



LOST IN COLONIALISM: LA SANIDAD ESPAÑOLA EN CUBA ANTES Y DESPUÉS DE LA GUERRA DE LOS DIEZ AÑOS

Francisco Javier Martínez-Antonio
Becario Yggdrasil, University of Bergen (Noruega)
franciscojavier_martinez@yahoo.com

Lost in colonialism: la sanidad española en Cuba antes y después de la Guerra de los Diez Años (Resumen)

Los rasgos particulares que caracterizaron la dominación española en Cuba en el siglo XIX se “pierden” al traducirse ésta habitualmente a un lenguaje historiográfico convencional de colonialismo. En el campo concreto de la sanidad y las epidemias, este trabajo propone en contraste analizar dicha dominación en términos de una relación relativamente equilibrada entre una “España peninsular” y una “España ultramarina” que no constituyó un colonialismo equiparable al de Francia en Argelia o Gran Bretaña en la India. La yuxtaposición entre las administraciones sanitarias española y cubana, la centralidad sanitaria y epidemiológica de Cuba en el Imperio español o la participación significativa de médicos criollos en la sanidad cubana constituyeron características singulares de una relación que se mantuvo hasta la Guerra de los Diez Años (1868-1878). Después de este conflicto, la sanidad cubana se alejó aún más del modelo colonial debido al conflicto entre un incipiente nacionalismo sanitario cubano y el intento español de integrar Cuba en la sanidad peninsular.

Palabras clave: Imperio español, siglo XIX, Cuba, sanidad, epidemias.

Lost in colonialism: public health in Spanish Cuba before and after the Ten Years' War (Abstract)

The specific features of Spanish domination over Cuba during the 19th century are usually “lost” when translated into a conventional historiographic language of colonialism. For the particular case of public health and epidemics, this paper proposes by contrast an analysis of that domination as a somewhat balanced relation between a “peninsular Spain” and an “overseas Spain” which differed from French colonialism in Algeria or British colonialism in India. The juxtaposition between the Spanish and Cuban health administrations, the protagonic role of Cuban public health and epidemiology within the Spanish Empire and the significant participation of Creole physicians were main aspects of that singular relation which prevailed until the Ten Years' War (1868-1878). After this conflict, changes moved Cuban public health and epidemiology further away from colonialism because of tensions

between Cuban medical nationalism and Spain's desperate attempt at integrating Cuba within its public health system.

Keywords: Spanish Empire, 19th century, Cuba, public health, epidemics.

El reciente volumen *Crossing Colonial Historiographies* (2010), editado por Anne Digby, Waltraud Ernst y Projit Muhkarji, no contiene ningún trabajo sobre medicina o salud pública en el Imperio español contemporáneo. Sin embargo, sus propuestas interpretativas resultan útiles para plantear nuevas perspectivas sobre el estudio histórico de estas cuestiones en las posesiones ultramarinas y africanas de España durante los siglos XIX y XX. Especialmente fértil nos parece la indicación de los editores del volumen de que la mayor parte de la historiografía sobre ciencia, medicina y tecnología (en adelante CTM) coloniales “permanece atrapada en las fronteras nacionales y geopolíticas vigentes y corre el riesgo – a menudo sin advertirlo – de reificar la ‘nación’”¹. Para evitar este riesgo, denunciado desde los años 90 en adelante por otros historiadores de la ciencia como Warwick Anderson, Shula Marks o Kapil Raj, existen al menos dos tipos de estrategias intelectuales que han sido puestas en práctica en los últimos años como parte del denominado “giro espacial”². La primera se basa en considerar que no todos los colonialismos europeos fueron idénticos y, por ello, no pueden ni deben explicarse de la misma manera. Las historiografías francesa y sobre todo anglosajona (norteamericana y británica) han impuesto sus herramientas de análisis postcolonial a otras historiografías o éstas las han adoptado voluntariamente. Sin embargo, dichas herramientas son el resultado de tradiciones intelectuales y, en último término, de experiencias coloniales que no coinciden con las que se dieron en otros espacios imperiales. Habría que promover una pluralidad de historiografías postcoloniales. Por otra parte, el “giro espacial” también ha desarrollado la propuesta pionera de Frederick Cooper y Ann Laura Stoler, formulada en el volumen *Tensions of Empire* (1997), de romper la dicotomía centro-periferia “colocando a las metrópolis y las colonias en el mismo marco analítico”³. Esta propuesta implica que la problemática de la CTM coloniales no debería aislarse de las metropolitanas, sino que ambas deberían investigarse conjuntamente porque ambas se habrían configurado de forma simultánea y recíproca. El campo de estudio “medicina y colonialismo” debería transformarse en una investigación “transimperial” (global en última instancia) de la salud y la enfermedad.

A partir de estos presupuestos básicos hemos intentado ofrecer nuevas interpretaciones sobre la CTM en el Imperio español decimonónico en un reciente volumen colectivo editado en colaboración con Irene González González y titulado *Regenerar España y Marruecos* (2011)⁴. En él se planteaba la existencia de una singularidad española respecto a otros imperios europeos de los siglos XIX y XX, singularidad que requeriría instrumentos conceptuales específicos para ser descrita y analizada de forma adecuada, tanto en lo que se refiere al carácter particular de la dominación española de los espacios ultramarinos y africanos, como respecto a la relación concreta existente entre ellos y la metrópoli. Como continuación de las reflexiones de otros trabajos previos, nos preocupaba especialmente en el libro desarrollar un análisis novedoso de la relación entre España y Cuba en las décadas centrales del siglo XIX⁵. Partíamos para ello de las investigaciones de diversos historiadores que en las últimas décadas han llamado la atención sobre la atípica conexión administrativa, política, militar, económica, institucional o científica existente entre España y Cuba durante el siglo XIX⁶. En nuestra opinión, más que una metrópoli y una colonia nítidamente diferenciadas y fuertemente jerarquizadas, habría existido en realidad una yuxtaposición entre una “España peninsular” y una “España ultramarina” con fuertes paralelismos en su organización pero con cierta autonomía en su funcionamiento. Estas denominaciones (en uso

en aquella época) habrían reflejado mejor que ninguna otra la debilidad estructural del Imperio español, defectuosamente articulado en su interior y vulnerable tanto en su espacio peninsular como en sus espacios ultramarinos a las injerencias y apetencias de otros imperios más poderosos.

Creemos necesario un mayor desarrollo y sobre todo una mayor concreción empírica de esta propuesta interpretativa. Para ello, en el presente trabajo vamos a presentar una panorámica sobre el marco legislativo e institucional de la sanidad en Cuba durante el siglo XIX y sus relaciones con la sanidad española, subrayando las diferencias existentes antes y después de ese conflicto decisivo que fue la Guerra de los Diez Años (1868-1878). Además de este análisis que podríamos denominar estructural, se propone un breve examen de la dinámica epidemiológica hispano-cubana a propósito del cólera y de la fiebre amarilla para ofrecer una perspectiva complementaria sobre las mismas cuestiones que acabamos de apuntar, así como una comparación con la organización sanitaria en otros imperios en la misma época que permita resaltar las especificidades del caso español. Esta doble aproximación estructural y funcional a la sanidad cubana se realizará desde los presupuestos interpretativos a que aludíamos en el párrafo anterior. Parafraseando el título de la conocida película de Sofia Coppola *Lost in translation*, creemos que los rasgos propios de la dominación española en Cuba y de las relaciones hispano-cubanas en el siglo XIX se han “perdido” al traducirse éstas literalmente a un lenguaje historiográfico supuestamente universal e inmutable de colonialismo y postcolonialismo, de colonialidad y postcolonialidad. Como señalaba el ya citado Frederick Cooper en su obra *Colonialism in Question* (2005), se ha abusado de una concepción del

“colonialismo como algo abstracto, genérico, como algo que debe yuxtaponerse a una visión igualmente ‘plana’ de la modernidad europea. [...] El poderoso sufijo ‘idad’ de términos tan utilizados como ‘colonialidad’ o ‘postcolonialidad’ implica que hay una esencia de ser colonizado independiente de lo que alguien hizo en una colonia. Uno podría tomar un texto de la América española en el siglo XVI, una narración sobre las colonias esclavistas de las Indias Occidentales en el XVIII o una descripción de plantaciones de cacao moderadamente prósperas en la Costa de Marfil del siglo XX y compararlos con otros textos [como si todos ellos describieran una misma realidad colonial]”⁷.

Frente a ello, Cooper propone considerar que “el colonizador y el colonizado están lejos de ser constructos inmutables y que dichas categorías tuvieron que ser reproducidas por acciones específicas”⁸. En esta línea, nuestro trabajo pretende realizar un ensayo de traducción de la dominación española en Cuba en el siglo XIX a un lenguaje menos rígido, más rico en matices, más adaptado culturalmente, que refleje mejor las realidades del Imperio español en el siglo XIX y permita su comparación con las de otros imperios europeos de la época.

La sanidad de la España ultramarina: Cuba, 1830-1860

Una de las principales dificultades para entender la evolución de la sanidad española en Cuba en el siglo XIX es que siguió una dirección contraria a la de las principales posesiones coloniales de otros países europeos, como si se tratara de una película proyectada al revés. Ciertamente, países como Gran Bretaña y Francia se vieron también enfrentados a procesos de descolonización en América en el siglo XIX; la diferencia con España fue que Cuba representaba el núcleo esencial del ya muy reducido Imperio español, mientras que para franceses y británicos sus posesiones americanas tuvieron un peso secundario y cada vez menor frente a sus colonias africanas y asiáticas. Además de lo anterior, la descolonización de

Cuba fue un proceso lento que se prolongó durante todo el siglo XIX, lo que dio lugar en nuestra opinión a que atravesara por dos fases separadas por la Guerra de los Diez Años, la primera de las cuales fue relativamente estable. Creemos que en esta primera fase, entre 1830 y 1860 aproximadamente, se puede hablar de Cuba como una “España ultramarina” en el sentido al que hemos aludido anteriormente y de una sanidad específica de la misma. No obstante, la dirección del proceso descolonizador hace difícil emplear expresiones que sugieren un sentido ascendente o progresivo en el tiempo como que “se estableció” o “se configuró” o “se alcanzó” o “cristalizó” una administración sanitaria⁹. En todo caso, la sanidad “se caracterizó” en esas décadas por un equilibrio entre las posiciones españolistas e independentistas, hasta que las tensiones entre ambas se agudizaron desde finales de los años 50 y sobre todo durante el conflicto bélico de 1868-1878.

El aparato sanitario de la España ultramarina: configuración y desmantelamiento

Es posible hablar de la existencia en Cuba de una sanidad de la *España* ultramarina por los muchos paralelismos que tuvo con la administración de salud pública que se estableció en España en el mismo periodo como parte del desarrollo del Estado liberal¹⁰. La inspiración directa y sistemática de la sanidad cubana en la peninsular constituyó un hecho novedoso y decisivo en comparación con el siglo XVIII. Las variaciones entre la legislación, el aparato administrativo, las instituciones o la política sanitaria de España y Cuba fueron menores que nunca antes en este periodo. Por ejemplo, el máximo organismo administrativo de la sanidad cubana en el siglo XIX fue la Junta Superior de Sanidad (en adelante, JSS). Este organismo se creó en 1807 a semejanza de las Juntas Superiores de Sanidad de las Provincias (o Juntas Provinciales de Sanidad) creadas en España tras la supresión de la Junta Suprema en 1805¹¹. La JSS estaba emplazada en la Habana y de ella dependían, débilmente, un pequeño número de Juntas Subalternas o Locales de Sanidad que se crearon en los años siguientes en los principales puertos y poblaciones del interior de la isla a imagen de las establecidas en la península con el nombre de Juntas Municipales de Sanidad. La JSS era un organismo autónomo dentro de la administración cubana, al igual que sus equivalentes la Junta de Fomento, la Junta de Beneficencia, el Protomedicato, la Inspección de Estudios, etc.

Desconocemos las vicisitudes de la JSS en el periodo entre la Guerra de la Independencia y la restauración del absolutismo en 1824, durante el cual hubo cambios frecuentes y a menudo contradictorios en la salud pública peninsular. Puede que la JSS desapareciera temporalmente porque, con ocasión de una epidemia de dengue en las Antillas, México, Colombia, Perú y Estados Unidos que afectó a Cuba en 1828, el Capitán General Francisco Vives decidió establecer una “nueva junta” que funcionó como organismo superior de la sanidad en la isla hasta 1832¹². En 1828 se pensó también establecer por primera vez un lazareto permanente en la Habana, aunque el proyecto no se llevó finalmente a término¹³. El desarrollo de la administración sanitaria adquirió un mayor impulso por la amenaza de llegada del cólera desde Europa, Canadá y Estados Unidos. En septiembre 1832 la JSS aprobó un nuevo Reglamento de Cuarentenas y se organizó un lazareto provisional en la parte oriental de la bahía de la Habana, en la ensenada de Marimelena, cerca de Regla¹⁴. Al año siguiente, con la epidemia afectando ya a la isla, se refundó de nuevo la JSS, que quedó constituida en la Habana el 19 de noviembre de 1834¹⁵. Esto siguió por poco a la creación de nuevo de Juntas Superiores de Sanidad en las provincias de la península, afectada también por el cólera desde enero de 1833¹⁶. Las funciones y composición de la JSS fueron ulteriormente modificadas por Real orden de 20 de septiembre de 1838, que entró en vigor el 9 de enero de 1839¹⁷. Poco antes, la JSS adquirió la competencia de nombrar a los facultativos para la visita sanitaria de

los buques en lugar de la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía (que reemplazó al Protomedicato en 1833)¹⁸.

