y Cayo Duán), a raíz de la propuesta del Dr. Finlay, de trabajar en el aislamiento de poblaciones vulnerables y afectadas por las epidemias, como método preventivo que evitaría la propagación de las enfermedades y las epidemias.

En resumen, la organización sanitaria nacional y el control inmigratorio, junto a una densidad discursiva de la comunidad científica cubana que la sostenía e impulsaba, proporcionaba una estructura programática a través de la cual se buscó proveer de institucionalidad política, en la medida en que se convirtió en un elemento configurativo para la instauración de un sistema republicano y capitalista en un contexto poscolonial. Con el perfeccionamiento del sistema sanitario nacional por

medio de los decretos y la reconfiguración institucional (Junta Superior de Sanidad, Departamento Nacional de Sanidad y Secretaría de Sanidad y Beneficencia) se observó una mayor necesidad de regular el movimiento inmigratorio y así congeniar la articulación entre ambas políticas. Precisamente fueron los campamentos o estaciones de control inmigratorio y de cuarentenas de Tricornia, en el puerto de La Habana, y el de Cayo Duán, en el puerto de Santiago de Cuba, los paradigmas de cómo se llegó a establecer la correlación.

FUENTES

Archivo Nacional de Cuba, Fondo Secretaría de la Presidencia, Legajo 121, No. 12.

Asociación de Fomento de Inmigración 1917, *Folleto*, Impr. y Papelería de Rambla, Bouza y Cía., Habana.

Finlay, C. J. 1878, “Clima de la Isla de Cuba” en *Revista Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana*, Tomo XV, pp. 261 a 273.

Foreign Policy Association 1935, *Problemas de la Nueva Cuba. Informe de la Comisión de Asuntos Cubanos*, Foreign Policy Association INCORPORATED, Nueva York.

Góngora Echenique, M. 1928, “En Tricornia” en *Carteles*, vol. XI, núm. 16, pp. 34, 35 y 48.

Le-Roy y Cassá, J. 1922, *Desarrollo de la Sanidad en Cuba durante los últimos cincuenta años (1870-1921)*, Imprenta “La Moderna Poesía”, Habana.

Pichardo Viñals, H. 1973, *Documentos para la Historia de Cuba, Tomo II y III*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

Rivero de la Calle, M. (comp.) 1966, *Actas de la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba*, Comisión Nacional Cubana de la Unesco, La Habana.

Secretaría de Estado 1924, *Documentos diplomáticos. Copia de la correspondencia cambiada entre la legación de su Majestad Británica en La Habana y la Secretaría de Estado de la República relativa al trato de los inmigrantes jamaquinos*, s/e, Habana.

Secretaría de Sanidad y Beneficencia 1931, 1926-1931: *Cinco años de labor sanitaria y de beneficencia pública*, Imprenta y Librería “La Propagandística, La Habana.

Segunda Conferencia Internacional de Emigración e Inmigración. Diario Oficial, tomo 2, 1928, Impr. y Papelería de Rambla, Bouza y Cía., Habana.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Pitaluga, A. N. 2012, *Revolución, hegemonía y poder (1895-1898)*, Fundación Fernando Ortiz, La Habana.

Armas, R. de. 2002, *La Revolución Pospuesta. Destino de la revolución martiana de 1895*, Centro de Estudios Martianos, La Habana.

Barcia, M. del C. 2005, *Capas populares y modernidad en Cuba (1878-1930)*, Fundación Fernando Ortiz, La Habana.

Castro y Bachiller, R. 1968, “Centenario del Dr. Jorge Le Roy y Cassá” en *Cuaderno de Historia de la Salud Pública*, núm. 37, pp. 9 a 16.

Colectivo de autores. 2002, *Espacios, silencios y los sentidos de la libertad. Cuba entre 1878 y 1912*, Editorial de Ciencias Sociales/Editorial Unión, La Habana.

Colectivo de autores. 2003, *Historia y memoria: sociedad, cultura y vida cotidiana (1878-1917)*, Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello-Universidad de Michigan, La Habana.

Cordoví Núñez, Y. 2003, *Liberalismo, crisis e independencia en Cuba, 1880-1904*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

Delgado García, G. 2008, “Dr. José A. López del Valle y Valdés (1875-1937), figura eminente de la escuela cubana de higienistas de principios del siglo XX” en *Educación Médica Superior*, v. 22, núm. 1. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000100007&lng=es&nrm=iso [Consultado el 1 de agosto de 2019].

Ferrer, A. 2011, *Cuba Insurgente. Raza, Nación y Revolución (1868-1898)*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

Fuente, A. de la 2000, *Una nación para todos. Raza, desigualdad y política en Cuba 1900-2000*, Editorial Colibrí, Madrid.

Funes Monzote, R. 2005, *Despertar del asociacionismo científico en Cuba*, Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana “Juan Marinello”, La Habana.

García González, A. 1998, “Eugenesia, inmigración y ‘mejoramiento racial’ en Cuba, 1900-1940” en *Rábida*, núm. 17, pp. 51 a 66.

García González, A. y Álvarez Peláez, R. 1999, *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e Higiene en Cuba (1898-1940)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.

