



Antrópica revista de ciencias sociales y humanidades

ISSN: 2448-5241

ISSN-L: 2448-5241

gabrielotti@correo.uady.mx

Universidad Autónoma de Yucatán

México

Méndez Encarnación, Daniel
Epidemias y medicalización en una sociedad colonial:
las Juntas de Sanidad en Honduras Británica, 1882-1920
Antrópica revista de ciencias sociales y humanidades,
vol. 10, núm. 19, 2024, Enero-Junio, pp. 259-296
Universidad Autónoma de Yucatán
Mérida, México

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=723879721015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Antrópica

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades

Dossier no. 11

“Custodias de la Salud. Historia de las Juntas de Sanidad en la salud pública y el control de epidemias”



FACULTAD DE CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS. UADY



Epidemias y medicalización en una sociedad colonial: las Juntas de Sanidad en Honduras Británica, 1882-1920

Epidemics and medicalization in a colonial society:
the Boards of Health in British Honduras, 1882-1920

Daniel Méndez Encarnación

CIESAS, Unidad Peninsular (México)

<https://orcid.org/0009-0002-9231-0366>

d.mendez@ciesas.edu.mx; danen.anthis@gmail.com

Recibido: 22 de septiembre de 2023.

Aprobado: 26 de diciembre de 2023.

Resumen

Este artículo analiza los cambios producidos en la relación imperial-colonial durante la creación de las Juntas de Sanidad en Honduras Británica. Se examinan los procesos de crisis política y sanitaria causados por las enfermedades tropicales y la emergencia de una burocracia médica colonial. Mediante la revisión crítica de fuentes primarias y secundarias se establece que, tanto el origen de las juntas de sanidad como el establecimiento de las estrategias de control sanitario, respondieron fundamentalmente a la necesidad de proteger los circuitos económicos de la colonia, primero guiados bajo la hegemonía del Reino Unido y luego la de Estados Unidos.

Palabras clave: hegemonía, medicalización, burocracia médica, enfermedades tropicales, juntas de sanidad.

Abstract

This article explores the changes produced in the context of the imperial-colonial relation during the creation of the Board of Health in British Honduras. It analyzes the processes of political and sanitary crisis generated by tropical diseases and the emergence of medical bureaucracy. Through the critic revision of primary and secondary sources it sets that, both the origin of the board of health and the arrangement of strategies of sanitary control, were produced mainly by the need to protect the colonial economic circuits, first under United Kingdom's hegemony, and later by the United States.

Keywords: hegemony, medicalization, medical bureaucracy, tropical diseases, board of health.

Introducción

La historia de Belice -antes Honduras Británica- de acuerdo con Shoman tiene un “carácter particular” al estar también en “función de los intereses externos” (2009, p. 19). Desde su origen, este territorio estuvo envuelto en una disputa entre los imperios español y británico a lo largo de los siglos XVII y XVIII, por la oportunidad que representó la actividad de la explotación de maderas preciosas para los dueños de capital, y también por su posición geográfica, que lo convirtió en un punto neurálgico para el comercio en la región atlántico-caribeña.

Tras la firma del Tratado de Madrid (1670) que puso un alto a la práctica de la piratería, los bucaneros británicos buscaron garantizar el suministro de maderas preciosas hacia el mercado europeo, por lo que el territorio de Belice adquirió mayor relevancia para los intereses mercantiles ingleses, iniciando con ello un movimiento de ocupación sobre este espacio que abarcó intermitentemente tres siglos (XVII-XIX) (Shoman, 2009).

Como resultado del largo proceso histórico, este se configuró como un espacio diverso en el que convergieron grupos poblacionales no sólo de españoles e ingleses, sino de mayas, garífunas y, posteriormente, de norteamericanos, europeos, negros esclavos y libres, así como de asiáticos y otros. El control del territorio por parte de los ingleses culminó con la constitución de Belice como una más de sus colonias en el año de 1862, cuando se le denominó “Honduras Británica” (Toussaint, 2004).

Desde las primeras exploraciones realizadas por parte de los cortadores de madera británicos, el lugar fue descrito como un sitio poco propicio para los habitantes. Tales expresiones variaron poco a lo largo del siglo XIX, a pesar de los cambios político-económicos y materiales que se suscitaron en este espacio como efecto de la instauración de la administración inglesa, y de la posición cada vez más relevante que ostentó Honduras Británica dentro de la red de comercio anglo-centroamericano y caribeño.

Algunos de sus pobladores y visitantes solían describir a la colonia como un territorio caracterizado por ciénagas, por la ruralidad predominante y la presencia de mosquitos, con pocas condiciones sanitarias o insalubre y, con el tiempo, por la existencia de pocos y malos caminos que obstaculizaban el acceso a otros distritos, con casas improvisadas de los pobres, próximas unas de otras y que desentonaban con las casas de los blancos (Domínguez Barbosa, 2020).

Por consiguiente, el espacio colonial fue señalado por su notoria desigualdad y atraso material, una cuestión que luego se vio reforzada con el establecimiento de una sociedad jerárquica. Ésta última estuvo dominada por intereses de clase de los grupos de terratenientes, comerciantes, dueños de plantación y

oficiales coloniales; este conjunto es lo que algunos han denominado como *forestocracia* (Domínguez Barbosa, 2020, p. 112; Hitchen, 2005, p. 3), y que en este trabajo es identificada fundamentalmente como la oligarquía terrateniente-comerciante.

Dicho segmento de clase logró monopolizar el acceso a la tierra y controló la mano de obra de taladores y jornaleros a través del sistema de enganche y endeudamiento, con miras a extender la actividad de corte y exportación de madera, desarrollar y ampliar las redes de comercio en general y, en menor medida, impulsar la agricultura a través del cultivo de caña de azúcar y frutas.

En este amplio contexto, Honduras Británica quedó interconectada con el mundo (Wolf, 2005, p. 1, 80). Por un lado, a través de la relación imperial-colonial que sostuvo con Inglaterra, pero también a partir de su gradual acercamiento político y comercial a otros poderes metropolitanos como Estados Unidos, Alemania y Francia. No obstante de ello, propongo que su desarrollo político-económico y social se vio determinado, en buena medida, por su condición de espacio *marginal*, entendido esto último como su constitución de *margen* geográfico o del punto más lejano del imperio británico en América (Dutt, 2020; Wright, 2018).

Esta condición, favoreció la aparición de prácticas o estrategias de administración política propias, como fueron las referentes a la aplicación a modo de la ley, así como el establecimiento y la consolidación de importantes relaciones de poder locales que provocaron la transformación de la relación imperial-colonial que se caracterizó, a partir de finales del siglo XIX, por un distanciamiento de las disposiciones metropolitanas, incluidas las relativas al ámbito de la organización y la dirección de la estructura sanitaria.

Para dar cuenta de ello, analizaré el proceso de formación de las juntas de salud. Considerando los procesos de crisis de salubridad causados por la aparición de epidemias como la fiebre amarilla, la malaria y la viruela, y por la presencia de ciertas enfermedades prevalentes, como la anquilostomiasis, este fenómeno permitirá examinar la complejidad de las relaciones de poder que fueron creadas y ejercidas en el espacio colonial en torno al ámbito sanitario.

Las principales fuentes de información que se emplean en este artículo son de dos tipos: las fuentes primarias digitales y las físicas. En el primer grupo se cuentan la colección hemerográfica del diario local beliceño “The Colonial Guardian” (1882-1897), disponible en el *British Newspaper Archive* (BNA); asimismo, se considera la colección de los libros de cuentas y estadísticas -o “Blue Books”- de Honduras Británica (1839-1938), obtenidos del *British Online Archives* (BOA).

Estos materiales brindan información con respecto a las tensiones y conflictos suscitados en la vida cotidiana local, incluyendo lo concerniente a los problemas sanitarios y la presencia de enfermedades epidémicas en la región. Además, proporcionan datos relacionados con la legislación vigente en la colonia para el periodo de interés del artículo, datos con respecto a impuestos, ingresos y egresos, los cambios en la organización política a través de la acción de los consejos ejecutivo y legislativo, salarios, cifras de mercancías importadas, exportadas y reexportadas, estadísticas vitales, los reportes e informes de instituciones públicas como hospitales, cárceles, la casa de pobres y el manicomio, el número de enfermedades atendidas en la colonia, entre otros asuntos de índole sanitaria.