El 12 de diciembre de 1848 la JSS aprobó unas *Medidas de policía sanitaria urbana para el caso de una epidemia* que incluían, entre otras cosas, un conjunto de disposiciones de “policía sanitaria terrestre y urbana” a cumplir por las juntas de sanidad para evitar la aparición del cólera o luchar contra él en caso de que se presentara en forma epidémica¹⁹. Era por entonces Capitán General Federico Roncali y acababan de aparecer en Nueva York los primeros casos de la epidemia de cólera que afectaría a los Estados Unidos desde la primavera del año siguiente y llegaría a Cuba en 1850²⁰. Poco después, por Real Orden de 26 de diciembre de 1848, fue aprobado el *Reglamento para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad de la isla de Cuba*, el cual completó las anteriores *Medidas* a través de la regulación de la “policía sanitaria marítima”. El reglamento de 1848 hizo responsable a la JSS tanto de “impedir [...] la introducción por mar o por tierra de las enfermedades contagiosas o pestilenciales”, como de “conseguir que las simplemente epidémicas [...] así como las estacionales [...] lleven el curso menos funesto que sea dable” y además de examinar “todas las necesidades o mejoras que reclame una buena policía de salubridad, para proponer a quien corresponda los medios de llenar las primeras y de obtener estas últimas”²¹. Finalmente, debía la JSS “cuidar de la conservación y propagación de la vacuna”, por lo que asumió al año siguiente las competencias que había tenido hasta entonces la Junta Central de la Vacuna poniendo fin a la vida independiente de este organismo creado en 1804²². El reglamento cubano de 1848, que culminó el proceso de organización de la sanidad de la España ultramarina, se inspiró en el Real Decreto Orgánico de Sanidad de la península de 17 de marzo de 1847, que puso las bases para la organización de la administración sanitaria liberal en España²³.

Hacia 1849 se habían creado ya más de veinte Juntas Subalternas dependientes de la Superior, que cubrían buena parte del litoral y del interior de la isla²⁴. En la Habana no había Junta Subalterna porque la Superior funcionaba también como organismo sanitario de la ciudad. El reglamento de 1848 avanzó en la jerarquización y conexión entre las juntas al establecer que las Subalternas se clasificaran en dos clases, provinciales, correspondiendo ese carácter a las de Santiago de Cuba, Puerto Príncipe y Trinidad y territoriales, que eran todas las demás²⁵. La JSS, además de actuar como junta local de la Habana también ejercía como junta provincial, ya que de ella dependían directamente las Juntas Subalternas de las poblaciones del Departamento occidental. En conexión con las Juntas Subalternas del litoral existían las denominadas Diputaciones de Sanidad, que no eran organismos administrativos como las que antiguamente habían tenido dicha denominación en la península²⁶, sino una comisión permanente integrada por el capitán del puerto y el médico de visita de naves que se encargaba de efectuar las visitas de sanidad de los buques. En los puertos pequeños este médico de Sanidad solía ejercer como secretario de la Junta Subalterna y como Subdelegado de Medicina y Cirugía²⁷; en el de la Habana, la Diputación de Sanidad se componía además del secretario de la JSS. Respecto a los lazaretos, en 1844, probablemente por el riesgo de una epidemia de viruela en las Antillas y Venezuela que terminó afectando a Santiago de Cuba en el verano, se estableció uno permanente en esta ciudad, dentro de la bahía, en Cayo Duán. En el caso de la Habana, se había decidido trasladar en algún momento el lazareto a la bahía del Mariel, situada a unos 30 kilómetros al oeste de la ciudad²⁸. El reglamento de 1848 dispuso que existieran dos lazaretos sucios, localizados en estos dos puertos, aunque solo el de Santiago de Cuba prestaba sus servicios gratuitamente por ser “propiedad del instituto sanitario”, mientras que en la Habana era necesario elegir un edificio a propósito en cada

ocasión y cobrar a las casas consignatarias o gobiernos extranjeros por los gastos de la cuarentena²⁹.

La influencia de la legislación sanitaria peninsular se hizo notar mucho en la configuración de la sanidad de la España ultramarina, pero todavía más en el comienzo de su desmantelamiento. Desde la segunda mitad de 1850 diversas medidas trasladaron reformas peninsulares a Cuba, transformando su sanidad en un sentido que se haría más evidente después de la Guerra de los Diez Años y que analizaremos por ello en el siguiente apartado de este trabajo. El primer golpe lo dio un Real Decreto del Ministerio de Estado de 17 de agosto de 1854, publicado en la Gaceta de la Habana el 23 de septiembre, por el cual se determinó

“que las Juntas y demás corporaciones especiales que formaban parte de la administración pública de la Isla, fuesen cuerpos consultivos del Gobernador Capitán General en los asuntos de su respectivo instituto y competencia, y que el mismo Gobernador reasumiese las atribuciones activas de administración que correspondían a las Reales Juntas de Fomento, Sanidad y Beneficencia, y a la Inspección de Estudios”³⁰.

Se quería aplicar con ello a Cuba lo que el abogado Fermín Abella denominaba la “doctrina administrativa de la centralización” que dispuso que en la península “radicasen en los respectivos ministerios las Juntas supremas, Direcciones e Inspecciones generales que existían con cierta independencia”, doctrina que para el caso de la sanidad española había aplicado el Real Decreto de marzo de 1847³¹. Según el historiador cubano Ramiro Guerra se produjo entonces “la desaparición del último resto de autonomía de que aún disfrutaba Cuba” en algunos de sus organismos administrativos³². Ciertamente, la disposición pretendía terminar a un tiempo con la autonomía administrativa de estos organismos respecto al Gobierno de la isla y aumentar el control de la Dirección General de Ultramar creada en el Ministerio de Estado en 1851 sobre la administración cubana.

Con todo, la medida no se hizo efectiva para la JSS tanto “porque se hallaba pendiente la reforma del Reglamento general del ramo, cuanto porque la índole especial de atribuciones la hacía administradora de fondos, dándole intervención directa en asuntos determinados”³³. La aprobación de la nueva Ley de Sanidad en la península, el 7 de diciembre de 1855, profundizó la doctrina centralizadora en España, algo que terminó afectando a la JSS de Cuba. Por orden de 25 de mayo de 1857 el Capitán General José Gutiérrez de la Concha dispuso que la JSS siguiera el camino que sus equivalentes habían empezado en 1854, pero la disposición tampoco llegó a aplicarse y hubo que esperar a una Real Orden del Ministerio de Guerra y Ultramar de 7 de mayo de 1859³⁴. Esta real orden dispuso finalmente que la JSS se convirtiera en “corporación consultiva” del Gobierno Capitanía General, en la línea del Consejo de Sanidad de la península, quedando en manos de dicho gobierno las “atribuciones activas” como sucedía con el Ministerio de la Gobernación peninsular. Por otra parte, la orden dispuso la creación de una Junta Local o Subalterna de Sanidad de la Habana e hizo de ella una especie de modesto organismo inspector, en la línea de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad peninsular, al aumentar la proporción de médicos existente en ella (tres de los ocho miembros) y al asignar a su secretario “las mismas funciones que hoy desempeña el de la Superior”³⁵. Con ello, la nueva junta local asumió funciones que había desempeñado anteriormente la JSS en relación con la sanidad de la Habana y de la región próxima y con la sanidad cubana en general.

En 1861, la JSS redactó el nuevo reglamento de sanidad cuya reforma se venía reclamando desde diversos sectores, pero dicho texto no llegó a entrar nunca en vigor³⁶. Finalmente, la anexión de la Dirección General de Ultramar al Ministerio de la Guerra en 1858 y la creación

de un Ministerio de Ultramar en 1863 reforzaron el control directo de la administración cubana, incluida la sanidad, por el Estado español. La pérdida de autonomía de la JSS y su dependencia cada vez más directa de la península se acompañaron asimismo de la tendencia a dar preferencia a un único lazareto sucio. En 1861 comenzaron las obras para el establecimiento de un lazareto permanente en la bahía del Mariel y en 1862 se aprobó el reglamento de régimen interior del establecimiento³⁷. Su progresiva relevancia sobre el de Santiago fue paralela a la del nuevo lazareto de San Simón sobre el más antiguo de Mahón en la península y se derivaba en ambos casos de la interconexión creciente, comercial, migratoria, política, militar entre España y Cuba³⁸. En 1865, ante la inminente invasión del cólera, se consideró necesario mejorar los dos lazaretos sucios y en el del Mariel se realizaron nuevas obras para mejorar el aislamiento de los edificios a través de un foso y cercas de madera y mampostería, así como el desembarco de pasajeros, a través de un muelle. Las obras se terminaron en abril de 1866 pero la mala calidad de los edificios construidos en 1861 obligó a efectuar reparaciones hasta enero de 1867³⁹.

La sanidad cubana, entre la yuxtaposición con la península y la adaptación local

La sanidad cubana del periodo 1830-1860 se organizó de forma muy parecida a la peninsular, tal y como acabamos de señalar. De hecho, bajo la superficie de una terminología dieciochesca, la administración de salud pública de la España ultramarina alcanzó un grado de modernización algo superior a la de la España peninsular. Su ventaja residía, por ejemplo, en la mayor autonomía técnica y las mayores competencias de la JSS en comparación con las del Consejo de Sanidad del Reino y de la Dirección General de Sanidad peninsulares – aparte de ser un organismo que reunía las atribuciones consultivas e inspectoras asignadas a éstos últimos por separado. La mayor autonomía del ramo sanitario respecto a las autoridades políticas se expresó en el mayor desarrollo de su función inspectora. En las Juntas Subalternas, la función inspectora era ejercida por la Diputación de Sanidad en localidades portuarias, según lo prescrito por el reglamento de 1848; y por el Subdelegado de Medicina y Cirugía en el interior, de acuerdo con las indicaciones de dicho reglamento y de las *Medidas de policía sanitaria urbana* del mismo año. En contraste con lo anterior, las Juntas de Sanidad Provinciales y Municipales peninsulares carecieron casi completamente de función inspectora durante este periodo: solo con la creación de las Direcciones de Sanidad Marítima a partir de 1867 y de las primeras Inspecciones de Sanidad en la década de 1890 se materializó esta función⁴⁰. Además, las juntas cubanas se encargaron de emitir informes y elaborar propuestas sobre asuntos médico-sanitarios por iniciativa propia o a instancias de las autoridades hasta la creación de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana en 1861, mientras que en la península esta función fue asumida hasta finales de siglo por las Academias de Medicina.

La modernidad de la sanidad cubana residió, asimismo, en el mayor equilibrio, unidad y coordinación entre la sanidad marítima y la sanidad interior. Las Juntas Subalternas del interior y del litoral tuvieron la misma denominación, organización y atribuciones y hubo una política sanitaria algo menos centrada en las cuarentenas y con más voluntad de proteger a la población de las amenazas epidémicas mediante el saneamiento de las poblaciones y otras medidas preventivas. Mientras, en la península, existió un claro predominio de la sanidad marítima hasta principios del XX, debiendo esperarse hasta 1903 para la aprobación de una Instrucción General de Sanidad que desarrollara la sanidad interior cuando ya habían entrado en vigor importantes disposiciones sobre sanidad marítima o exterior en 1867, 1874, 1886, 1887, 1892 y 1899⁴¹. La autonomía técnica de la sanidad cubana también se basó en la mayor

capacidad de recaudación de fondos propios a través de las visitas de sanidad de buques, hecho que como ya señalamos previamente constituyó una de las razones que retrasaron la absorción de la JSS por el Gobierno Superior de la isla. Esta situación se mantuvo hasta la aprobación del reglamento de 1 de diciembre de 1857 por el que las aduanas pasaron a cobrar directamente las cantidades correspondientes a dichas visitas⁴². En cambio, en la península, la recaudación de derechos sanitarios estipulada por la Ley de 1855 fue tan exigua durante los primeros años de vigencia de la misma que lastró el desarrollo de todo el sistema⁴³. Finalmente, la implantación territorial de la sanidad en Cuba fue algo más extensa y la uniformidad administrativa, algo mayor que en España. En definitiva, al igual que hemos planteado en otro trabajo para la sanidad militar, la sanidad civil de Cuba habría sido la más desarrollada de todo el Imperio español⁴⁴.

Esta mayor modernidad relativa de la sanidad cubana reflejaba su carácter débilmente colonial, tanto en lo relativo a su subordinación a la península, como en su dominación sobre la sociedad local. Si la sanidad de la España ultramarina se caracterizó por su similitud organizativa con la de la península, también lo hizo por asumir los intereses y permitir la participación de una parte significativa de la sociedad cubana. Esta adaptación explica las diferencias con la España peninsular (incluida la mayor modernidad). Ahora bien, dado que fue la población criolla de raza blanca, cultura hispánica y lazos familiares, económicos y políticos con España y con los españoles de Cuba la que constituyó el grueso del sector cooptado, las diferencias no fueron grandes⁴⁵. De ahí la pertinencia, a nuestro entender, de la denominación España *ultramarina*. Respecto a la subordinación de la sanidad de Cuba a la península, se dio una yuxtaposición entre la sanidad cubana y la española en la que la primera conservó una relativa autonomía. Hasta la creación del Ministerio de Ultramar en 1863 no existió un cauce administrativo unívoco por el que el Estado español interviniese directamente en la sanidad cubana. Por ello, en todo el periodo que aquí nos interesa, la JSS se definió preferentemente por sus relaciones con otros organismos equivalentes de la administración cubana (Junta de Beneficencia, Junta Superior de Medicina y Cirugía, Inspección de Estudios, Junta de Fomento, Subinspección de Sanidad Militar, Inspección de Aduanas, Junta de Caridad) bajo el paraguas local del Gobierno Capitanía General de Cuba.