Ibarra Cuesta, J. 2002, “La sociedad cubana en las tres primeras décadas del siglo XX” en *Historia de Cuba: La Neocolonia. Organización y Crisis, desde 1899 hasta 1940*, Editorial Félix Varela, La Habana, pp. 142 a 193.

Helg, A. 1990, “Race in Argentina and Cuba, 1880-1930: Theory, Policies, and Popular Reaction”, en Graham R. (edit.) *The Idea of*

- Race in Latin American, 1870-1940*, University of Texas Press, Texas, pp. 37 a 69.
- Helg, A. 1996, "Políticas raciales en Cuba después de la independencia: Represión de la cultura negra y el mito de la igualdad" en *América Negra*, núm. 11, pp.70 a 72.
- Helg, A. 2000, *Lo que nos corresponde. La Lucha de los negros y mulatos por la igualdad en Cuba 1886-1912*, Imagen Contemporánea, La Habana.
- Martí, J. 2005, "Nuestra América" en *Nuestra América*, Fundación Biblioteca Ayacucho, Caracas, pp. 31 a 39.
- Naranjo Orovio, C. 1993, "La emigración española a Iberoamérica desde 1880 a 1930: análisis cuantitativo" en *Nuestra común historia: poblamiento y nacionalidad*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, pp. 116 a 156.
- Naranjo Orovio, C. 1996a, "En búsqueda de lo nacional: migraciones y racismo en Cuba (1880-1910)" en Naranjo C., Puig-Samper M. A. y García Mora L. M. (coords.) *La nación soñada: Cuba. Puerto Rico y Filipinas ante el 98*, Ediciones Doce Calles, Aranjuez (Madrid), pp. 148 a 162.
- Naranjo Orovio, C. 1996b, "Hacia una sociedad moderna: inmigración y blanqueamiento" en *Del Caribe*, núm. 25, pp. 54 a 62.
- Naranjo Orovio, C. y García González, A. 1996c, *Medicina y racismo en Cuba: la ciencia ante la inmigración canaria en el siglo XX*, Centro Popular de la Cultura Canaria, Islas Canarias.
- Naranjo Orovio, C. y García González, A. 1998, "Antropología, 'raza' y población en Cuba en el último cuarto del siglo XIX" en *Anuario de Estudios Americanos*, pp. 267 a 289.
- Naranjo Orovio, C. 2005, "De la esclavitud a la criminalización de un grupo: la población de color en Cuba" en *Op. Cit.*, no.16, pp.137 a 179.
- Naranjo Orovio, C. y Puig Samper, M. A. 2006, "Delincuencia y racismo en Cuba: Israel Castellanos vs. Fernando Ortiz" en *Catauro*, año 7, núm. 13, pp. 53 a 66.
- Oliva Hernández, D. 2016, *¿La nación secuestrada? Machismo y racismo en la política inmigratoria cubana (1902-1933)*, Ediciones Abril, La Habana.
- Ortiz, F. 1906, "Consideraciones criminológicas positivistas acerca de la inmigración en Cuba" en *Memoria Oficial de la Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección (5ta., Santiago de Cuba, 1906)*, Librería e Imprenta "La Moderna Poesía", Habana, pp. 343 a 355.
- Ortiz, F. 1916, *Hampa afro-cubana. Los negros esclavos; estudio sociológico y de derecho público*, Revista Bimestre Cubana, Habana.
- Ortiz, F. 1917, *Los negros brujos. Apuntes para un estudio de etnología criminal*, Editorial América, Madrid.
- Ortiz, F. 1929, *José Antonio Saco y sus ideas cubanas*, El Universo, Habana.
- Ortiz, F. 1940a, *Contrapunteo Cubano del Tabaco y el Azúcar. (Advertencia de sus contrastes agrarios, económicos, históricos y sociales, su etnografía y su transculturación)*, Jesús Montero, La Habana.
- Ortiz, F. 1940b, *Los factores humanos de la cubanidad*, Imp. Molina, La Habana.
- Ortiz, F. 1942, *Martí y las razas*. Imp. Molina, La Habana.
- Ortiz, F. 2012, "Martí y las razas" en Pérez E. y Lueiro M. (comps.) *Antología de Caminos: Raza y Racismo*, Editorial Caminos, La Habana, pp. 35 a 51.
- Ortiz, F. 1946, *El engaño de las razas*, Editorial Páginas, La Habana.
- Ortiz, F. 1955a, "Ni racismo ni xenofobia" en *Revista Bimestre Cubana*, vol. 70, pp. 60 a 72.
- Ortiz, F. 1955b, "La sinrazón de los racismos" en *Revista Bimestre Cubana*, vol. 70, pp. 161 a 183.
- Ortiz, F. 1997, *El pueblo cubano*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.
- Pruna Goodgall, P. M. 2006, *Historia de la ciencia y la tecnología en Cuba*, Editorial Científico-Técnica, La Habana.
- Rangel Rivero, A. 2012, *Antropología en Cuba. Orígenes y desarrollo*, Fundación Fernando Ortiz, La Habana.