En cuanto al segundo cuerpo documental, corresponde a la información obtenida a manera de despachos, registros generales, memorándums, telegramas y correspondencia intercambiada entre la administración de Honduras Británica y el gobierno metropolitano. En este grupo se pone especial énfasis en aquellos documentos referentes a la organización de la cuestión sanitaria en la colonia. Estos materiales son resguardados, principalmente, en la colección de la Oficina Colonial (Colonial Office) disponible en *The National Archives* (TNA) en Londres, Inglaterra.

Como se observará, la organización de las juntas de salud emergió como un campo de disputa entre los representantes del poder imperial y la clase dominante colonial; esta cuestión favoreció la emergencia de un grupo político influyente, los médicos, quienes a partir de la alianza establecida con los comerciantes y de su constitución como parte de la burocracia local, procuraron conducir la esfera sanitaria de acuerdo con sus intereses político-económicos de grupo y clase.

Se plantean como conceptos centrales el de la *hegemonía* (Gramsci, 2001; Hoffman, 2019) y la *medicalización* (Porter, 2005; Foucault, 2006; Jori, 2013), considerando la influencia de Reino Unido -y luego de Estados Unidos- sobre las estrategias de control sanitario que fueron diseñadas y aplicadas en la colonia. Tras haberse descrito por propios y extraños como un espacio propicio para la propagación de lo que se conoce hoy como “enfermedades tropicales”, en Honduras Británica se hizo notoria la urgencia por regular la cuestión sanitaria para no afectar los circuitos económicos de los cuales dependía el territorio y otros tantos espacios al exterior.

La formación de una Junta de Salud pretendió transformar de manera significativa las prácticas cotidianas de una población local caracterizada por su heterogeneidad y que estuvo marcada por la pobreza, la explotación laboral, la falta de recursos y la desigualdad material. El análisis permite comprender las relaciones de poder, económicas y políticas, así como los conflictos médicos surgidos durante la configuración de un modelo dominante de salud pública.

La amenaza de las enfermedades epidémicas en la colonia

La fuerza de los brotes epidémicos ocurridos en Honduras Británica en los siglos XIX y XX, así como la amenaza constante que representaron para la continuidad de su dinámica comercial y, por tanto, de su “estabilidad” económica, fueron aspectos que evidenciaron las carencias y los conflictos político-administrativos creados en torno a la cuestión de la salud pública. Ante la falta de una estructura sanitaria capaz de operar efectivamente en casos de crisis, para la administración y los grupos dominantes locales fue evidente que dicha esfera debía reformarse para tratar de “garantizar” tanto el desarrollo material, como el aparente “bienestar” social dentro del territorio.

Figura 1. Las enfermedades epidémicas en la colonia

Enfermedad	Años reportados de brote
Cólera	1854, 1868
Malaria	1885, 1889, 1896*, 1925*,
Fiebre Amarilla	1860, 1869, 1886, 1890-1891, 1905
Viruela	1884, 1891-1892
Dengue	1917
Influenza	1916, 1917, 1918, 1927*, 1931
Sarampión	1917, 1925*,
Paperas	1916, 1925
Tosferina	1916, 1927
Tuberculosis	1927
Bronquitis	1929
Varicela	1931
Disentería	1867, 1868, 1931

Fuente: (Doc.1)

De tal forma, poco a poco se hizo visible en la colonia una tensión política surgida a finales del siglo XIX, entre la llamada “ingeniería sanitaria” y cierta posición de la ciencia médica que fue representada por médicos oficiales y no oficiales. Para ambos grupos, el dilema inmediato resultó cómo propiciar un mejor estado de salubridad, aunque en términos reales, el problema fundamental radicó en la disputa por la organización y dirección de la estructura sanitaria. Este aspecto se constituyó como un terreno político donde se trasladó el conflicto sostenido entre los oficiales representantes de la corona, la oligarquía terrateniente-comercial y también, un grupo social emergente que trató de influir en la compleja esfera política de la colonia: los médicos.

Aparentemente, el territorio de Belice desde su origen fue considerado, de forma más bien intermitente por agentes locales y extranjeros, como un lugar

sólo “en riesgo potencial” para la reproducción de un gran abanico de enfermedades comunes para la época. Para algunos visitantes de la colonia, la débil infraestructura hospitalaria, las condiciones pantanosas del suelo, la vegetación predominante, la presencia endémica de mosquitos y el clima en general no suponían mayor problema cuando se presentaron ciertos males epidémicos en el territorio (Morris, 1883).

Incluso su gravedad llegó a ser minimizada para promover este espacio como un lugar salubre, próspero y abierto a la llegada de más personas e inversiones de capital extranjero. Esto tuvo como objetivo asegurar el mantenimiento de la industria de extracción maderera, pero también impulsar el desarrollo del sector agrícola, y un mayor intercambio comercial con el exterior (Robertson Gibbs, 1883, p. 180) (Doc. 2).

No obstante de dicha pretensión, la realidad contrastó de forma notoria con los discursos que ensalzaron las cualidades “benignas” de Belice y sus alrededores. El problema principal fue que las enfermedades siguieron presentándose en la segunda mitad del siglo XIX, causando estragos entre la población, la producción y el comercio, siendo considerado ello como una posible explicación del atraso material que predominó en este espacio hasta bien entrado el siglo.

Para 1854 y 1868 se registraron brotes de cólera que azotaron Belice; este último al parecer fue el más grave, pues causó la muerte a más de 500 personas. Además, a finales de 1869 se produjo un brote de fiebre amarilla, aunque otro mal como la disentería pareció más importante entre 1867 y 1868, pues dejó tras de sí un total 68 muertos (Alder Burdon, 1935). Generalmente ésta y otras enfermedades tuvieron mayor incidencia en la población jornalera asentada en las fincas y plantaciones, por lo que emergieron como temas de preocupación entre ciertos grupos de poder que vieron afectados sus intereses económicos, al estar comprometida la salud y productividad de los trabajadores, pero también porque se veía con temor su posible propagación entre la población blanca minoritaria.

Un intento por contener estos padecimientos fue desplegado por la administración a través de la formación de una primera Junta de Salud, recomendada en 1856 y que, aparentemente, fue eliminada por disposición del teniente-gobernador Sir Frederick Parlgrave Barlee a su llegada al territorio (1876); si bien, el alcance de sus actividades y sus efectos sobre el control de enfermedades y epidemias surgidas en aquella época no están del todo claros (Alder Burdon, 1935) (Doc. 3).

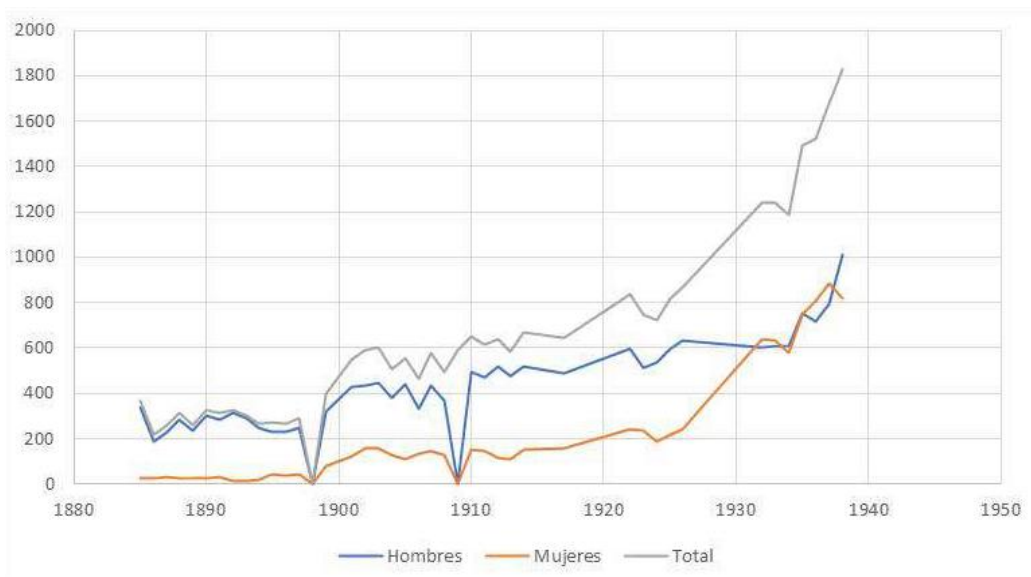


Figura 2. Personas ingresadas al hospital de Belice (1885-1938). Fuente: (Doc. 4).