La sanidad peninsular tuvo poca capacidad de intervención directa en este entramado administrativo cubano hasta los años 60. Esta autonomía administrativa local se tradujo, por ejemplo, en cierta autonomía legislativa. Aunque las disposiciones legales de la sanidad española condicionaron la línea de desarrollo de la administración sanitaria cubana más que en cualquier periodo anterior, ni se aplicaron automáticamente en Cuba, ni fueron impuestas allí por el gobierno español, sino que fue la JSS la que elaboró a partir de su ejemplo un marco legislativo propio cuyo principal exponente fue el Reglamento de Sanidad de 1848. Esta legislación era permeable a presiones locales. Por ejemplo, en el origen de la primera epidemia de cólera que sufrió Cuba en 1833-1838 pesó especialmente el interés del Superintendente de Hacienda de la isla, Martínez de Pinillos, de evitar los perjuicios económicos derivados de la aplicación de medidas cuarentenarias demasiado estrictas. Desde 1831 la JSS aplicó estas medidas según su criterio a las procedencias de Hamburgo, Gran Bretaña, Rusia o Francia. Pinillos presionó a la JSS para elaborar un nuevo reglamento cuarentenario, aprobado en septiembre de 1832, que relajó el periodo de espera de las mercancías y dulcificó los procedimientos de expurgo para evitar daños en las mismas. Los más beneficiados fueron los navíos procedentes de Estados Unidos, que solo debían emplear una semana en realizar la cuarentena a pesar de la epidemia colérica que afectaba a dicho país desde junio de 1832. Posteriormente, Pinillos consideró que el riesgo de importación del cólera había desaparecido y la JSS decretó la suspensión de la cuarentena para las

procedencias norteamericanas en febrero de 1833, lo que facilitó la llegada de la enfermedad⁴⁶. La persistente relajación de las cuarentenas para buques de los Estados Unidos constituyó un rasgo propio de la política sanitaria cubana frente a cuyos riesgos poco pudieron hacer las autoridades sanitarias de la península hasta los años 60. Además de una relativa autonomía administrativa y legislativa respecto a la península, la JSS logró también establecer su propia red de información sanitaria en el extranjero. El Capitán General Francisco Vives consiguió durante su mandato (1828-1832) que los cónsules españoles en los principales puertos americanos (Nueva York, Nueva Orleans, Veracruz) y europeos (Londres, Hamburgo, Le Havre) enviaran directamente a la JSS, sin intermediación del Ministerio de Estado o de la Dirección General de Sanidad peninsular, los estados sanitarios de sus respectivos puertos de residencia⁴⁷.

Respecto a la dominación local, la sanidad de la España ultramarina se caracterizó por permitir una participación significativa de médicos criollos cubanos en puestos de responsabilidad e instituciones y porque su organización administrativa y su política cuarentenaria reflejaron influencias criollas. Este condicionamiento local, que en otros escenarios típicamente coloniales habría parecido tolerante, no fue percibido como tal en Cuba por estar todavía muy presente un periodo anterior muy próximo en el que los médicos criollos habían ocupado todas las posiciones de poder y habían organizado la sanidad según sus criterios. La evolución general fue además hacia una participación local cada vez menor. En todo caso, este proceso de exclusión fue tan lento como el de la subordinación de la JSS a las autoridades españolas insulares y peninsulares. Hasta los años 40 fueron destacados médicos criollos como Simón Vicente de Hevia, Tomás Romay o Ángel José Cowley (éste entre 1833 y 1844 al menos) los que ocuparon el cargo clave de secretario de la JSS⁴⁸. Posteriormente, el puesto pasó a manos de médicos españoles, bien civiles como Manuel José Valero (entre 1857 y 1863 al menos)⁴⁹, bien militares como Vicente Luis Ferrer González (entre 1863 y 1883)⁵⁰. Se mantuvo no obstante la participación criolla en la JSS a través de vocales designados por su prestigio y poder, como Tomás Romay; por su condición de catedráticos de universidad y/o médicos del hospital militar de San Ambrosio, como Nicolás José Gutiérrez, Ángel José Cowley, Agustín Encinoso de Abreu o Ambrosio González del Valle; o por ser médicos de Sanidad del puerto de la Habana, como Francisco José de Orta u Horta (que también era médico en San Ambrosio)⁵¹. Cuando en 1857 se creó la Junta Local de Sanidad de la Habana, ejercieron de secretarios médicos criollos como Rafael Cortés⁵² y de vocales otros como Francisco de Zayas, médico del hospital militar de la Habana, médico de Sanidad del puerto y catedrático universitario; el ya citado Ambrosio González del Valle; o Julio de Zúñiga, futuro director de la Oficina municipal de vacunación de la Habana⁵³.

Además de participar en los organismos superiores de la sanidad cubana, médicos criollos siguieron accediendo a los cargos secundarios de secretario de Junta Subalterna, médico de Sanidad de puerto o Subdelegado de Medicina y Cirugía. Por todo ello, la división entre médicos españoles y cubanos no fue tan marcada durante este periodo como podrían dar a entender episodios de gran repercusión pública como la polémica Saco-de la Sagra en torno a la epidemia de cólera de 1833⁵⁴. En la práctica, peninsulares y cubanos se alinearon en ambos bandos de debates como el de contagionismo-anticontagionismo y se dio el caso de que hubo médicos españoles opuestos a la modernización de la sanidad cubana, a pesar de que ello implicaba una mayor españolización de la misma, y de médicos cubanos posicionados a favor de dicha modernización, a pesar de que implicaba su progresiva exclusión de las esferas de poder. Un ejemplo de estas posturas aparentemente paradójicas se pudo apreciar en el seno de la JSS precisamente al comienzo de la epidemia colérica de 1833, cuando el vocal español Bernal Muñoz, miembro del Protomedicato, defendió las ideas contagionistas y la aplicación

de estrictas medidas cuarentenarias, mientras que los catedráticos Gutiérrez y Abreu, criollos, defendieron el anticontagionismo y apoyaron el mantenimiento de los intercambios comerciales con los Estados Unidos⁵⁵. Otro ejemplo de la alineación conjunta de médicos españoles y cubanos en torno a un debate médico-sanitario se dio con motivo de la vacunación masiva de casi 2500 soldados españoles contra la fiebre amarilla en 1854-1855⁵⁶. Las autoridades españolas autorizaron el empleo de una dudosa vacuna elaborada según criterios homeopáticos por el médico Guillermo Lambert de Humboldt, quien fue auxiliado en su campaña y justificado científicamente por el médico de origen italiano y futuro patriota cubano Nicolás Manzini y Carli. Frente a ellos, una comisión de médicos criollos encabezada por Nicolás José Gutiérrez convenció al jefe de Sanidad Militar de la isla, el médico español Fernando Bastarache Bidot, de la inconveniencia de utilizar dicho remedio.

En la misma línea de lo que acabamos de exponer, la sanidad de la España ultramarina respondió en parte a realidades y dinámicas locales. Por ejemplo, la persistencia de la terminología de salud pública del siglo XVIII mostraba la continuidad de la nueva sanidad con la tradición de salud pública de la isla que había sido protagonizada por los criollos. Por otra parte, la implantación territorial de la sanidad cubana se realizó según la división política de la isla en “departamentos” y no en provincias como en la península. De alguna forma, la división en dos departamentos Occidental y Oriental de la isla era una herencia de un periodo anterior en el que Cuba se limitaba esencialmente a la Habana y Santiago, lejos todavía de “mostrar su plena fisonomía insular”⁵⁷. Hasta el reglamento de 1848 Cuba tuvo en la práctica dos circunscripciones sanitarias casi de igual importancia. El impulso centralizador de la JSS de la Habana todavía era débil ya que la ciudad se definía más por sus relaciones comerciales con Estados Unidos y Europa que por su papel articulador de la isla como un espacio político, administrativo o sanitario propiamente dicho. La influencia de la JSS llegaba por ello débilmente a Santiago de Cuba, cuya Junta Subalterna ejercía a su vez un poder similar a aquella al controlar las de otras poblaciones próximas (Bayamo, Guantánamo, Holguín, Manzanillo, Jibara y Baracoa) y gozar de cierta autonomía, demostrada en las medidas propias que adoptó ante la llegada del cólera en 1833⁵⁸. El lazareto de Santiago de Cuba fue hasta 1848 igual o más importante que el de la Habana, derivando su importancia de la orientación preferente de aquella ciudad hacia las relaciones comerciales, administrativas, culturales y políticas con Puerto Rico más que hacia el resto de la isla y particularmente hacia el Occidente cubano⁵⁹. En consecuencia, dicho lazareto incluyó a Puerto Rico en su ámbito de acción hasta que se creó una institución cuarentenaria permanente en esta isla a finales de los años 70⁶⁰.

Conforme avanzó este periodo hubo, no obstante, una tendencia a reforzar el papel central de la Habana, de la JSS y de su lazareto en la sanidad de Cuba, a articular una sanidad insular propiamente dicha. Para ello se creó un nuevo departamento político-administrativo, el Central, con capital en Puerto Príncipe, aunque fue suprimido en 1853⁶¹. El reglamento de 1848 dispuso la constitución de Juntas Subalternas Provinciales en los tres departamentos y su subordinación a la JSS, profundizando la centralización y la articulación territorial de la isla. A partir de entonces, el lazareto de Santiago de Cuba fue perdiendo importancia y autonomía, aunque conservara una posición destacada. De hecho, se llegó a establecer un tercer lazareto sucio en la isla, en el puerto de Nuevitás, que era la salida natural al mar de Puerto Príncipe, aunque desconozco por cuánto tiempo funcionó⁶². No fue hasta la amenaza de la cuarta pandemia de cólera a principios de los años 60 cuando se decidió instalar sobre bases permanentes un lazareto en la Habana, emplazado en la bahía del Mariel, que se convertiría con el tiempo en el principal de la isla entre otros motivos a consecuencia de la intensificación de las comunicaciones y de los intercambios comerciales y migratorios entre España y

Cuba⁶³. La configuración de la isla como un espacio sanitario propiamente dicho se realizó intensificando su conexión con España y limitando tanto la proyección internacional de la Habana, como la relación de Santiago de Cuba con Puerto Rico. En resumen, durante el periodo 1830-1860 las relaciones de Cuba con su entorno regional fueron tan importantes o más que las existentes con España y condicionaron significativamente la organización sanitaria de la isla.

La sanidad española en ultramar: Cuba, 1878-1895

En la década previa a la Guerra de los Diez Años la sanidad cubana perdió buena parte de su autonomía, excluyó más que nunca a los médicos cubanos de puestos de responsabilidad y se organizó cada vez menos según intereses locales. La absorción de la JSS dentro del Gobierno Capitanía General en 1859, la monopolización del cargo de secretario de dicha Junta por médicos españoles, la progresiva importancia del lazareto de la Habana desde 1861, el establecimiento del Ministerio de Ultramar en 1863, todas estas y otras medidas rompieron el equilibrio existente en las décadas previas entre intereses peninsulares y cubanos. Pero si, como creemos y hemos señalado ya, la evolución de este proceso no era en dirección hacia una sanidad cada vez más colonial, entonces ¿hacia qué era? En nuestra opinión, la sanidad cubana se encaminó (lentamente) durante todo el siglo XIX hacia una fusión directa con la peninsular, fusión administrativa, institucional y de personal a través de una mimetización progresiva de la legislación y de la política sanitaria⁶⁴.

Se trataba sin duda de un proyecto utópico por múltiples razones. Era imposible, por ejemplo, que la gran distancia que separaba Cuba de España (más de 8.000 km) pudiera ser salvada entonces operativamente a efectos de comunicaciones administrativas o de circulación de médicos y material como si Cuba fuera una provincia más de la península. Era imposible que los facultativos españoles pudieran reproducir automáticamente con éxito conocimientos y prácticas pensados para la península en un territorio con un clima y unas enfermedades significativamente distintas de las que existían en España y en una población étnica y socialmente distinta de la peninsular. Cuba no podía ser equiparada a una provincia peninsular en cuanto a coste económico en términos de plantilla, de inversión en infraestructuras, de equipamiento sanitario. Y sin embargo esa fue la tendencia a lo largo de todo el siglo XIX. Después de la Guerra de los Diez Años, el proceso se intensificó hasta tal punto que la sanidad de la España ultramarina a la que hemos aludido se habría convertido en sanidad española en Ultramar, es decir, en una extensión directa apenas alterada de la sanidad de la península en el principal escenario ultramarino. Si España no podía implantar una sanidad colonial en Cuba podía al menos hacer todo lo imposible para evitar la independencia y soberanía sanitaria de la isla mediante un esfuerzo cada vez más desesperado por incorporarla a la sanidad peninsular.