Considerando que la población en Honduras Británica ya iba en ligero aumento a mediados del siglo XIX, y que sus conexiones comerciales al exterior colocaron al territorio en una posición “vulnerable” para la entrada de enfermedades infecto-contagiosas a través del puerto y sus fronteras, atender el problema de la salubridad y contar con una infraestructura sanitaria suficiente para minimizar los daños que pudiera causar la propagación de cualquier enfermedad epidémica, se volvió un asunto central para la élite colonial que trató de normar todo aspecto relacionado con la organización político-económica y social.

En 1880 se publicó el “Plan Siccama”, desarrollado por el ingeniero hidráulico Harco Theodorus Hora Siccama, del gobierno de Guyana Británica (Alder Burdon, 1935; Morris, 1883). Este sugirió una serie de obras de ingeniería urbana -como la reforma al sistema de drenaje, de suministro de agua y el manejo de desechos-, que tenían el objetivo de propiciar la mejora sanitaria de Belice. Con este plan, el asunto de la mejora sanitaria emergió como un asunto “sencillo” de intervención por parte de los primeros encargados de la salubridad: los ingenieros oficiales.

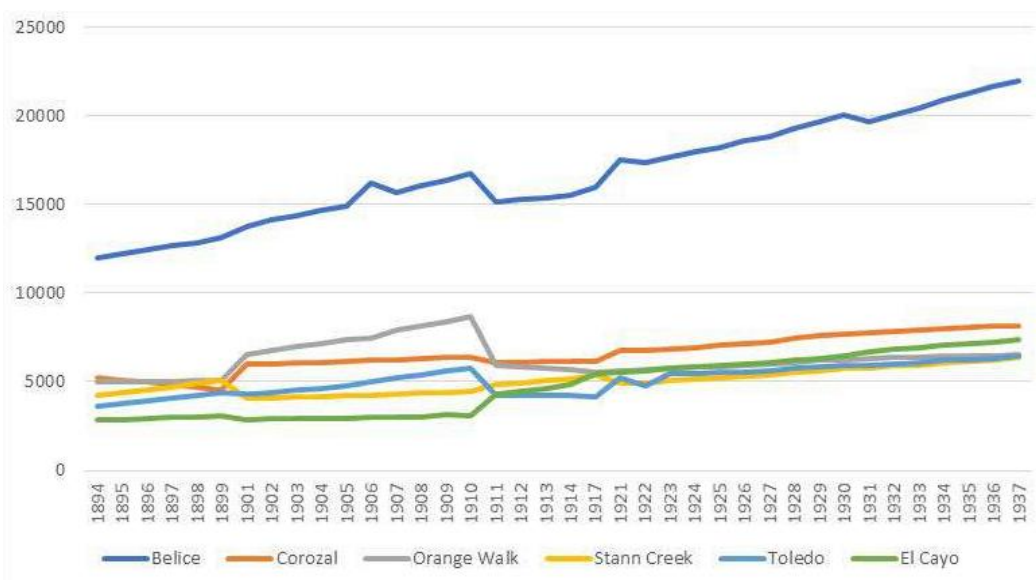


Figura 3. Población total de Honduras Británica por distrito (1894-1937). Fuente: (Doc. 5).

No obstante la urgencia del trabajo sanitario requerido, la anterior condición no menospreció la emergencia de un rodeo burocrático a través de la formación de una “Junta Siccama de Mejora” (1884); esta fue integrada por “profesionales médicos” y “algunos de los principales habitantes de Belice” quienes evaluarían la pertinencia y urgencia de las obras que conformaron el plan, así como las opciones mediante las cuales se financiaría el proyecto (Doc. 6). A la luz del examen “Siccama”, el falso optimismo creado en torno a la “estable” condición sanitaria local se resquebrajó abruptamente, sobre todo tras enfatizar en la falta de infraestructura que se percibía en Belice, una cuestión que exhibió de forma paralela la frágil estructura sanitaria colonial.

Para variar, algunas noticias sobre el brote de diversos males y su preocupante proximidad con la colonia circularon rápidamente en el territorio, aumentando la preocupación de los ingenieros encargados de la esfera sanitaria, ya en proceso de reforma. Se alertó en la prensa sobre el cólera en Francia, Manila, Hong Kong, India, Egipto, España y México, y de la fiebre amarilla que se presentó en La Habana, Boston y Guatemala (Doc. 7.).

Además, distritos como Corozal y Stann Creek aparecieron en la esfera pública como ejemplos de la mala infraestructura sanitaria local, tanto por su falta de drenajes como los estancamientos de agua que ahí se producían (Doc. 8).

El *fantasma* de estas afecciones -entendido como un golpe blando infligido al poder colonial, impulsado desde la prensa local- tuvo el propósito de acelerar la ejecución del plan Siccama al poner en evidencia que Honduras Británica se desenvolvía en un contexto global plagado de enfermedades. Una parte del plan se implementó a mediados de la década de 1880 por el ingeniero C. T.

Hunter, aunque este proceso no arrojó cambios perceptibles en la condición sanitaria de Belice, como había sido prometido, pese al alza de impuestos sobre la propiedad y la solicitud de un préstamo monetario a la corona, recursos con los que se financiaron las obras (Doc. 10).