Los decretos sobre el régimen político y administrativo de Cuba aprobados el 9 de junio de 1878, apenas 4 meses después de la firma del Pacto del Zanjón que puso fin a la Guerra de los Diez Años, marcaron el camino a seguir para la integración de la isla en la sanidad peninsular. Dichos decretos trasplantaron a Cuba la división peninsular en provincias y municipios, en sustitución de los antiguos departamentos y corregimientos. De esta forma, la isla quedó dividida en seis provincias civiles (Pinar del Río, la Habana, Matanzas, Santa Clara, Puerto Príncipe y Santiago de Cuba) cuyas capitales eran las poblaciones del mismo nombre y en cuyo territorio se constituyeron los términos municipales correspondientes con sus respectivos ayuntamientos⁶⁵. Esta nueva organización político-administrativa se aplicaría al ramo de

sanidad a través de las bases de 12 de marzo de 1879 aprobadas por el Gobernador General de la isla, que establecieron la existencia de Juntas Provinciales y Municipales de Sanidad, dependientes de la todavía denominada JSS. Las Juntas Provinciales correspondían a cada una de las seis nuevas provincias, mientras que las Municipales se dividían en litorales y territoriales según estuvieran localizadas en puertos habilitados al comercio o en poblaciones del interior de la isla. Las bases confirmaban al nuevo Gobernador General de Cuba y a los nuevos Gobernadores Civiles y Alcaldes como “directores superiores de la Sanidad civil” en sus respectivas demarcaciones administrativas, quedando las juntas como meros organismos consultivos⁶⁶.

En los años siguientes sería la legislación de sanidad marítima peninsular la que tendría el mayor impacto directo sobre Cuba. Esta rama sanitaria había adquirido un fuerte desarrollo en España desde que el Real Decreto de 6 de junio de 1860, la Ley de 24 de mayo de 1866 y el Real Decreto de 17 de abril de 1867 desarrollaron las indicaciones contenidas en la Ley de Sanidad de 1855 a través de la clasificación de los puertos peninsulares en diversas categorías, de la creación efectiva en ellos de Direcciones Especiales de Sanidad Marítima y del nombramiento de empleados para las mismas⁶⁷. Diversas disposiciones menores continuaron este desarrollo hasta que el Real Decreto de 16 de noviembre de 1886 dispuso la creación de un Cuerpo de Sanidad Marítima a partir del personal facultativo y administrativo de las direcciones especiales y lazaretos y el Real Decreto de 12 de Junio de 1887 puso en vigor un Reglamento provisional de Sanidad marítima. Todo este conjunto de disposiciones legales no tuvo una traslación inmediata a Cuba. De hecho, solo el reglamento provisional de 1887 incluyó un brevísimo Título VII final dirigido a las “autoridades de las provincias y posesiones ultramarinas” en el que se estipulaba la obligación de dichas autoridades de remitir al Ministerio de la Gobernación un parte mensual sobre el estado sanitario de sus respectivos territorios, de consignar en las patentes de sanidad de los buques la existencia de enfermedades epidémicas y de dar cuenta al ministerio de disposiciones sanitarias, estudios epidemiológicos y memorias comerciales⁶⁸.

Lo cierto es que un año antes de que este reglamento fuera aprobado, Puerto Rico ya tenía su propio reglamento sanitario marítimo⁶⁹. Esta disposición legal, que cristalizó definitivamente esa separación de Cuba que venía produciéndose desde décadas antes, era en todo similar a la peninsular y anticipaba lo que le esperaba a la Gran Antilla en un futuro más o menos próximo. En 1891 el Consejo de Estado emitió su dictamen sobre un proyecto de reglamento de sanidad marítima para Cuba pero hubo que esperar a la Real Orden de 8 de marzo de 1893 para su aprobación (ese mismo año se aprobó también el de Filipinas)⁷⁰. Aunque el proyecto fue redactado por la JSS, ésta, en contraste con su proceder en el periodo 1830-1860, se limitó a adaptar el texto legislativo peninsular a Cuba. El reglamento disponía la creación de Direcciones Especiales de Sanidad Marítima en los principales puertos de la isla, clasificados de acuerdo con criterios sanitarios en cinco clases en la línea del decreto peninsular de 1860. El único puerto de primera clase era el de la Habana, siendo de segunda los de Santiago de Cuba y Matanzas; de tercera, los de Cárdenas, Cienfuegos y Trinidad; de cuarta, los de Isabela la Sagua, Nuevitas y Manzanillo; y de quinta, los de Baracoa, Gibara, Caibarién, Mariel, Santa Cruz, Tunas de Zaza y Guantánamo⁷¹. El reglamento confirmaba la disposición del Real Decreto de 29 de mayo de 1884 (que introdujo importantes economías en toda la administración cubana) de que al médico director del servicio sanitario del puerto de la Habana le correspondía ejercer el cargo de secretario de la JSS⁷². El nombramiento de los empleados facultativos de las direcciones especiales cubanas, salvo el de los médicos honorarios, correspondería al Ministerio de Ultramar, previa la realización de la correspondiente oposición. No obstante la identidad de sus funciones con los de la península,

los médicos de Sanidad Marítima de Cuba, Puerto Rico y Filipinas no quedaron integrados formalmente en el Cuerpo peninsular, como se puso de manifiesto en la solicitud de ingreso que algunos de ellos elevaron al gobierno en 1899 después de la pérdida de aquellos territorios⁷³. El reglamento estipuló la existencia de dos lazaretos sucios (la Habana y Santiago de Cuba), así como de lazaretos de observación en los demás puertos habilitados para el comercio exterior.

Independientemente del grado de aplicación real que tuviera el reglamento de 1893 (apenas dos años más tarde comenzó la última guerra de independencia cubana), lo cierto es que representaba una nueva etapa: un desarrollo preferente de la sanidad marítima en Cuba a través de la aplicación directa de la legislación peninsular que privó a la sanidad cubana de su posición central en el conjunto del Imperio español y de su autonomía respecto a la península. Por ejemplo, el reglamento rompía el equilibrio entre sanidad marítima e interior del periodo anterior. La sanidad interior se desarrolló ahora sobre todo a nivel municipal y a través de iniciativas de la sociedad civil, no oficiales, mientras que la marítima se reorganizó a nivel de toda la isla y concentró el grueso de recursos y de desarrollos legislativos oficiales. La creación de las Direcciones de Sanidad Marítima rompió la unidad organizativa que las Juntas de Sanidad habían proporcionado hasta entonces a ambas ramas de la sanidad civil, de tal modo que en los puertos coexistieron desde 1893 los dos organismos y fueron las Direcciones las que asumieron las funciones inspectoras mientras que las Juntas quedaron como entes “puramente consultivos”⁷⁴. Además, los ahora denominados Directores Especiales de Sanidad eran vocales natos de las Juntas de Sanidad de sus poblaciones portuarias, en las que no solo debían ocuparse de los asuntos de sanidad marítima sino que se esperaba que promovieran “con celo la adopción de cuantas medidas higiénicas” pudieran contribuir a la mejora “del estado sanitario del interior de la población”⁷⁵. Esta preeminencia llegó hasta la JSS, cuyo secretario fue desde 1884 el médico de Sanidad de la Habana y desde 1893 el Director Especial de Sanidad de dicho puerto.

Por otra parte, la sanidad cubana perdió a finales del siglo XIX autonomía técnica frente al Gobierno General de la isla e iniciativa frente a la sanidad peninsular. Respecto a lo primero, y más allá de la absorción de la JSS dentro de la administración central desde 1859, la creación de las Juntas Provinciales y Municipales en 1879 suprimió la Local de la Habana y terminó con su labor de coordinación. No existió, por tanto, en Cuba en este último periodo de dominio español un organismo equivalente a la Dirección General de Sanidad peninsular en cuanto a funciones inspectoras. Respecto al segundo punto, la consolidación del Ministerio de Ultramar implicó la centralización de la autoridad sanitaria ultramarina en Madrid y constituyó el cauce administrativo por el que la sanidad peninsular se extendió a y se reprodujo en el espacio cubano. El Ministerio de Ultramar asumió el nombramiento de los médicos y administrativos de Sanidad Marítima destinados a la isla y debía transmitir al Gobierno General de Cuba las disposiciones de los Ministerios de la Gobernación y Estado en relación con las epidemias y la organización sanitaria. La JSS quedó como mero auxiliar consultivo del eslabón superior de la cadena de mando sanitaria Gobierno General-Gobernadores Provinciales-Alcaldes y como mero vehículo del Ministerio de Ultramar para replicar la legislación peninsular en Cuba.

Finalmente, la sanidad cubana de finales del siglo XIX marginó a los médicos criollos a esferas periféricas y se vio cada vez menos condicionada localmente en su organización y en sus políticas de salud. Respecto a lo primero, los puestos de responsabilidad en las Juntas, las plazas de médicos de Sanidad de los puertos y de Subdelegados de Medicina y Cirugía fueron ocupadas cada vez más por médicos españoles, muchos de los cuales eran médicos militares.

La Guerra de los Diez Años determinó un aumento considerable de los médicos militares destinados en Cuba por razones obvias. Si la Real orden de 28 de diciembre de 1858 que organizó el Cuerpo de Sanidad Militar de la isla de Cuba estableció una plantilla de 90 facultativos (incluidos 18 médicos de entrada), en 1867 este número había aumentado hasta 98 y en 1880 hasta más de 150, aunque este número disminuyó significativamente hasta el comienzo de la última guerra de independencia⁷⁶. Los médicos militares, por la propia naturaleza de su oficio, garantizaban a las autoridades españolas disponibilidad para ser enviados desde la península a Cuba, una permanencia mínima relativamente prolongada y compromiso con la dominación española. Por ello, se les empleó cada vez más para ocupar puestos sanitarios civiles. Así, en el caso de la JSS, la reforma de 1857-1859 hizo del jefe de Sanidad Militar de Cuba un vocal nato de la misma, siendo el primero en ocupar el cargo Ramón Piña y Peñuela entre 1859 y 1862. La secretaría de la JSS fue ocupada entre 1863 y 1883 por Vicente Luis Ferrer González, que también era médico militar. El doctor Ferrer creó además en 1868 el Instituto de Vacunación Animal de Cuba y Puerto Rico, centro privado que suministraba *cow-pox* a hospitales militares y civiles y a las casas de socorro de la Habana. Ferrer dirigió esta institución hasta su fallecimiento en 1883⁷⁷. En la Junta Subalterna de la Habana, dos de los tres vocales médicos debían ser médicos militares, uno de los cuales actuaba como secretario⁷⁸.

En esta situación, los médicos cubanos vieron limitado su campo de acción bien a la sanidad municipal, especialmente de la Habana, bien a las iniciativas no oficiales de un “asociacionismo científico” que como ha mostrado Reinaldo Funes experimentó un auténtico *boom* en este periodo⁷⁹. Por ejemplo, en los años 1870 se creó en la Habana un Servicio de Higiene Especial (de la prostitución) y un así denominado Hospital de Higiene. Dicho servicio constaba de un Inspector, un Subinspector y seis Médicos Inspectores para los distritos en que se dividía la ciudad. Entre los facultativos criollos que trabajaron en el servicio figuraban, entre otros, Federico Incháustegui Cabrera, Manuel J. de los Reyes, Antonio Ruiz Rodríguez, Federico J. Kohly, Fernando Plazaola Cotilla, Francisco Rivero Chiclana, José Benítez Lamar, Joaquín Jacobsen Cantos, Francisco Martínez Mesa y Alejandro Tomás Delruet⁸⁰. Por otra parte, un Real Decreto de 24 de agosto de 1871 puso también en marcha el sistema de Casas de Socorro y asistencia médica domiciliaria en la Habana⁸¹. En 1878, a instancias del doctor José Argumosa, se aprobó el primer Reglamento para los Servicios Sanitarios Municipales fijando las obligaciones del cuerpo de médicos municipales que se encargaba de prestar aquellos y otros servicios. El reglamento sufrió modificaciones en 1882 y 1885⁸². Entre los médicos criollos que trabajaron en el servicio médico municipal figuraban Serapio Arteaga Quesada, Ricardo González de la Torre, Francisco Obregón Mayol, Ricardo Bernal, Eduardo F. Pla Hernández, Vicente de la Guardia Madan y José de Jesús Rovira Barreiro. Los médicos municipales de la Habana llegaron a editar una revista propia, el *Boletín de Sanidad Municipal* (1883)⁸³.

En el ámbito de la sociedad civil, una iniciativa audaz y ambiciosa fue la creación del Instituto Histobacteriológico y de Vacunación Antirrábica en 1885-1887 por parte del médico criollo Juan Santos Fernández, oftalmólogo, miembro de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana y director de la prestigiosa revista *Crónica Médico-quirúrgica de la Habana* (1875). Como ha mostrado Steven Palmer, en 1886 el doctor Santos Fernández adquirió material e instrumental de laboratorio en Nueva York y financió el viaje de sus colegas Diego Tamayo y Francisco Vildósola a París para formarse en los laboratorios de Pasteur⁸⁴. A su regreso, Santos Fernández trató de instalar un Instituto Pasteur en la Habana, en la línea de las sucursales de la institución parisina que se establecieron en Chicago (1890), Nueva York (1891), Saigón (1891), Constantinopla (1893), Túnez (1893) o Argel

(1894). Aunque el laboratorio habanero nunca llevó oficialmente ese nombre, se convirtió en un prestigioso centro de investigación en bacteriología y de fabricación de sueros y vacunas donde trabajaron, además de los citados, otros médicos criollos como Enrique Acosta Mayor, Julio San Martín, Juan Nicolás Dávalos o Manuel Delfín Zamora. Otro importante foco de actividad científica y opinión sanitaria en el que participó activamente la sociedad civil criolla lo constituyó la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana, creada en 1879 por iniciativa del médico español Serafín Gallardo⁸⁵. Esta Sociedad, cuya creación contó con el apoyo de las principales autoridades españolas, dispuso de su propio laboratorio, en el que desarrolló sus investigaciones sobre la fiebre amarilla una de las máximas figuras de la medicina cubana, Carlos J. Finlay, en colaboración con el médico español Claudio Delgado Amestoy. También editó su propia revista, los *Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos* (1881). Formaron parte de esta asociación médicos criollos como Antonio Gordon Acosta, Federico Hortsmann, Vicente Benito Valdés, Luis Montané Dardé y Antonio Mestre Domínguez⁸⁶.

A tenor de lo dicho, no extraña que pueda ser cierta la afirmación enunciada por Reinaldo Funes y Adrián López Denis de que en la Habana, a finales del siglo XIX, existía la mayor concentración de médicos de todo el mundo occidental (1/500 habitantes)⁸⁷. La sanidad española en Cuba, cuyo centro era la Habana, se encontraba en pleno desarrollo en todas sus ramas, especialmente la sanidad marítima y la sanidad militar, pero cubría sus necesidades cada vez más a través del envío de médicos directamente desde la península. Por su parte, el creciente número de licenciados médicos criollos buscaba activamente salidas profesionales en instituciones privadas o semioficiales (quintas de salud, laboratorios de asociaciones científicas), creadas por su propia iniciativa o por el patrocinio de criollos ricos (p.ej., Hospital de Nuestra Señora de las Mercedes, 1880; Hospital de Aldecoa, 1894) y en la sanidad municipal⁸⁸. La separación educativa e institucional, así como la creciente competencia por un mercado reducido llevaron a una progresiva separación entre médicos españoles y cubanos. Mientras un grupo protagonizaba el intento desesperado de establecer una sanidad española en Ultramar, el otro “soñaba” con una soberanía sanitaria cubana que terminara con el dominio español⁸⁹. En todo caso, el choque no fue entre una sanidad colonizadora y otra colonizada sino entre dos crecientemente definidas en términos nacionales, una por estar en retirada y la otra por estar en vías de éxito.

En todo caso, el panorama de los médicos criollos en la sanidad de Cuba no estaría completo si no hiciéramos referencia a su participación en las Comisiones de la Fiebre Amarilla enviadas por el gobierno de los Estados Unidos a la isla en este periodo. Después de la grave epidemia que procedente de Cuba afectó al valle del Mississippi en 1878, Estados Unidos presionó al gobierno español para que aceptara al año siguiente el envío de una comisión sanitaria del *National Board of Health* cuyos principales integrantes fueron los médicos Stanford E. Chaillé, George M. Sternberg, Daniel M. Burgess y Juan Guiteras Gener y el ingeniero militar Thomas S. Hardee⁹⁰. A la comisión estadounidense se agregaron seis médicos españoles, la mayoría militares, pero también seis médicos criollos: Carlos J. Finlay, Felipe Francisco Rodríguez, Vicente Benito Valdés, Joaquín García Lebrado, Francisco Zayas y Emiliano Núñez de Villavicencio⁹¹. Estos médicos, en unión de Guiteras que también era cubano de origen, adquirieron en virtud de la presión norteamericana un papel en la política sanitaria cubana que no les habría sido concedido ni permitido *motu proprio* por las autoridades españolas. En 1888 hubo una segunda comisión sanitaria enviada a Cuba a raíz de la grave epidemia de fiebre amarilla que afectó a la ciudad de Jacksonville, en Florida⁹². Esta segunda comisión, más modesta, estuvo integrada por el médico militar estadounidense George M. Sternberg – quien había sido elegido socio corresponsal de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales después de su primera estancia en Cuba – y el médico

criollo Emilio Martínez Martínez⁹³. No obstante, el jefe de Sanidad Militar de Cuba, Antonio Pardiñas Martínez nombró una comisión para facilitar a Sternberg “cuantos auxilios ha tenido a bien demandar” en la que participaron por el lado español un médico y un farmacéutico militares y por el lado criollo Diego Tamayo y otros médicos del Laboratorio Histobacteriológico⁹⁴. Entre otras cosas, Sternberg realizó estudios sobre el *Micrococcus tetragenus febris flavae*, el agente patógeno propuesto por Carlos J. Finlay y su colaborador español Claudio Delgado como posible causante de la fiebre amarilla.

Dinámicas sanitarias del Imperio español: el cólera y la fiebre amarilla entre España y Cuba (1830-1895)

Las particularidades de la sanidad española en Cuba y de su relación con la sanidad peninsular pueden mostrarse no solo desde un punto de vista estructural, como hemos tratado de hacer en los dos apartados previos, sino también desde un punto de vista dinámico. Creemos que a una configuración particular de la sanidad en el Imperio español decimonónico debió corresponder una particular epidemiología, especialmente en lo que se refiere a las principales pandemias de la época: el cólera y la fiebre amarilla. Las epidemias y los discursos médicos sobre ellas han sido utilizadas desde hace décadas por los historiadores de la medicina como herramientas para poner de manifiesto las tensiones y desigualdades existentes dentro de una sociedad⁹⁵. El cólera, en concreto, ha permitido realizar destacados estudios sobre procesos históricos fundamentales del siglo XIX como la industrialización, la urbanización, las revoluciones burguesas y obreras, la configuración de los Estados-nación o la expansión colonial⁹⁶. En la línea de estas aportaciones, nuestro enfoque pretende emplear los datos epidemiológicos de las epidemias de cólera y fiebre amarilla en España y Cuba para analizar brevemente la singular configuración del Imperio español del siglo XIX a partir del caso concreto de su administración sanitaria⁹⁷.

El hecho que llama más poderosamente la atención en relación con las epidemias de cólera en España y Cuba entre la década de 1830 y la de 1860 es que no hubiera conexión epidemiológica entre unas y otras. La segunda pandemia de cólera, la primera que extendió su radio de acción más allá del continente asiático, llegó a España y a Cuba casi al mismo tiempo pero por vías diferentes y no relacionadas entre sí. En el primer caso lo hizo en enero de 1833 desde Europa; en el segundo, en febrero del mismo año desde los Estados Unidos. Tales itinerarios epidemiológicos se mantendrían en las décadas siguientes, durante la tercera pandemia que afectó a Cuba en 1850-1854 y a España en 1853-1856, y durante la cuarta que castigó a la península en 1865 y a la Gran Antilla en 1867-1872⁹⁸. Al comparar esta circunstancia con lo que sucedía en otros imperios coloniales de la época, resulta singular que el cólera no fuese transmitido desde España a Cuba y que España no influyera tampoco de forma directa en la evolución o agravamiento de las epidemias coléricas cubanas, con la única excepción del último brote, cuyo impacto fue mayor como consecuencia del envío masivo de soldados y de las operaciones militares de la primera fase de la Guerra de los Diez Años. Estrictamente, la única circulación hispano-cubana del cólera, que no llegó a ser completa, no fue desde España al Caribe sino al revés: el brote epidémico que afectó a Gran Canaria en 1851 procedente de Cuba⁹⁹.

En los principales imperios europeos de la época, el británico y el francés, la conexión epidemiológica entre el cólera de la metrópoli y el de las principales colonias fue muy distinta del español. Así, la colonización progresiva del subcontinente indio por Gran Bretaña desde mediados del siglo XVIII contribuyó decisivamente a que el cólera pasara de ser una endemia

localizada en Bengala a una epidemia de ámbito pan-indio y finalmente a una pandemia de escala mundial¹⁰⁰. Las profundas transformaciones sociales, políticas, económicas y medio-ambientales resultantes de la dominación británica fueron decisivas para que la India se convirtiera en el foco de origen del cólera epidémico aunque los británicos negaran sistemáticamente este hecho en las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales¹⁰¹. Las pandemias terminaron por afectar a Gran Bretaña, pero nunca directamente ya que la enfermedad siempre llegó a las islas desde el norte de Europa. Por tanto, dentro del Imperio británico, Gran Bretaña “creó” el cólera en la India sin ser afectado directamente por él. Hacia fuera, tanto las islas británicas como la India actuaron como focos regionales que contribuyeron a la expansión mundial del cólera, en el primer caso a través de los intercambios comerciales en Europa y América, protagonizados en buena medida por la marina mercante británica, entonces la mayor del mundo, y en el segundo, a través de la expansión territorial y comercial de la India por Oriente Medio, el Este de África y el Sudeste asiático. El cólera no solo fue una enfermedad originada en el Imperio británico, sino que el poder de éste la extendió a todo el mundo.

El caso de Francia ya tuvo diferencias fundamentales con el británico. La principal fue que el cólera llegó desde fuera en vez de originarse en su propio imperio. A partir de este hecho básico, la Francia metropolitana constituyó el principal factor causal de las epidemias que afectaron a la Argelia francesa durante todo el siglo XIX, especialmente durante el periodo inicial de conquista (1830-1870). Por ejemplo, de las nueve epidemias coléricas que afectaron a Argel entre 1835 y 1865, seis fueron importadas por vía marítima desde Marsella, cuatro de ellas por tropas que participaron en campañas militares en territorio argelino y dos, por buques involucrados en intercambios comerciales¹⁰². Las otras tres llegaron una desde la región de Orán, procedente de España y Gibraltar, y las otras dos desde la región de Constantina, una procedente de Túnez y otra de Francia¹⁰³. Las continuas campañas militares francesas en Argelia y la fuerte resistencia de la población local, árabe y *amazigh* (bereber), contribuyeron a la extensión y persistencia de las epidemias. En contrapartida, al menos en dos ocasiones el territorio metropolitano se vio directamente afectado por el cólera introducido en Argelia: en la segunda pandemia, la enfermedad que afectaba a la Provenza en 1832 pasó a Argelia en 1834-1835, regresó a Francia y volvió a Argelia en 1837¹⁰⁴; durante la cuarta pandemia, la enfermedad llegó a Orán con los soldados de la Guerra de Italia en 1859 (también llegó en parte desde España y quizás Gibraltar) y terminó afectando, aunque débilmente, a la mitad sur de la Francia metropolitana a finales del mismo año¹⁰⁵.

Por tanto, dentro del Imperio, Francia constituyó el factor decisivo para la aparición del cólera en Argelia, aunque en algunas ocasiones se vio afectada directamente por la epidemia que ella misma había contribuido a desencadenar. La separación y la jerarquía metrópoli-colonia no eran tan marcadas como en el caso Gran Bretaña-India. Hacia fuera, tanto la Francia metropolitana como la Argelia francesa extendieron el cólera a algunos de sus vecinos europeos y norteafricanos, constituyendo un foco importante de difusión de la enfermedad, aunque mucho más modesto que el Imperio británico. Así, los intercambios comerciales (legales y de contrabando) entre Francia y otros países europeos contribuyeron a la introducción de la epidemia en España en 1855 y 1859, en Italia en 1835 o en Grecia en 1855. En el caso de la Argelia francesa, el cólera se extendió a Marruecos a través de la frontera terrestre occidental en 1834, 1851-1855 y 1859¹⁰⁶. Asimismo, la epidemia de cólera que afectó a Túnez en 1849 provenía de la región oriental de la Argelia francesa¹⁰⁷.

A la vista de estos dos ejemplos, la falta de transmisión del cólera de España a Cuba en las décadas centrales del siglo XIX reflejó una relación colonial atípica, que se tradujo en la

configuración de dos espacios equivalentes, casi tangenciales y orientados respectivamente hacia el ámbito americano y europeo, de donde recibieron en cada caso el impacto epidémico. En apartados anteriores hemos señalado la existencia en ese periodo de una yuxtaposición entre una España peninsular y una España ultramarina más que de una subordinación entre una metrópoli y una colonia al uso de la época. La particular circulación epidemiológica del cólera entre España y Cuba constituye otro argumento a favor de esta interpretación. Además, al igual que señalamos para la organización sanitaria, los datos epidemiológicos también permiten afirmar la centralidad de Cuba dentro del Imperio español en comparación con la península. Esta centralidad resulta aún más evidente si se analiza a partir de la epidemiología de la fiebre amarilla. Esta enfermedad era endémica en Cuba, como en la mayor parte de los países ribereños del Caribe y golfo de Méjico, pero se presentaba además recurrentemente en forma de brotes epidémicos más o menos graves. En el periodo que nos interesa hubo brotes de fiebre amarilla en Cuba en los intervalos 1824-1828, 1841-1846 y 1854-1867¹⁰⁸. La enfermedad no llegó a afectar a la península durante este periodo, pero hubo tres brotes epidémicos de fiebre amarilla en Canarias en 1838, 1846-1847 y 1862-1863, todos ellos importados a través de buques procedentes de la Habana¹⁰⁹. Por tanto, al igual que sucedió con el cólera en 1851, la fiebre amarilla circuló incompletamente hacia la península en esas tres fechas, confirmando el patrón epidemiológico de mayor impacto del espacio cubano a nivel imperial.

¿Cómo cambió esta dinámica después de la Guerra de los Diez Años? En España hubo una grave epidemia de cólera en 1885 y otra menor en 1890, mientras que Cuba ya no volvió a sufrir brotes epidémicos después de 1872¹¹⁰. Por su parte, la fiebre amarilla se presentó en Cuba en forma epidémica en los periodos 1879-1882 y 1887-1894 pero ya no provocó la aparición de brotes en Canarias¹¹¹. Solo con estos datos resulta difícil analizar las diferencias del nuevo patrón epidemiológico con el del periodo anterior. Éste se puede esclarecer si se atiende a las medidas de prevención y lucha contra las mencionadas enfermedades. Las autoridades españolas dieron preferencia a la prevención del cólera en la política sanitaria cubana, un proceso simbolizado por la aprobación del Reglamento de Sanidad Marítima de 1893, el cual extendió directamente a la isla la organización administrativa y las prácticas cuarentenarias establecidas entre 1866 y 1887 en la península para prevenir importaciones coléricas. A diferencia del periodo anterior, la amenaza del en Cuba no provino principalmente de los Estados Unidos (donde no hubo más epidemias después de 1873) sino de la propia península, con la cual se habían incrementado todo tipo de relaciones políticas, comerciales, migratorias y militares y donde la enfermedad siguió causando estragos. Por el contrario, los médicos criollos se preocuparon especialmente por la fiebre amarilla. Para terminar con esta enfermedad endémica en la isla habría sido necesario desarrollar preferentemente la sanidad interior a través de inspecciones sanitarias que supervisarán la limpieza y desinfección de las ciudades y el saneamiento de las zonas rurales, de laboratorios que investigaran la causa y el mecanismo de transmisión de la enfermedad y de cuerpos de médicos que asistieran a los enfermos en hospitales e inculcaran en la población medidas higiénicas preventivas.

El desarrollo preferente de la sanidad marítima y la sanidad militar por las autoridades españolas en Cuba a finales del siglo XIX iba en contra de estas necesidades, pero en compensación los médicos cubanos contaron con la intervención de los Estados Unidos que, como ya hemos señalado anteriormente, consiguió organizar dos comisiones sanitarias específicamente orientadas a la fiebre amarilla en 1879 y 1888. A través de ellas, los médicos criollos pudieron desempeñar cierto papel en la política sanitaria oficial cubana. También contribuyó a su presencia pública la celebración de la cuarta Conferencia Sanitaria

Internacional en Washington en 1881. Los Estados Unidos pidieron organizar este congreso médico-diplomático, que tuvo lugar por primera vez fuera del ámbito europeo, después de la grave epidemia de fiebre amarilla procedente de Cuba de 1878. Por tanto, la cuestión del estado sanitario de Cuba tuvo un papel muy relevante dentro de las discusiones científicas y políticas y, por la misma razón, participó en la delegación española el médico criollo Carlos J. Finlay, que presentó en un escenario tan cualificado su teoría sobre la transmisión de la fiebre amarilla a través del mosquito.

En definitiva, se podría afirmar que en este último periodo de dominio español los espacios sanitarios español y cubano dejaron de ser dos espacios equivalentes y yuxtapuestos en términos epidemiológicos y que el espacio cubano perdió su centralidad a nivel imperial. Cuba comenzó a estar más fuera que dentro (o tan fuera como dentro) del Imperio español, convirtiéndose en un espacio dividido en el que, por un lado, se implantó una extensión directa de la sanidad española, concretamente de sus ramas marítima y militar; y, por otro lado, se fue articulando un embrión de sanidad nacional cubana, esencialmente sanidad interior, que contó con el respaldo, a la vez protector y amenazador, de la sanidad de los Estados Unidos, a través de las comisiones de la fiebre amarilla. Epidemiológicamente, el cólera no volvió a aparecer en forma epidémica en Cuba y se convirtió en una cuestión sanitaria bajo control peninsular. Respecto a la fiebre amarilla, no volvió a extenderse desde Cuba a Canarias ni a los Estados Unidos convirtiéndose en una cuestión sanitaria prioritaria para los médicos criollos cubanos y para las autoridades sanitarias estadounidenses. Las distintas preferencias de prevención e investigación reflejaban proyectos sanitarios diferentes y en último término incompatibles.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a una ayuda postdoctoral del programa Yggdrasil del *Norway Research Council* (Ref. 211329) y al proyecto de investigación *Circulation of Science in the National Atlantic in the 19th Century* dirigido por el Prof. Steven Palmer.

Notas

¹ Digby *et al*, 2010, p. xii. La traducción de la cita al español es mía.

² Anderson, 1998; Marks, 1999; Raj, 2007.

³ Cooper, Stoler, 1997, p. 4. La traducción de la cita al español es mía.

⁴ En concreto, se planteaban dichas interpretaciones en mi introducción al volumen titulada “Dos dedos de una misma mano. Propuestas para una nueva interpretación de las relaciones hispano-marroquíes a finales del siglo XIX”. Martínez Antonio, González González (2011a), pp. 21-58.

⁵ Los trabajos previos son Martínez Antonio, 2006, 2011b.

⁶ Ver, entre otros, Cayuela, 1994, 1996; Moreno Fraginalls, 2002; Fradera, 1999, 2006; Schmidt-Nowara, 2004; Villares, Moreno Luzón, 2009.

⁷ Cooper, 2005, 17. El añadido entre corchetes es mío.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Este periodo cronológico no es exacto, pudiendo sus límites fijarse con más precisión entre 1828 y 1859 o 1861.

¹⁰ Sobre la administración sanitaria española en el siglo XIX, ver entre otros Rodríguez Ocaña, 1994a, 1994b; AA.VV., 1998; Molero Mesa, Jiménez Lucena, 2000; Barona, Bernabeu, 2008.

¹¹ Varela, 1998, p. 340.

¹² López Denis, 2002-2003; Martínez Fortún, 2005.

-
- ¹³ *Lazareto. Expediente sobre la formación de un lazareto en el puerto de la Habana (contiene un plano), 1828.* Archivo Nacional de Cuba (en adelante, ANC), Fondo Junta Superior de Sanidad (en adelante, JSS), nº de orden 5, legajo 1.
- ¹⁴ Beldarraín, 2010, p. 58.
- ¹⁵ Álvarez Hernández, 2004, p. 2.
- ¹⁶ Por ejemplo, el 24 de septiembre de 1833 la Junta de Sanidad de Madrid pasó a denominarse Junta Superior de Sanidad de Madrid y su provincia. Puerto Sarmiento, San Juan, 1980, p. 24.
- ¹⁷ Álvarez Hernández, 2004, p. 2.
- ¹⁸ Rodríguez San Pedro, 1865, p. 267.
- ¹⁹ *Medidas de policía sanitaria urbana...*, 1848.
- ²⁰ Rosenberg, 1987, p. 101-120.
- ²¹ *Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad...*, 1848, p. 5-6.
- ²² *Ibidem.* Sobre la creación y evolución de la Junta Central de la Vacuna y sobre el doctor Tomás Romay, ver Romay, 1805; López Sánchez, 1950; Vázquez, 2004.
- ²³ En concreto, pusieron las bases de la sanidad peninsular, además de la citada disposición, el “Reglamento de las Juntas de Sanidad de 26 de marzo de 1847” y el “Reglamento de las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino de 24 de julio de 1848”. Bonastra, 2006, p. 473.
- ²⁴ Sobre la epidemia de dengue, ver Guerra, 1999, p. 460-461. Vives creó la nueva junta por orden de 28 de mayo de 1828. Álvarez Hernández, 2004, p. 2. Entre 1807 y 1849 se crearon Juntas Subalternas de Sanidad al menos en las siguientes localidades: San Antonio, Villaclara, Batabanó, Cienfuegos, Rosario, Pinar del Río, Trinidad, Puerto Príncipe, Santiago de Cuba, Manzanillo, Güines, Matanzas, San Cristóbal, Cárdenas, Remedios, Sancti Spiritus, Bahía Honda, Isla de Pinos, Sagua, Bayamo, Guanabacoa, Guanajay-Mariel, Alacranes, Jaruco, Las Tunas, Guantánamo y Jiguaní. ANC, JSS, varios legajos.
- ²⁵ *Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad...*, 1848.
- ²⁶ Rodríguez Ocaña, 1987-1988, p. 153, 166; Perdiguero, Vidal, 2010, p. 35, 40, 44.
- ²⁷ *Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad...*, 1848.
- ²⁸ Sobre la epidemia de viruela, ver Guerra, 1999, p. 474-475. Sobre el lazareto de Santiago de Cuba, ver Fleitas, sin fecha. Sobre los lazaretos de Ultramar, ver Bonastra, 2006, p. 479.
- ²⁹ *Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad...*, 1848, p. 67-68. A pesar de todo, el lazareto de Santiago de Cuba tampoco debió reunir las mejores condiciones o bien sus instalaciones se deterioraron rápidamente, ya que en 1856 se acordó ceder a la JSS un buque de la Armada destinado al desguace para que fuera utilizado como lazareto flotante en la bahía de Santiago. Rodríguez San Pedro, 1865, p. 292.
- ³⁰ Real Decreto de 17 de agosto de 1854. *Colección de disposiciones...* 1856, p. 4.
- ³¹ Abella, 1868, p. 21.
- ³² Guerra, 1971, p. 504.
- ³³ Tales eran las razones que justificaban el fracaso de la absorción de la JSS en el preámbulo de la “Orden de la Secretaría del Gobierno Superior Civil de la isla de Cuba de 25 de mayo de 1857”. *Gaceta de la Habana*, 25 de junio de 1857.
- ³⁴ “Real Orden del Ministerio de Guerra y Ultramar de 7 de mayo de 1859”. *Gaceta de la Habana*, 29 de agosto de 1859.
- ³⁵ Algunas de estas funciones eran llevar “un registro del personal de todas las subalternas y otro de los empleados del ramo de vacunación, en el que se anotarán los servicios particulares de cada uno y las faltas en que incurrieren”; dirigir “directamente a los presidentes de las provinciales de [Santiago de] Cuba, Puerto-Príncipe y Trinidad y a los de las subalternas de la provincia de la Habana las comunicaciones que a las mismas se hicieran, entendiéndose particularmente con los secretarios de todas las subalternas en los negocios de cuentas [...]”; y elaborar “con auxilio de persona inteligente, elegida por él mismo, y bajo su exclusiva dependencia, la estadística de mortalidad de la Habana”. *Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad...*, 1848.
- ³⁶ *Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad...*, 1861.
- ³⁷ *Lazareto del Mariel. 1861. Expediente que se refiere a obras de ampliación en el lazareto de Mariel (contiene cuatro planos).* ANC, JSS, nº de orden 11, legajo 14. *Lazareto del Mariel. Reglamento interior del lazareto del Mariel formulado por disposición del Gobierno Superior Civil y discutido y aprobado en sesión de 26 de abril de 1862.* ANC, JSS, nº de orden 13, legajo 16.
- ³⁸ Sobre la historia del lazareto de San Simón, ver Taboada, 1982; Meijide, 1987.
- ³⁹ Sobre las obras del lazareto en el periodo 1865-1869 y los contenciosos asociados a las mismas versan, entre otros, los siguientes expedientes del ANC: *Lazareto de Mariel. 1866. Extracto minucioso y fiel del expediente formado con motivo de las obras del lazareto de Mariel y gastos que ha ocasionado el mismo.* ANC, JSS, nº de orden 10, legajo 16. *Lazareto de Mariel. 1868. Real orden de 12 de febrero de 1868 disponiendo se instruya*

expediente gubernativo para averiguar la responsabilidad en que hayan podido incurrir las personas que han intervenido en el expediente instruido para la reparación del lazareto de Mariel. ANC, JSS, nº de orden 18, legajo 19.

⁴⁰ Estas primeras Inspecciones de Sanidad se instalaron en las fronteras con Portugal y Francia por la amenaza de la peste bubónica, por lo que no formaban parte de la Sanidad Interior sino de la Exterior (puertos y fronteras). Las Inspecciones Provinciales de Sanidad se crearon a raíz de la aprobación de la Instrucción General de Sanidad en 1903. Molero Mesa, Jiménez Lucena, 2000, p. 49-51.

⁴¹ Las principales disposiciones legales sobre sanidad marítima o exterior fueron las siguientes: “Real Decreto de 17 de abril de 1867 estableciendo las Direcciones especiales de Sanidad Marítima”; “Orden de 10 de diciembre de 1874 facultando a la Dirección General de Sanidad para declarar los puertos sucios, limpios o sospechosos”; “Real Decreto de 16 de noviembre de 1886 creando el Cuerpo de Sanidad Marítima”; “Reglamento orgánico provisional de Sanidad Marítima de 12 de junio de 1887”; “Real Orden de 23 de septiembre de 1892 sobre la declaración de puertos sucios, limpios y sospechosos”; “Real Decreto de 28 de octubre de 1899 aprobando el Reglamento de Sanidad Exterior”.

⁴² Erenchun, 1856, p. 449.

⁴³ En la exposición del real decreto que dispuso la clasificación de los puertos de la península en 1860 se afirmaba que “el escaso rendimiento que por derechos de Sanidad han ofrecido en los años anteriores los buques que han tomado entrada en nuestros puertos no ha permitido al gobierno de S.M. clasificar éstos según previene el artículo 13 de la ley vigente del ramo [Ley de Sanidad de 1855], establecer los lazaretos de observación de acuerdo con el art. 27 de la misma, ni dotar de una manera ordenada y aceptable el personal de Sanidad marítima que en las dilatadas costas de España presta un servicio tan penoso como interesante”. “Real Decreto de 6 de junio de 1860”. *Gaceta de Madrid*, nº 165 (13 de junio), p. 1.

⁴⁴ Martínez Antonio, 2006.

⁴⁵ La influencia de sectores de población como los “negros emancipados” o los chinos en la medicina y la sanidad de la España ultramarina debió existir de todas formas y merecería ser estudiada, aunque aquí no lo hagamos por razones de brevedad y simplificación.

⁴⁶ Más detalles sobre todo este proceso en Beldarraín, 2010, p. 57-65.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*; Martínez Fortún, 2005.

⁴⁹ Sección de variedades. Ultramar. *Boletín de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 1862, vol. 17 (segundo semestre), p. 127. Sección de variedades. Ultramar. *Boletín de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 1863, vol. 19 (segundo semestre), p. 283.

⁵⁰ Sección de variedades. Ultramar. *Boletín de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 1864, vol. 21 (segundo semestre), p. 608. Ministerio de Ultramar. *Gaceta de Madrid*, 1868, año CCVII, nº 268 (14 de septiembre), p. 3.

⁵¹ Tomás Romay Chacón fue vocal de la JSS al menos entre 1842 y 1849, fecha de su fallecimiento. Ángel José Cowley, al menos entre 1842 y 1853 y Francisco José de Orta, entre 1839 y 1858. Sobre Orta, ver Ultramar. *Boletín de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 1863, vol. 18 (primer semestre), p. 63.

⁵² Resoluciones dictadas para Ultramar. *Boletín de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 1863, vol. 18 (primer semestre), p. 62.

⁵³ Francisco de Zayas fue vocal de dicha junta entre 1857 y 1865 y Ambrosio González del Valle, en la primera mitad de los 60. Balmaseda, 1889, p. 301.

⁵⁴ Para los detalles sobre esta polémica, ver López Denis, 2000.

⁵⁵ Beldarraín, 2010, p. 2.

⁵⁶ Para más detalles sobre este hecho, ver Pruna, 1991; Pruna, 2002, p. 99-100.

⁵⁷ Moreno Friginals, 2002, p. 209.

⁵⁸ Fleitas, sin fecha.

⁵⁹ Hasta mediados del siglo XIX persistieron numerosos lazos administrativos, institucionales o económicos entre Cuba, especialmente su Departamento Oriental, y Puerto Rico. Por ejemplo, en el ámbito eclesiástico, la diócesis de Puerto Rico dependió de Santiago de Cuba desde 1803 hasta 1903. En el ámbito judicial, Puerto Rico dependió de la Audiencia de Puerto Príncipe hasta la creación de su propia audiencia en 1833. La Inspección o Dirección de Estudios de Cuba y Puerto Rico se mantuvo como organismo superior de la enseñanza secundaria y universitaria para ambos territorios hasta los años 60. La comandancia de Marina de Puerto Rico dependió del Apostadero de la Habana hasta las mismas fechas.

⁶⁰ Schiappacasse, 2011.

⁶¹ La supresión del departamento central fue dispuesta por el “Real decreto de Presidencia del Gobierno de 23 de octubre de 1853 suprimiendo el Gobierno y la Comandancia General del departamento del Centro, así como la Intendencia y Contaduría de Hacienda de la provincia de Puerto Príncipe en dicha isla de Cuba”. Rodríguez San Pedro, 1865, p. 173.

⁶² “Secretaría de Gobierno. El Excmo. Sr. Gobernador y Capitán General se ha servido disponer que ínterin se resuelve la construcción de un lazareto en la parte norte de la costa del Departamento Oriental, vengan los buques a hacer su cuarentena a este puerto [la Habana] o vayan a [Santiago de] Cuba. Habana, 4 de noviembre de 1854. El secretario del Gobierno superior civil, Juan Sunyé”. *Colección de reales órdenes y disposiciones...*, 1859.

⁶³ Aunque los proyectos de creación de un lazareto permanente en la Habana se remontaban al menos hasta 1828, no fue hasta 1861 en que se inició la construcción del mismo sobre bases permanentes en la bahía del Mariel, situada varios kilómetros al oeste de la ciudad. *Lazareto del Mariel. Expediente gubernativo mandado formar por Real orden de primero de agosto de 1866 para exigir a quienes corresponda la responsabilidad que proceda con motivo de la construcción del lazareto de Mariel que tuvo lugar en 1861*. ANC, JSS, nº de orden 14, legajo 16.

⁶⁴ Fusión no significa asimilación. La asimilación no suponía implantar en las colonias la misma administración que en la metrópoli, sino la igualdad de derechos de europeos y no europeos dentro de una administración colonial específica. La dominación de España en Cuba en el siglo XIX no pretendía crear una administración que asimilara a los cubanos a los españoles sino integrar a Cuba en la administración española dejando al margen a los cubanos.

⁶⁵ Stuyck y Reig, 1880, p. 3.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 9.

⁶⁷ Sobre la sanidad marítima en la España del siglo XIX, ver Bonastra, 2006; Perdiguero, Vidal, 2010; Martínez Antonio, 2011b.

⁶⁸ “Reglamento orgánico provisional de Sanidad Marítima de 12 de junio de 1887”. *Gaceta de Madrid*, nº 178 (27 de junio), p. 815.

⁶⁹ “Real Orden del Ministerio de Ultramar de 21 de julio de 1886 aprobando el reglamento de sanidad marítima para la isla de Puerto Rico”. *Gaceta de Madrid*, nº 227 (15 de agosto), p. 495.

⁷⁰ Consejo de Estado, Fondos de Ultramar. Año: 1891. Número de Dictamen: 70087. Signatura: U-037-042. “Real Orden del Ministerio de Ultramar de 8 de marzo de 1893 aprobando el reglamento de sanidad marítima para la isla de Cuba”. *Gaceta de Madrid*, nº 97 (7 de abril), p. 70-71.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² “Real Decreto de 29 de mayo de 1884”. *Gaceta de Madrid*, nº 184 (2 de julio), p. 13-14.

⁷³ La solicitud de ingreso fue elevada por dos médicos de Sanidad Marítima de Puerto Rico, Pedro Puig Suárez y Adolfo Martínez Cerecedo, y dos de Filipinas, Francisco Pellicer Vigueras y Miguel Sotelo Rodríguez. El Ministerio de la Gobernación desoyó el dictamen del Consejo de Sanidad y decidió admitir a dichos facultativos (quizás a todos los de Ultramar que lo solicitaron desde ese momento) en el Cuerpo a pesar de que los médicos del servicio de Sanidad Marítima de Ultramar no habían quedado incorporados al mismo cuando se creó en noviembre de 1886. “Real Orden de 25 de octubre de 1899”. *Gaceta de Madrid*, nº 329 (25 de noviembre), p. 672-673.

⁷⁴ “Real Orden del Ministerio de Ultramar de 8 de marzo de 1893 aprobando el reglamento de sanidad marítima para la isla de Cuba”. *Gaceta de Madrid*, nº 97 (7 de abril), p. 70-71.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ Erenchun, 1861, p. 1965; Massons, 1994, III.

⁷⁷ Pruna, 2002, p. 352; López Espinosa, 2004.

⁷⁸ Rodríguez San Pedro, 1865, p. 288.

⁷⁹ Funes, 2005.

⁸⁰ *Inspectores de Higiene. 1881. Documentos relativos a la provisión de una plaza de médico Inspector de Higiene*. ANC, JSS, 199, 10; *Inspectores de Higiene. 1882. Inspectores de Higiene. 1883. Comunicación modificando el artículo 40 del Reglamento de Higiene sobre la provisión de plazas de médicos inspectores, y que se informe acerca del aumento de la sífilis*. ANC, JSS, 285, 10. Sobre el Hospital de Higiene, ver Mena, Cobelo, 1992, p. 380-381.

⁸¹ Delgado García, 2008.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ López Espinosa, 2002, p. 55-57.

⁸⁴ Palmer, 2011.

⁸⁵ López Espinosa, 2007.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ Funes, 2004; López Denis, 2007.

⁸⁸ Sobre estos y otros hospitales, ver Guerra, 1994.

⁸⁹ La expresión está tomada de la idea de “nación soñada” referida a los proyectos del nacionalismo cubano tal y como figura en Naranjo Orovio, Puig Samper, García Mora, 1996.

⁹⁰ Pruna, 2002, p. 394.

-
- ⁹¹ *Ibíd.*
- ⁹² Humphreys, 1999, p. 120-126.
- ⁹³ López Serrano, 1998, p. 49; Rodríguez Cabarrocas, 1960, p. 224.
- ⁹⁴ “El estudio de la fiebre amarilla”. *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, 1888, vol. XIV, nº 6 (junio), p. 317-319.
- ⁹⁵ Algunas perspectivas teóricas sobre la relación entre epidemias, ideología y sociedad en Arrizabalaga, 1995; Ranger, Slack, 1995; Watts, 1997; Rodríguez Ocaña, 2010.
- ⁹⁶ Algunos trabajos destacados sobre el cólera en relación con estos procesos son los siguientes: Rodríguez Ocaña, 1981; Bourdelais, Raulot, 1987; Evans, 1988; Delaporte, 1989; Harrison, 1994; Low, 2007; Gilbert, 2008.
- ⁹⁷ La mayoría de los trabajos publicados sobre la historia del cólera en Cuba han utilizado esta epidemia para mostrar las desigualdades y tensiones sociales derivadas de la dominación española. Entre los más destacados figuran Kiple, 1985; López Denis, 2000, 2002-2003.
- ⁹⁸ Martínez Antonio, 2011b.
- ⁹⁹ Betancor, 2002.
- ¹⁰⁰ Biswamoy, Harrison, 2009.
- ¹⁰¹ Hasta la tercera Conferencia celebrada en Constantinopla en 1866 no fue posible acordar con Gran Bretaña que la India era el origen de las pandemias de cólera. La declaración oficial fue la siguiente: “El cólera asiático, que ha recorrido el mundo en varias ocasiones, tiene su origen en la India, de donde surge y donde existe como endemia permanente”. Howard-Jones, 1975, p. 30. La traducción es mía.
- ¹⁰² Vincent, Collardot, 1867.
- ¹⁰³ *Ibíd.*
- ¹⁰⁴ Bourdelais, Raulot, 1987.
- ¹⁰⁵ Martínez Antonio, 2010.
- ¹⁰⁶ Raynaud, 1902, p. 86.
- ¹⁰⁷ Gallagher, 1983, p. 47.
- ¹⁰⁸ Guerra, 1999, p. 449-506.
- ¹⁰⁹ Betancor, 2002. En el caso de la epidemia de 1862-1863, la enfermedad también pudo haber llegado desde la isla de Fernando Poo, posesión española en el golfo de Guinea que estaba afectada entonces por la fiebre amarilla.
- ¹¹⁰ Fernández Sanz, 1989; Sáez, Marset, Crespo, 1997. El último caso de cólera en Cuba apareció en 1882; entre 1872 y este último año los casos de cólera fueron muy escasos. Pérez Madrigal, 2010.
- ¹¹¹ Guerra, 1999, p. 515-540.

Bibliografía

- AA.VV. Monográfico “La crisis de 1898 en la medicina”, coordinado por Juan Luis Carrillo. *Dynamis*, 1998, vol. 18, p. 21-314.
- ABELLA, Fermín. *Manual administrativo de sanidad marítima y terrestre*. Madrid: Oficina Tipográfica del Hospicio, 1868.
- ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, Alfredo A. Las estadísticas de morbilidad y mortalidad en la Habana entre 1870 y 1877: Ambrosio González del Valle y la Junta Superior de Sanidad. *Revista de Humanidades Médicas*, 2004, vol. 4, nº 3 (octubre-diciembre).
- ANDERSON, Warwick. Where is the postcolonial history of medicine? *Bulletin of the History of Medicine*, 1998, vol. 72, nº 3, p. 522-530.
- ARRIZABALAGA, Jon. Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social. *Arbor*, 1992, vol. CXLII, nº 558-559-560, p. 147-165.
- BALMASEDA, Francisco Javier. *Enfermedades de las aves o Ensayos sobre patornitología y consideraciones sobre higiene pública en la isla de Cuba*. Habana: E.F. Casona, 1889.

BARONA, Josep Lluís; BERNABEU, Josep. *La salud y el estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: PUV, 2008.

BELDARRAÍN, Enrique. *Las epidemias y su enfrentamiento en Cuba, 1800-1860*. Tesis dirigida por Gregorio Delgado García, Ministerio de Salud Pública, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2010.

BETANCOR, María Josefa. *Epidemias y pleito insular. La fiebre amarilla en Las Palmas de Gran Canaria en el periodo isabelino*. Madrid: CSIC, 2002.

BISWAMOY, Pati; HARRISON, Mark (eds.) *The Social History of Health and Medicine in Colonial India*. London: Routledge, 2009.

BONASTRA, Joaquim. *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del lazareto*. Tesis doctoral dirigida por Pedro Fraile, Universitat de Barcelona, 2006.

BOURDELAIS, Patrice; RAULOT, Yves. *Une peur bleu. Histoire du choléra en France, 1832-1854*. Paris: Payot, 1987.

CAYUELA, José Gregorio. El nexó colonial de una transición: élite antillana y capitanes generales de Cuba. In: NARANJO OROVIO, Consuelo; MALLO, Tomás (eds.) *Cuba, la perla de las Antillas*. Aranjuez: Doce Calles, 1994, p. 239-248.

CAYUELA, José Gregorio. 1898: el final de un Estado a ambos lados del Atlántico. In: NARANJO OROVIO, Consuelo; PUIG-SAMPER, Miguel Ángel; GARCÍA MORA, Luis Miguel (eds.) *La nación soñada: Cuba, Puerto Rico y Filipinas ante el 98*. Aranjuez: Doce Calles, 1996, p. 391-403.

Colección de disposiciones publicadas en la parte oficial de la Gaceta de la Habana desde el 21 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 1854. Habana: Imprenta del Gobierno y Capitanía General por S.M., 1856.

Colección de Reales órdenes y disposiciones de las autoridades superiores de la isla de Cuba publicadas en la Gaceta de La Habana. 5 volúmenes. Habana: Imprenta del Gobierno y de la Capitanía General por S.M., 1859.

DELAPORTE, François. *Disease and Civilization: The Cholera in Paris, 1832*. Cambridge/London: MIT Press, 1989.

DELGADO GARCÍA, Gregorio. Desarrollo histórico de la atención primaria de salud en Cuba. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, 2008, nº 103.

DIGBY, Anne; ERNST, Waltraud; MUHKARJI, Projit (eds.) *Crossing Colonial Historiographies: Histories of Colonial and Indigenous Medicines in Transnational Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

ERENCHUN, Félix. *Anales de la isla de Cuba. Diccionario administrativo, económico, estadístico y legislativo. Año de 1855*. Habana: Imprenta del Tiempo, 1856.

ERENCHUN, Félix. *Anales de la isla de Cuba. Diccionario administrativo, económico, estadístico y legislativo. Año de 1856*. Madrid: Imprenta de Tejado, 1861.

EVANS, Richard J. Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth Century Europe. *Past and Present*, 1988, vol. 120, nº 1, p. 123-146.

FERNÁNDEZ MARTÍN, Manuel. *Compilación Legislativa del Gobierno y Administración Civil de Ultramar*. Tomo XV (primer cuatrimestre). Madrid: Imprenta de Idamor Moreno, 1890.

FERNÁNDEZ SANZ, Juan José. *El cólera de 1885 en España*. Tesis doctoral dirigida por Antonio Fernández García, Universidad Complutense, 1989.

FLEITAS, Carlos Rafael. Una lucha infructuosa por la higiene y salubridad citadina: Santiago de Cuba en el siglo XIX. Sin fecha. [En línea] <<http://drupaluvs.sld.cu/una-lucha-infructuosa-por-la-higiene-y-salubridad-citadina-santiago-de-cuba-en-el-siglo-xix>> [24 de mayo de 2012]

FRADERA, Josep Maria. *Gobernar colonias*. Barcelona: Península, 1999.

FRADERA, Josep Maria. Las fronteras de la nación y el ocaso de la expansión hispánica. In: PAN-MONTOJO, Juan (coord.) *Más se perdió en Cuba. España, 1898 y la crisis de fin de siglo*. Madrid: Alianza Editorial, 2006, p. 483-537.

FUNES MONZOTE, Reinaldo. *El asociacionismo científico en Cuba, 1860-1920*. Madrid: CSIC, 2004.

GALLAGHER, Nancy E. *Medicine and Power in Tunisia, 1780-1900*. Cambridge: CUP, 1983.

GILBERT, Pamela K. *Cholera and Nation. Doctoring the Social Body in Victorian England*. Albany: SUNY Press, 2008.

GUERRA, Ramiro. *Manual de Historia de Cuba*. Habana: Instituto Cubano del Libro, 1971.

GUERRA, Francisco. *El Hospital en Hispanoamérica y Filipinas (1492-1898)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.

GUERRA, Francisco. *Epidemiología americana y filipina, 1492-1898*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

HARRISON, Mark. *Public Health in British India. Anglo-Indian Preventive Medicine, 1859-1914*. Cambridge, Cambridge University Press.

HOWARD-JONES, Norman. *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*. Geneva: WHO, 1975.

HUMPHREYS, Margaret. *Yellow Fever and the South*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1999.

KIPPLE, Kenneth F. Cholera and Race in the Caribbean. *Journal of Latin American Studies*, 1985, vol. 17, p. 157-177.

LÓPEZ DENIS, Adrián. *Saco, Sagra y el cólera morbo*. Pinar del Río: Vitral, 2000.

LÓPEZ DENIS, Adrián. Higiene pública contra higiene privada: cólera, limpieza y poder en la Habana colonial. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*. [En línea]. Tel-Aviv, Universidad de Tel-Aviv, 2002-2003, vol. 14, n° 1.

<http://www1.tau.ac.il/eial/index.php?option=com_content&task=view&id=565&Itemid=223> [19 de mayo de 2012] ISSN: 0792-7061

LÓPEZ DENIS, Adrián. *Disease and Society in Colonial Cuba*. Tesis doctoral dirigida por José C. Moya, University of California Los Angeles, 2007.

LÓPEZ ESPINOSA, José Antonio. Revistas médicas cubanas fundadas entre 1881 y 1885. *Revista Cubana de Salud Pública*. [En línea] La Habana, Sociedad Cubana de Administración de Salud, 2002, vol. 28, n° 1, p. 54-61.

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100006> [19 de mayo de 2012] ISSN: 0864-3466

LÓPEZ ESPINOSA, José Antonio. El doctor Vicente Luis Ferrer y la revista El Propagador de la Vacuna. *ACIMED*. [En línea] La Habana, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2004, vol. 12, n° 1.

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352004000100008&script=sci_arttext> [20 de mayo de 2012] ISSN: 1561-2880.

LÓPEZ ESPINOSA, José Antonio. Octubre 11 de 1879. Inauguración de la primera sociedad médica cubana. *ACIMED*. [En línea] La Habana, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2007, vol. 16, n° 6.

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352007001200018> [20 de mayo de 2012] ISSN: 1561-2880.

LÓPEZ SÁNCHEZ, José. *Vida y obra del sabio médico habanero, Dr. Tomás Romay Chacón*. Habana: Librería Selecta, 1950.

LÓPEZ SERRANO, Elena. Serie: Precursores y forjadores de la salud pública cubana. Dr. Emilio Martínez Martínez (1864-1948). *Revista Cubana de Salud Pública*. [En línea] Habana, Sociedad Cubana de Administración de Salud, 1998, vol. 24, n° 1, p. 48-52. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661998000100007&script=sci_arttext> [19 de mayo de 2012] ISSN: 0864-3466

LOW, Michael Christopher. *Empire of the Hajj: Pilgrims, Plagues and Pan-Islam under British Surveillance, 1865-1924*. Tesis dirigida por Stephen H. Rapp, Georgia State University, 2007.

MARKS, Shula. What is colonial about colonial medicine? And what has happened to imperialism and health? *Social History of Medicine*, 1997, vol. 10, n° 2, p. 205-219.

MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco Javier. Salud pública e imperio en la España isabelina (1833-1868): el caso de la sanidad militar. *Història, Ciència, Saúde. Manguinhos*, 2006, vol. 13, nº 2, p. 439-475.

MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco Javier. *La otra Guerra de África. Cólera y conflicto internacional en la olvidada expedición militar de Francia a Marruecos en 1859*. Ceuta: Archivo General de Ceuta, 2010.

MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco Javier; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Irene (eds.) *Regenerar España y Marruecos. Ciencia y educación en las relaciones hispano-marroquíes a finales del siglo XIX*. Madrid: CSIC-Casa Árabe, 2011a.

MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco Javier. La problemática dimensión imperial de la sanidad exterior española a través del cólera, la fiebre amarilla y la peste (1833-1931). In: PORRAS, M^a. Isabel *et al* (eds.) *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. Ciudad Real: SEHM-Facultad de Medicina de Ciudad Real, 2011b, p. 273-277.

MARTÍNEZ FORTÚN, José Antonio. Historia de la medicina en Cuba (1751-1839). *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, 2005, nº 97.

MASSONS, José María. *Historia de la Sanidad Militar española*. 4 volúmenes. Barcelona: Ed. Pomares-Corredor, 1994.

Medidas de policía sanitaria urbana para el caso de una epidemia. Habana: Imprenta del Gobierno por S.M., 1848.

MEIJIDE, Antonio. Orígenes de la prevención sanitaria marítima en Galicia. *Medicina Galaica*, 1987, año X, nº 37 (abril-junio), p. 1-12.

MENA, César A.; COBELO, Armando. *Historia de la medicina en Cuba. Hospitales y centros benéficos en Cuba colonial*. Tomo I. Miami: Ediciones Universal, 1992.

MOLERO MESA, Jorge; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. Salud y burocracia en España: los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). *Revista Española de Salud Pública*, 2000, nº 74 (monográfico), p. 45-79.

MORENO FRAGINALS, Manuel. *Cuba/España, España/Cuba. Historia común*. Barcelona: Crítica, 2002.

NARANJO OROVIO, Consuelo; PUIG-SAMPER, Miguel Ángel; GARCÍA MORA, Luis Miguel (eds.) *La nación soñada: Cuba, Puerto Rico y Filipinas ante el 98*. Aranjuez: Doce Calles, 1996.

PALMER, Steven. Beginnings of Cuban Bacteriology: Juan Santos Fernández, Medical Research and the Search for Scientific Sovereignty. *Hispanic American Historical Review*, 2011, vol. 91, nº 3, p. 445-468.

PERDIGUERO, Enrique; VIDAL, Josep Miquel. *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Mahón: IME, 2010.

PÉREZ ORTIZ, Letier; MADRIGAL LOMBA, Ramón. El cólera en Cuba. Apuntes históricos. *Revista Médica Electrónica*. [En línea] Matanzas, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, 2010, vol. 32, nº 6 (Suplemento 1), p. 1-8.
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000700002&script=sci_arttext> [21 de mayo de 2012] ISSN: 1684-1824

PRUNA, Pedro M. La vacunación homeopática contra la fiebre amarilla en la Habana, 1855. *Asclepio*, 1991, vol. 43, nº 2, p. 59-68.

PRUNA, Pedro M. *La Real Academia de Ciencias de la Habana, 1861-1898*. Madrid: CSIC, 2002.

PUERTO SARMIENTO, Francisco Javier; SAN JUAN, Carlos. La epidemia de cólera de 1834 en Madrid. *Estudios de Historia Social*, 1980, nº 15, p. 9-61.

RAJ, Kapil. *Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900*. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan, 2007.

RANGER, Terence; SLACK, Paul (eds.). *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

RAYNAUD, Lucien. *Étude sur l'hygiène et la médecine au Maroc*. Alger: Léon, 1902.

Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad de la isla de Cuba. Habana, Imprenta del Gobierno por S.M, 1848.

Reglamento General para el régimen económico y administrativo del ramo de Sanidad de la isla de Cuba. Habana, Imprenta del Gobierno por S.M, 1861.

RODRIGUEZ CABARROCAS, Raoul. Carlos J. FINLAY and yellow fever. *The Bulletin of the Tulane Medical Faculty*, 1860, nº 19, p. 219-228.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. *Enfermedad y sociedad en la Andalucía del siglo XIX. La epidemia de cólera de 1833-35*. Granada: Universidad de Granada, 1981.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis*, 1987-1988, vol. 7-8, p. 145-170.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene». En: *Historia y medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*. Valladolid: Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León, 1994a, p. 237-249.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1994b, nº 68, p. 11-28.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. La protección de la salud, ¿tiranía o defensa? In: PERDIGUERO, Enrique; VIDAL, Josep Miquel. *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*. Mahón: IME, 2010, p. 165-180.

RODRÍGUEZ SAN PEDRO, Joaquín. *Legislación ultramarina*. 2 tomos. Madrid: Imprenta de los señores Viota, Cubas y Vicente, 1865.

ROMAY, Tomás. *Memoria sobre la introducción y progresos de la vacuna en la isla de Cuba*. Habana: Imprenta de la Capitanía General, 1805.

ROSENBERG, Charles. *The Cholera Years. The United States in 1832, 1849 and 1866*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1987.

SÁEZ, José Miguel; MARSET, Pedro; CRESPO, Fernando. El cólera de 1885 y las polémicas doctrinales en la prensa. *Llull*, 1997, vol. 20, nº 38, p. 273-291.

SCHIAPPACASSE, Paola. *Archaeology of Isolation: The 19th Century Lazareto de Isla de Cabras, Puerto Rico*. Tesis doctoral, Syracuse University.

SCHMIDT-NOWARA, Christopher. “La España ultramarina”: Colonialism and Nation-building in Nineteenth-Century Spain. *European History Quarterly*, 2004, vol. 34, nº 2, p. 191-214.

STOLER, Anne Laura; COOPER, Frederick (eds.). *Tensions of Empire: Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Berkeley: University of California Press, 1997.

STUYCK Y REIG, Juan. *División territorial de la isla de Cuba y nomenclátor de sus poblaciones*. Madrid: Imprenta de la Viuda e Hija de Peñuelas, 1880.

TABOADA, Pablo. Los orígenes del lazareto de San Simón. *Pontevedra*, 1982, nº 1-2 (2º semestre), p. 68-74.

VARELA, Fernando. El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII. *Dynamis*, 1998, vol. 18, p. 315-340.

VÁZQUEZ, Sigfrido. La vacuna en Cuba durante el gobierno de Someruelos. *Temas Americanistas*, 2004, vol. 17, p. 79-95.

VILLARES, Ramón; MORENO LUZÓN, Javier. *Restauración y dictadura. Historia de España. Josep Fontana y Ramón Villares. Directores. Volumen 7*. Barcelona/Madrid : Crítica/Marcial Pons, 2009.

VINCENT, Martin-Antoine; COLLARDOT, V. *Le choléra, d'après les neuf épidémies qui ont régné en Alger depuis 1835 jusqu'à 1865*. Paris: Vitcor Rozier, 1867.

WATTS, Sheldon. *Epidemics and History. Disease, Power and Imperialism*. New Haven and London: Yale University Press, 1997.

XII Coloquio de Geocrítica 2012
Bogotá, 7 al 11 de Mayo

 UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFÍA