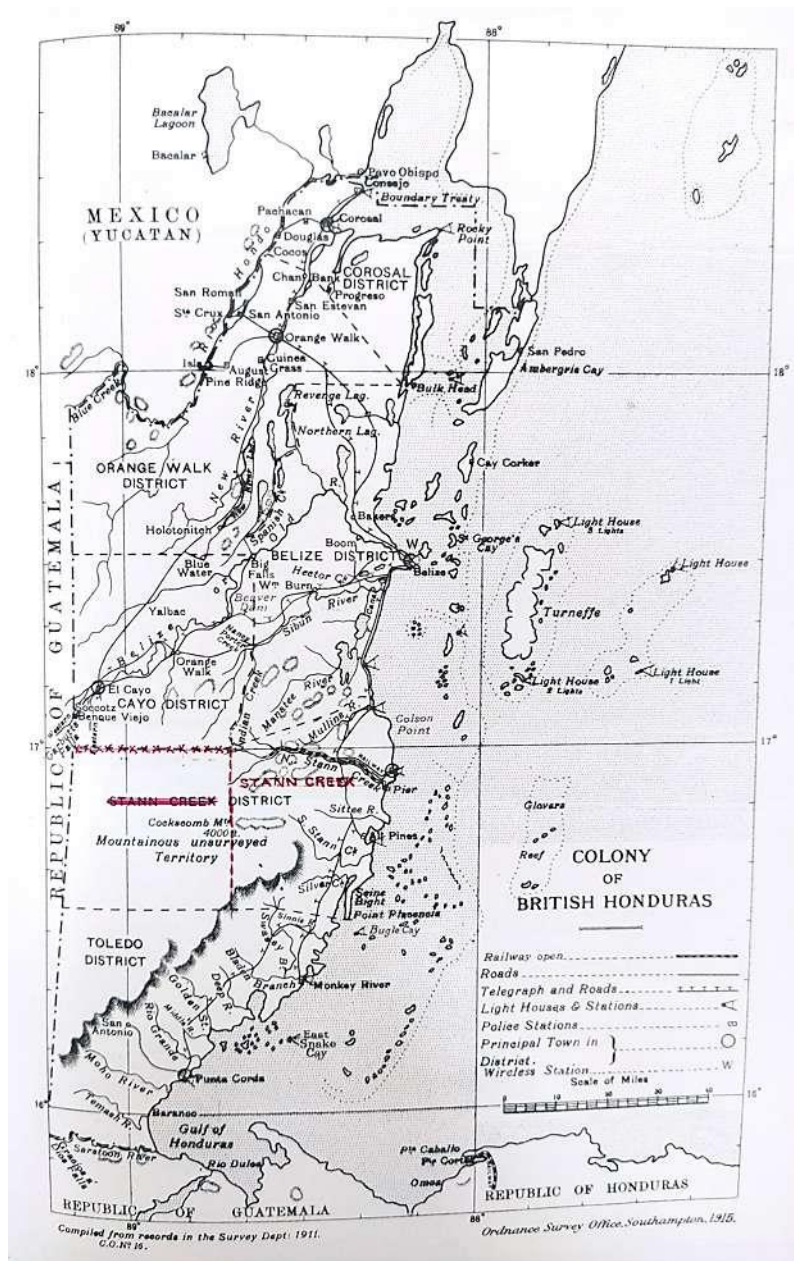


Figura 4. Mapa de Honduras Británica (1915). Fuente: (Doc. 9).

En 1886 se produjo un brote de fiebre amarilla en la colonia, que fue denominada por médicos no oficiales como “fiebre del canal”. Esta cuestión sirvió como un poderoso argumento en el que coincidieron distintas autoridades médicas locales para desestimar el trabajo que había sido realizado hasta el momento por los ingenieros coloniales en el ámbito salubrista (Doc. 11).

Frederick Gahne -un médico criollo formado en Glasgow (Escocia), y editor del “The Colonial Guardian”- señaló con plena convicción que la causa del brote de fiebre amarilla, que había afectado sobre todo a europeos “no aclimatados”, y de otro tipo de “fiebre remitente” que apareció y atacó a “razas de todas las clases”, fue la exposición al sol que se había hecho de la tierra y el lodo del canal que atravesaba de la ciudad de Belice y que contenía aguas residuales (Doc. 12).

Cuando un nuevo brote de fiebre amarilla se presentó en Belice en 1890, Gahne no dudó en aprovechar el resquicio abierto por tal crisis sanitaria para reforzar su demanda para que los médicos ocuparan una posición política predominante y se encargaran de la esfera de la salud pública. Por ende, declaró que el brote no habría ocurrido si la junta sanitaria -liderada aún por oficiales de la corona e ingenieros- hubiera “tenido el poder de suspender los procesos de insalubridad” existentes (Doc. 13).

Además, denunció la supuesta ineficacia de las obras de ingeniería urbana realizadas, a las que consideró como agravantes del ya de por sí cuestionable estado sanitario en que la administración del entonces gobernador, Roger Tucker Goldsworthy, había sumido a Honduras Británica. El grave estado sanitario de Belice, provocado por este tercer brote de fiebre amarilla, pareció atraer la atención de algunas publicaciones extranjeras como el *New York Herald* y el *Times Democrat*, que denunciaron la mala salubridad y el alto número de muertos acaecido en Belice.

Las declaraciones de estas publicaciones trataron de desmentirse, por un lado, mediante notas publicadas en el “The Colonial Guardian” y, por otro lado, con cartas enviadas a la Junta de Sanidad de Luisiana por el oficial médico colonial, Charles Henry Eyles (1888-1905), cumpliendo las órdenes de la administración local (Doc. 14). Para la primera mitad de 1891, el propio doctor Eyles publicó su reporte sobre la fiebre amarilla, en el cual atribuyó a agentes “externos”, como los buques y navíos mercantes, la llegada del mal de la fiebre a Honduras Británica (Doc. 15).

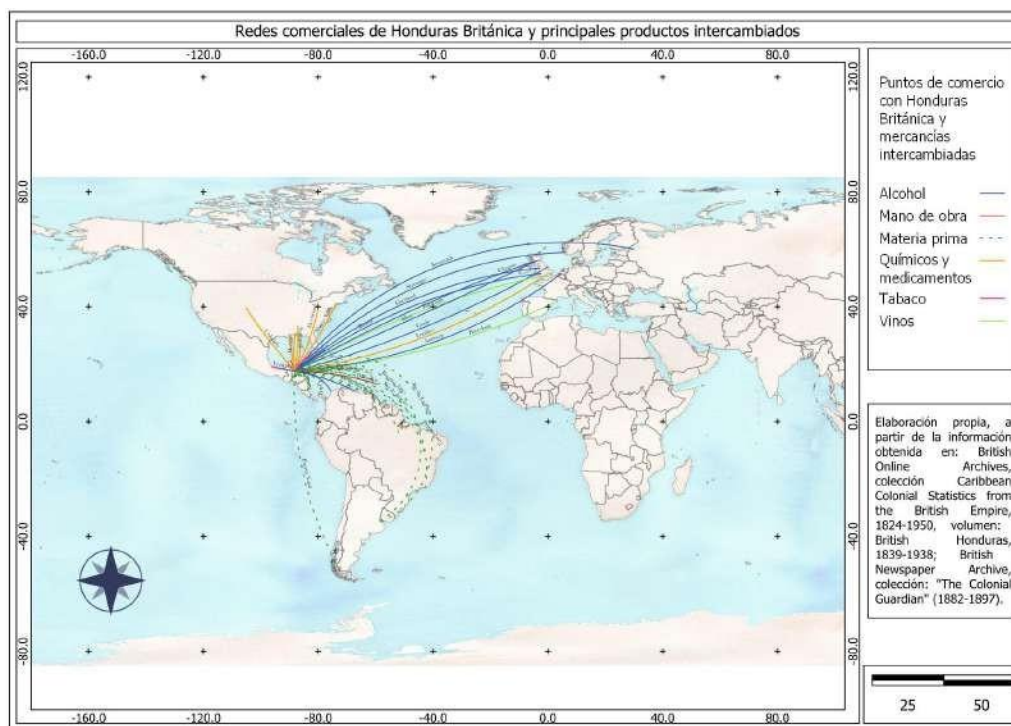


Figura 5. Las redes comerciales de Honduras Británica

Las dos posturas médicas -gahneana y eylesiana- que se hicieron patentes para dar una explicación en cuanto al origen y la atención dada a los casos de fiebre amarilla, y de otros males epidémicos como la malaria, y que buscaron tomar distancia de aquellas medidas de ingeniería u obras públicas que se implementaron a finales del siglo XIX como acciones preventivas de la aparición de enfermedades, resultaron sólo el reflejo de una pugna que recién comenzaba al interior de la colonia entre el propio gremio de los médicos en su intento por hacerse con la dirección de la cuestión sanitaria.

Por un lado, se erigió una postura de tipo oficialista que se afianzó mediante las labores sanitarias realizadas tanto por el médico colonial -el doctor Eyles, para la época-, como los oficiales médicos asistentes; esta postura también se reforzó con la constante validación -por parte del Secretario de Estado de las Colonias, como representante del poder imperial-, de los distintos informes y reportes que fueron redactados por estas autoridades sanitarias sobre los efectos “graves” o “leves” de las enfermedades epidémicas que tuvieron lugar en Honduras Británica.

Por otro lado, emergió una postura “criolla” -y desde luego, para nada subalterna, como se verá más adelante- que se asentó en la figura de Gahne y sus adeptos, quienes a través de su creciente influencia política y médica -ejercida fundamentalmente a través de la conducción de la opinión pública local-,

criticaron la acción de los médicos oficiales designados por la corona inglesa. Con esta acción buscaron apalancar su propio ingreso dentro de espacios oficiales de ejercicio de poder, como fueron las Juntas Sanitarias y de otras comisiones especiales que se crearon con miras a tratar asuntos locales de tipo sanitario y político-administrativo.

No fue sino hasta inicios del siglo XX que ambas posturas quedaron sometidas a las transformaciones de la ciencia médica y de sus últimos avances técnicos, que se irradiaron por todo el globo a través de los oficiales médicos imperiales y de la influencia directa de funcionarios de la salud de otros países, como Estados Unidos. Los cambios experimentados en la disciplina médica favorecieron la identificación de los agentes causantes de enfermedades, su tratamiento y prevención, siendo este conjunto de elementos el que determinó en buena medida el rumbo de la política sanitaria adoptada en la colonia.

En 1906, fue publicado el reporte de Sir Rubert W. Boyce sobre un nuevo brote de fiebre amarilla que azotó la colonia en 1905 (Boyce, 1906). La identificación del vector responsable de la propagación de la fiebre amarilla, el mosquito *Stegomyia fasciata*, y de la malaria con el mosquito *anopheles*, marcó un antes y un después en la forma de percibir y atender la enfermedad en el espacio colonial. El peso del fenómeno del urbanismo, impulsado antaño por los ingenieros oficiales y funcionarios salubristas, también incidió fuertemente en la labor de los oficiales médicos en cuanto a la detección de nuevos posibles escenarios de contagio para la población, tal como ocurrió con las primeras ciudades europeas desde varios siglos antes.

Los médicos ante la burocracia local y el poder imperial

Como señaló Porter, el cuidado de la salud adquirió un “estatus político” a partir del proceso de urbanización, al tiempo que otros componentes sociales como la familia y los individuos, los hospitales, los cementerios, las cárceles, los hospicios -y otros problemas como la pobreza y la salud-, pasaron a ser objeto de medicalización en aras de las reformas sanitarias que primaron en los espacios urbanos (Porter, 2005, p. 23; Jori, 2013; Foucault, 2006). Este mismo asunto se proyectó en Honduras Británica, con la disputa entre los primeros sanitaristas y los médicos oficiales y no oficiales.

El asunto se recrudeció cuando, en conjunto, estos últimos analizaron la composición, la administración y el trabajo que era realizado por las Juntas de Sanidad para contener ciertos males entre la población. En este punto resultó evidente que los médicos locales consideraron ineficiente la labor realizada por los ingenieros y otros sanitaristas, constituyéndose como la base de su argumento para tratar de insertarse en la esfera de la administración gubernamental.

Los médicos -especialmente aquel sector emergente compuesto por médicos criollos formados en Inglaterra y Escocia- compitieron directamente con la burocracia local, a partir de su posición social y de su formación como autoridades sanitarias *profesionales*, con el objetivo de recuperar un espacio de acción política del cual se les había mantenido relegados. Además, para este punto, el proceso de criollización de distintos ámbitos de la vida colonial pareció un proceso irrefrenable, siendo trasladado a todos los campos de disputa política, como fue la esfera sanitaria.

A decir de Ashdown, los criollos fueron hacia el último cuarto del siglo XIX, el “grupo (poblacional) dominante indígena racial-cultural de la sociedad”; no obstante, también existieron aquellos “criollos de élite” en Honduras Británica. Estos se distinguieron por un “color de piel más claro y rasgos europeos”, además de que fungieron “más como empleadores que como empleados”, por lo cual se les ha definido como la “aristocracia criolla”, compuesta por apenas una docena de familias que educaron a su descendencia en Inglaterra (Ashdown, 1979, p. 16, 18; Dutt, 2020, p. 13).

La emergencia de un grupo “criollo” de médicos instruidos en el extranjero -primero de tipo “no oficial”, pero que gradualmente se procuró constituir como parte de la “oficialidad” gubernamental-, operó y controló la cuestión sanitaria mediante la articulación de su condición y pertenencia al segmento de clase predominante en Honduras Británica. A esto me refiero cuando planteo que la posición “crítica” de los médicos criollos hacia la oficialidad colonial no fue subalterna, pues trataron de mantener una posición dominante mediante el control de ciertos espacios vitales de la administración pública; por un lado estuvo la esfera sanitaria, pero también a inicios del siglo XX lograron controlar la Junta Municipal de Belice, siendo ambos espacios los que les permitieron dirigir buena parte de la cuestión política colonial (Ashdown, 1979, p. 123).

Así, la búsqueda de “pertenencia” a la oficialidad colonial se convirtió en un movimiento clave para este segmento de clase que pretendía dirigir varios ámbitos de la organización política. Gahne, por ejemplo, denunció en 1895 que la eliminación de las antiguas juntas locales de salud significó un obstáculo para la prevención de los embates que el mal epidémico de la fiebre amarilla causó en Belice (Doc. 16). Además, expuso que la junta central de sanidad fue integrada por el teniente-gobernador y los miembros del Consejo Ejecutivo -es decir, sólo agentes del imperio que centralizaron la cuestión sanitaria-, pero no incluyó a ningún galeno en sus filas, ni siquiera al oficial médico principal (Doc. 17).

Figura 6. Miembros de la Junta Central de Sanidad (1885-1889)

Año	Nombre	Puesto (año de designación)	Otras funciones desempeñadas identificadas
1885	Roger Tuckfield Goldsworthy	Gobernador (1884)	-
	Henry Fowler	Secretario Colonial (1877)	Administrador de gobierno colonial (1883-1884, 1885, 1886), plantador de banana, presidente de la Sociedad Agrícola (1885), militar, secretario colonial de Trinidad (1887)
	William James McKinney	Tesorero (1879)	Secretario Colonial interino (1883-1884, 1887-1889, 1892-1893, 1895)
	William Meigh Goodman	Fiscal General (1883)	Abogado, jefe de Justicia
	J. E. W. Caulfield	Oficial comandante de tropas (1885)	Mayor del 2do. Regimiento de las Indias Occidentales
1886	Charles Reginald Hoffmeister	Fiscal General (1886)	-
1887	Hubert Edward Henry Jerningham	Secretario Colonial (1887)	Antiguo miembro de embajada británica en París, antiguo miembro de la Cámara de comunes, administrador de gobierno colonial (1888, 1889), gobernador de Mauricio (1893)
1888	Arthur Edwin Kershaw	Inspector comandante (1888)	Miembro del comité de carreras de caballos (1891)
1889	George Melville	Secretario Colonial (1889)	Administrador de gobierno colonial (1890-1891)
1890	Sydney Olivier	Secretario Colonial interino (1890)	-

Fuente: (Doc. 18).

Con el nacimiento de la llamada “medicina tropical”, hacia finales del siglo XIX, el modelo de la estructura sanitaria impuesto en Honduras Británica pareció ser un asunto más preciso, aunque no distó de aquel manejo general del campo de la salud que fue instaurado en otras posesiones imperiales (Chakrabarti, 2013). Así, no resultó extraño que, ante la posibilidad de que surgieran enfermedades como la malaria en la primera mitad de 1882, la disentería en 1883, o la viruela en 1884 se señalara, al menos desde la perspectiva de los representantes no oficiales de la

ciencia médica, la deficiencia operativa de la antigua junta central, por el evidente desconocimiento que poseían sus integrantes en cuanto a las estrategias que debían implementarse para evitar una crisis de salud pública (Doc. 19).

Este primer grupo político que estuvo integrado por oficiales coloniales -apoyado por otros funcionarios de la corona como los ingenieros, los inspectores de molestias e inspectores locales de sanidad-, se encargó de la ejecución de obras de ingeniería sanitaria que resultaron reiterativas y limitadas al contexto beliceño. El argumento de la “mejora de la ciudad y el puerto de Belice”, que justificó un cuantioso gasto en las mismas obras públicas durante varios años, pareció encubrir en buena medida la inoperancia de la junta central de salud, siendo esta situación la que construyó la primera “experiencia moderna del sanitarismo” surgido en Belice (Armus, 2002).

A su vez, la atención que podían demandar los asuntos de la salud pública a los oficiales médicos locales pareció pasar a segundo plano como resultado de su subordinación a la estructura sanitaria que fue depositada en manos de estos representantes de la corona. Dicha condición fue convalidada por medio de la legislación imperial y colonial, al haber sido parte de un fenómeno global de transformación de la esfera de la salud y su administración. Por tanto, la estructura sanitaria colonial de predominancia oficialista, en buena parte de la segunda mitad del siglo XIX, se enfocó más en aspectos que tenían que ver con la cuestión política, económica y comercial.

Hacia 1890, una crisis constitucional emergió en el gobierno de Goldsworthy provocando la renuncia de los miembros del Consejo Legislativo; esta fue espoléada en parte por el descontento social y económico provocado por la mala gestión de los recursos destinados a las mejoras sanitarias de Belice, y por el favoritismo mostrado hacia algunos oficiales de la corona, como en el caso del ingeniero C. T. Hunter. Con esta crisis, la composición de la estructura de la junta sanitaria fue irremediablemente afectada (Doc. 20).

Ashdown ha señalado que en el periodo de 1871 a 1890 puede considerarse a Honduras Británica como una colonia “pura” de la corona, mientras que, con la llegada del “cambio constitucional” de 1890-1892, el conflicto político existente al interior del territorio se hizo visible a través de la conformación de dos principales bandos: por un lado el gobierno colonial junto a la clase obrera local, y por otro lado, la mayoría no oficial instaurada en el Consejo Legislativo, como representante de la élite terrateniente-comerciante (1979, p. 7).

Este conflicto evidenció la emergencia de intereses políticos diferenciados de grupo y clase, al tiempo que traspasó el umbral de la cuestión sanitaria, manifestándose en la pugna emprendida ahora por los médicos no oficiales para volverse parte de la burocracia local. Es preciso no perder de vista que, al menos

en una primera etapa, los médicos no oficiales no trataron en modo alguno de cuestionar el poder imperial -dada la fortaleza de la estructura administrativa asentada en Honduras Británica, producto de la alianza entre los oficiales de la corona con los terratenientes y comerciantes-, sino más bien, trataron de abrirse camino para formar parte del sector oficial privilegiado que organizó distintos ámbitos de la vida en la colonia (Ashdown, 1979, p. 82-87).

Médicos y comerciantes se congregaron en el afamado “*Colonial Club*” -un espacio de tipo “cultural” donde se reunían integrantes de la oligarquía terrateniente-comerciante, políticos locales y miembros de distintas denominaciones religiosas-, supuestamente con el objetivo de discutir la dirección de la estructura sanitaria (Doc. 21). La reunión efectuada resultó un golpe blando al gobierno local, tomando en cuenta que el organismo central encargado de la salud pública seguía en operación, pese a la crisis constitucional.

Ello logró desviar el conflicto político originado en el consejo legislativo hacia un terreno donde los médicos no oficiales podían sumarse a los propios intereses de los comerciantes más prominentes de la ciudad. Esto pareció la mejor estrategia para disputar, hasta cierto punto, la hegemonía ostentada en este sector por los oficiales de la corona. Su principal demanda fue que se estableciera una Junta Sanitaria que estuviera integrada por los médicos de la ciudad y seis “oficiales” de la ley, todos bajo la dirección del oficial médico colonial. Otra demanda fue la de eliminar los agentes infecciosos en zonas de peligro mediante el vaciado de materiales desinfectantes, considerando que algunas muertes se habían presentado en la colonia desde 1889 a causa de la fiebre malaria (Doc. 22).

La intención de este bloque emergente de médicos no oficiales, apoyado abiertamente por miembros del gremio de comerciantes, era reducir la influencia de la burocracia oficial colonial mediante el desplazamiento de un buen número de agentes del imperio fuera del ámbito salubrista; sin embargo, en ningún sentido apuntaron a la constitución de un poder autónomo, dada la subordinación que plantearon a la figura del médico colonial y el potencial contrapeso que representaba la continuidad de los “oficiales” de la ley dentro de la nueva estructura sanitaria propuesta (Carrillo, 1998; Ashdown, 1979).

Sin embargo, la contrapropuesta de reorganización de la junta por parte del gobierno colonial, presentó como posibles miembros a los reverendos F. E. Hopkins y C. Brown, el doctor John May Moir, el miembro no oficial del consejo legislativo John Pouric Robertson, a Christopher Hempstead -un subastador, agente mercantil y secretario de la “*Excelsior Fruit Company Limited*” (1885-1888)- y E. C. Conner, además de otros tres miembros que serían elegidos por los integrantes de la Junta, siendo propuestos para el cargo el reverendo J. Braham, y los comerciantes James M. Currie y Sydney Cuthbert (Doc. 23).

Tal como ocurrió en la primera junta central de sanidad, la presencia de los médicos en la reorganización sanitaria de 1890 pareció quedar supeditada ya no al poder mayoritario de los oficiales de la corona, sino al poder comerciante e incluso al poder de las denominaciones religiosas presentes en la colonia. No obstante de esta circunstancia, la revitalización de un descontento político amenazó con anular la breve estabilidad de la colonia. Un nuevo gobernador fue instaurado en Honduras Británica, Sir Cornelius Alfred Moloney; de forma simultánea, desde *Downing Street* se impusieron a los nuevos integrantes del Consejo Legislativo (Doc. 24).

Se determinó entonces que las Juntas locales de sanidad serían dirigidas por el magistrado de distrito correspondiente. También se estableció que la junta sanitaria sería designada por el gobernador para atender los asuntos relativos a la salud, y que se formaría una nueva junta de cuarentena, así como una junta local de sanidad de Belice (Doc. 25). Estos procesos reformistas muy probablemente tuvieron la intención, por parte de la administración imperial, de mostrar su fortaleza tras la crisis constitucional y retomar los asuntos políticos de la colonia.

A pesar de los cambios producidos a nivel legislativo, estructural y de la organización burocrática-operativa que se irradiaron a la esfera de la salud pública, continuaron presentándose problemas con respecto a la falta de atención hospitalaria y de servicios médicos que eran brindados a los jornaleros; estos inconvenientes, sumados al probable contagio de enfermedades entre la mano de obra, representaron uno de los mayores riesgos para el desencadenamiento de crisis sanitarias en el territorio y que, sin duda, impactarían a la economía colonial, como fue la viruela en 1891-1892 (Doc. 26).

El funcionamiento del nuevo gobierno estuvo acompañado por cambios importantes aplicados en el ámbito sanitario que dejaron entrever los obstáculos y las negociaciones a los que estuvieron sujetos los oficiales de la corona involucrados en el sector de la salud pública, principalmente los médicos, al cierre del siglo. Las crisis epidémicas de finales del siglo, además de poner en evidencia la débil organización de la salud pública de Honduras Británica pese a sus reformas, expuso una grave condición de la que adoleció hasta bien entrado el siglo XX, la falta de médicos.

En general, el campo de la medicina y, por lo tanto, de la expansión del trabajo de tipo no oficial por parte de los médicos, por momentos apareció como un espacio constreñido a consecuencia de las desventajosas condiciones materiales de reproducción de la vida que predominaron entre la mayoría de la población de Honduras Británica, así como a factores relacionados con la geografía, el comercio, la producción, la distribución de la población y la clase.

Desde 1883, el oficial Daniel Morris había hecho notar en su reporte que los médicos brillaban por su ausencia en la colonia, aunque entonces atribuyó el fenómeno al supuesto buen clima y la salubridad general del territorio, un asunto que provocaba que los médicos tuvieran “pocos alicientes” para asentarse en este lugar (Morris, 1883). Esta fue otra manera de decir que la “buena calidad de vida” proyectada sobre los habitantes resultaba “poco favorable” para la expansión de la práctica médica en términos económicos, pues no había problemas sanitarios de gravedad que los galenos pudieran atender, al menos aparentemente, pues imperaba la desigualdad y pobreza entre la población por las condiciones de trabajo dictadas por la clase terrateniente-comerciante.

Aunado a ello, Morris no tomó en cuenta otros elementos que muy probablemente condicionaron la falta de interés de los médicos para hacerse presentes en la colonia. Por un lado, el separatismo y aislamiento geográfico de los distritos resultaron factores importantes en el limitado desarrollo material del territorio (Ver figura 4) (Tannenbaum, 1915, p. 13). Una buena parte de la inversión en obras públicas se concentró en la ciudad de Belice, mientras que los pocos caminos que fueron creados hacia el interior tuvieron el principal objetivo de favorecer la circulación de mercancías, productos y personas que estaban en manos de la oligarquía.

Esta situación, desde luego que limitó el desplazamiento de personas entre los distintos distritos periféricos coloniales que eran vistos, en términos generales, como conformados sólo por pequeños asentamientos o villas, con poca población o población itinerante, y donde difícilmente podían prosperar los intereses pecuniarios de una gran cantidad de médicos. No obstante, este asunto resulta por demás cuestionable, considerando que el propio desconocimiento de la geografía colonial para la época impedía determinar la totalidad de la densidad poblacional en las villas de los distritos, e incluso impedía precisar si dichas poblaciones eran sujetas de atención médico-hospitalaria, y los factores que condicionaban su acceso a este servicio (Wainwright, 2020, p. 7).

Por otro lado, el dominio que tenían los terratenientes-comerciantes sobre los medios de producción locales propició también la concentración de ciertas poblaciones dentro de las fincas y las plantaciones, donde probablemente los trabajadores fueron sujetos de atención por parte de un grupo reducido de médicos que monopolizó el trabajo al interior de dichos espacios. A la vez, como parte del ciclo de endeudamiento económico que era generado por el sistema de enganche y de adelantos al que estuvieron sujetos los trabajadores, y muy posiblemente a causa del elevado costo del servicio médico, los trabajadores recurrieron a prácticas de autoatención de enfermedades y malestares a través del empleo de remedios, de plantas medicinales, de estimulantes o medicamentos que estaban disponibles en los varios almacenes distribuidos a lo largo de la colonia.

La búsqueda de la “oficialidad” se encumbró entonces como una alternativa para afianzar gradualmente la figura y labor gremial de los médicos al interior de la colonia. Otro aspecto que pudo alentar la falta de médicos fue la debilidad institucional proyectada también en el ámbito sanitario distrital, que evidentemente no dio cabida en sus primeros años a una mayor población de médicos oficiales, tanto por la falta de infraestructura, como por los problemas operativos de las primeras juntas de sanidad, y por las propias tensiones políticas creadas entre sus miembros al interior de dicho organismo (Wainwright, 2020).

Quizá fue como resultado de las redes creadas por los médicos con el poder comerciante -por las relaciones de parentesco, pero también por la proximidad de sus demandas políticas e intereses personales y de clase- junto con la “debilidad” política exhibida prontamente por el gobierno de Moloney, que en 1894 se propició una nueva reforma a nivel sanitario-administrativo que permitió a los médicos ocupar puestos de mayor influencia gubernamental. Según la Ordenanza 30 de 1894, las juntas distritales fungirían también como juntas de sanidad, por lo que resultó al fin imperativo la designación de oficiales médicos en dichas estructuras (Doc. 27).

Desde el puesto de magistrado de distrito, los médicos se desempeñaron como responsables de la atención sanitaria, pero también se encargaron de aspectos relacionados con la organización política, económica y de justicia en sus jurisdicciones. Desde 1892, el gobernador Moloney estableció que la designación de oficiales médicos como magistrados se mantuviera hasta que la colonia tuviera la capacidad de costear los gastos operativos de las oficinas distritales y sanitarias por separado, por lo que detrás de esta reestructuración operativa, pareció yacer el problema de la falta de recursos económicos necesarios para cubrir los salarios de una burocracia onerosa que manejaba la colonia (Doc. 28).

En este escenario, los médicos observaron su inscripción dentro de la administración como una estrategia para poder conseguir una fuente de recursos económicos garantizados. La ocupación del puesto de médico oficial -tal como ocurría con otros cargos de la burocracia local- les aseguraba, además de una pensión, otras ventajas en cuanto a la satisfacción de intereses personales, al ocupar abiertamente una posición de poder político que combinaron con su autoridad médica (Doc. 29) Con ello, la monopolización de tales puestos burocráticos, resultó un movimiento casi natural para quienes ya desde la penúltima década del siglo XIX pretendían conducir la cuestión sanitaria.

En medio de este reordenamiento burocrático, donde se apuntó hacia la diversificación y ampliación de las capacidades sanitarias, prosperó un conjunto de ordenanzas que fueron importantes para delimitar la actividad de los médicos. La ordenanza para regular el servicio médico de gobierno y los establecimientos médicos (no. 14), la ordenanza para establecer el proceso de licencia y de regis-

tro de médicos (no. 19), y para enmendar la ley de salud pública local (no. 29), actuaron como los primeros “candados” de la administración imperial en torno al poder creciente de los galenos locales (Doc. 30).

Evidentemente, a consecuencia de la aún exigua capacidad institucional sobre la cuestión sanitaria ya reformada, uno de los mayores problemas a los que quedó expuesto el manejo de la salud pública fue el posible mal ejercicio de la práctica médica. Por ello, a través de la ley se dio poder al gobernador para otorgar o revocar licencias a quienes demostraran contar con diplomas extranjeros de cualquier universidad para ejercer, sin ninguna restricción, “como médicos, cirujanos y boticarios”. Esto causó resquemor entre algunos doctores coloniales, pues se consideró que la ley no era clara en cuanto al establecimiento de algún mecanismo -o “credencial” en el área médica- por el cual el gobernador se convirtiera en la figura que pudiera tener atribuciones para evaluar las capacidades de los aspirantes a galenos locales (Doc. 31).

Detrás de este rechazo al posible ingreso de más profesionales sanitarios (que sin duda eran necesarios), pareció subyacer el temor en los médicos locales -formados en colegios y universidades británicas- de ser desplazados nuevamente, ahora por una pujante población médica norteamericana que ya había comenzado a hacer acto de presencia en la colonia desde 1880-1890, como agentes encargados de evaluar las condiciones sanitarias de la colonia para determinar la pertinencia de realizar -o no- inversiones de capital en el lugar. Resultó por demás evidente con este movimiento que, los ahora médicos oficiales, no pretendían conceder a la administración colonial la más mínima oportunidad de suprimir sus anhelos de monopolizar los puestos oficiales dentro de la burocracia local.

Lo anterior pudo obedecer a que la llegada de nuevos sujetos profesionales, sobre todo desde otro espacio de formación académica, e influencia política y económica tan importante como Estados Unidos -como se verá más adelante-, amenazaba con fuerza su posición como autoridades sanitarias y podía poner en cuestionamiento ciertas prácticas que se habían mantenido en la colonia, resquebrajando con ello el saber médico oficial imperante. También pudo responder a la necesidad de los médicos de consolidar y proteger un monopolio construido en torno a la esfera sanitaria -entendida como un campo de poder desde el cual hacían frente ocasionalmente a la administración imperial y también colonial-, que resultaba invariablemente influyente pues les permitía trastocar intereses al nivel de lo político, económico y comercial.

No obstante esta disposición legal, lo más probable es que los términos de esta reglamentación no se hubieran ejercido de manera totalmente efectiva, dada la limitada capacidad institucional de la administración colonial, los intereses mezclados de los galenos con la oligarquía local -grupo que se inmiscuyó en la cuestión sanitaria y su organización-, así como la propia participación de los

médicos como parte central de la “nueva” burocracia emergida tras la crisis política de fines del siglo XIX. Al modificar la legislación, y con la apertura de espacios de autoridad para los médicos, el gobierno reformó aparentemente la estructura sanitaria, antaño debilitada por los conflictos surgidos entre los médicos oficiales y no oficiales frente a los sanitaristas.

Vigilancia y la nueva era del sanitarismo colonial

El ocaso de la centuria estuvo acompañado por nuevas preocupaciones en torno a la salud pública y el comercio, donde el establecimiento y la expansión de las prácticas de cuarentena en la región atlántico-caribeña propiciaron cambios sutiles pero importantes que modificaron el campo de poder imperial-colonial. Esto último fue resultado de una gradual intervención de Estados Unidos en la dinámica sanitaria-comercial hacia finales del siglo y que fue un asunto a través del cual demostró su hegemonía en la región, incluyendo a Honduras Británica.

El peso de la nación norteamericana en este ámbito fue un fenómeno que se consolidó hacia la primera mitad del XX, en buena medida gracias a la participación de los médicos-comerciantes ya constituidos como sujetos políticos anclados en la élite local, quienes poco a poco se alinearon a las disposiciones estadounidenses relacionadas con la dirección de la estructura sanitaria y el control de enfermedades y epidemias. Esto fue posible a través de la hegemonía que ejerció la Junta de Sanidad de Luisiana y otros organismos sanitarios internacionales.

El empuje de las demandas provenientes del exterior, dirigidas a asegurar que Honduras Británica se convirtiera en un espacio salubre más dentro de la región atlántico-caribeña en beneficio de los circuitos mercantiles -impulsados por el creciente poder de Estados Unidos como agente comercial-, funcionó como un fuerte aliciente para que la administración local intentara reformar este sector pues de ello dependía en buena medida su estabilidad político-económica.

Ya desde 1883, se presentaron algunos probables casos epidémicos en la región que obligaron a la colonia a tratar de replicar ciertas estrategias sanitarias de “amplio espectro” que se consideraron modernas para la época, como fue la implantación del sistema de cuarentenas y cordones sanitarios (Doc. 32). Estas medidas formaron parte de aquellos nuevos métodos de vigilancia y control que nacieron en Europa para evitar la propagación de enfermedades.

Dichos métodos se replicaron pronto en los espacios coloniales, espolcados por la expansión de las redes comerciales globales, del fenómeno del urbanismo y del “ideal político médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII” (Foucault, 2006; Chakrabarti, 2013). Sin embargo, para el siglo XIX tales mecanismos modernos de “contención” de enfermedades

pasaron a ser considerados “escollos para la rápida expansión de comerciantes e industriales, (pues) se concebían como maquinarias de opresión, despotismo y burocracia” (Peniche Moreno, 2016, p. 49).

Para el caso de Honduras Británica, la estrecha relación establecida entre el binomio enfermedad-economía, por momentos adquirió características muy particulares. Es bien cierto que, el atraso material de los distritos resultó un aliciente para que las enfermedades tropicales aparecieran con fuerza, a causa de las malas condiciones de vida e higiene predominantes. En este sentido, el conglomerado de males que asoló la región apalancó el trabajo precario de las primeras juntas de sanidad. Este proceso fue vigilado por agentes extranjeros, especialmente funcionarios norteamericanos, a través de la Junta de Sanidad de Luisiana y sus representantes que visitaron la colonia de Honduras Británica para proteger sus redes comerciales.

El origen de la injerencia de Nueva Orleans en el espacio colonial puede rastrearse a partir de los intereses de la oligarquía terrateniente-comerciante que fueron proyectados mediante las facilidades dadas a inversionistas y la llegada de mano de obra norteamericana con miras a desarrollar la capacidad agrícola local y la industria de la caoba. Este periodo de “atracción” de inversión, corresponde a lo que Ashdown ha definido como la “fiebre del ferrocarril” (1880-1902), la cual “tenía poco que hacer con el avance económico de la colonia, sino más (bien) con el continuo enriquecimiento de su oligarquía comerciante-terrateniente” (Ashdown, 1979, p. 97-99).

Además, a causa de la participación de la colonia en distintas exhibiciones en el extranjero, sumado a la fuerte intervención de los intereses de terratenientes-comerciales en el ámbito de la salud pública, fue que se produjo cierta resonancia en el extranjero para la inversión en la colonia; como resultado, el movimiento sanitarista de finales del siglo XIX encubrió los intereses de la clase local dominante. Desde Estados Unidos se establecieron rutas comerciales directamente con Belice, y se favoreció la llegada de un grupo menor pero influyente de médicos norteamericanos para evaluar las condiciones de vida locales.

Por ejemplo, la aparición del mal de la fiebre amarilla llevó a la Junta de Sanidad de Luisiana a custodiar de forma directa los flujos mercantiles que tenían contacto con Estados Unidos -tal como ocurrió en el caso de México-, incluyendo a Honduras Británica y otros territorios ubicados en Centroamérica y el Caribe que formaron parte de lo que a inicios del siglo XX se conoció como la “Zona de Fiebre Amarilla” (*Yellow Fever Zone* o *YFZ*) (Boyce, 1906).

El presidente de la Junta de Sanidad de Luisiana, Joseph Holt, mediante correspondencia sostenida con J. E. Mutrie (vicecónsul norteamericano en Belice), solicitó a partir de 1887 que se obligara a los navíos de los puertos tropicales

a someterse a los métodos de saneamiento de cuarentena definidos por la junta de sanidad a su cargo, para no obstaculizar las relaciones comerciales mantenidas no sólo con Belice, sino con toda la costa hondureña y centroamericana. En caso contrario, no resultaba viable mantener el sistema de comercio de la fruta (Doc. 33).

Fue en este contexto que la atención a la cuestión sanitaria adquirió una nueva dimensión, estableciéndose como un ámbito necesario de reformar ya no sólo a través de la ingeniería urbana, sino mediante la intervención directa de los médicos-comerciantes en dicha estructura. Esto se logró gracias a la dirección de las juntas de sanidad -tanto la central como las locales-, por medio de su control sobre las juntas especiales de cuarentena, y finalmente por su control sobre el comité de registro médico. De esta manera, los cambios implementados gradualmente en este sector produjeron fenómenos particulares que consolidaron su posición dentro de la burocracia.

Figura. 7. Oficiales médicos designados en los distritos y otros puestos desempeñados (1894-1904)

Distrito	Nombre del oficial médico	Año de Designación o rotación	Otros puestos desempeñados
Stann Creek	P. T. Carpenter	1893	Antiguo médico de la marina mercante, magistrado de distrito interino, oficial médico asistente de Stann Creek y Toledo
	S. O. Browne	1899	Oficial médico asistente
	A. V. B. Ormsby	1903	Obispo
Toledo	F. L. Davis	1893	Magistrado de distrito interino de Orange Walk, , oficial médico asistente de El Cayo y Orange Walk, magistrado de El Cayo, miembro de la junta distrital de Belice
	F. T. Keyt	1893	Analista, médico oficial de Corozal, oficial médico asistente y miembro de la Junta distrital de Orange Walk
	P. T. Carpenter	1897	-
El Cayo	T. W. F. Gann	-	Oficial Médico asistente de Corozal, director médico colonial
	F. L. Davis	1893	-
	R. H. Franklin	1902	

Orange Walk	J. H. H. Harri- son	1892	Magistrado y médico oficial del distrito de El Cayo, oficial médico asistente de Belice, miembro del Comité de Registro Médico, oficial de sanidad, médico colonial, miembro de la Junta de Cuarentena, miembro del Real Sociedad Geográfica, miembro del consejo legislativo
	F. T. Keyt	1897	-
	F. L. Davis	1902	-
Corozal	T. W. F. Gann	-	-
Belice	J. H. H. Harri- son	1897	-

Fuente: (Doc. 34).

A su vez, la hegemonía sanitaria de Estados Unidos no sólo se hizo manifiesta a través de la imposición de restricciones al comercio frutero sobre los puertos y navíos tropicales de Centroamérica y el Caribe, sino que las propias autoridades sanitarias de Belice procuraron configurar el territorio como un punto para la réplica de dicha hegemonía tanto al interior como al exterior de la colonia.

Por ejemplo, el magistrado del distrito sur de Honduras Británica, por instrucción de la junta de sanidad, prohibió a los plantadores poner fruta a bordo de vapores que hubieran tocado el puerto de Livingston, Guatemala; al mismo tiempo, las autoridades sanitarias de Belice declararon a Puerto Cortés como un espacio infestado de fiebre amarilla, provocando con ello la protesta de las autoridades hondureñas y de agencias comerciales como la *Macheca Line of Steamers* y otras, que denunciaron la injusticia de tal decisión argumentando que no había casos registrados de dicha enfermedad en su país, como sí ocurría en el puerto de Belice (Doc. 35).

La hegemonía sanitaria-comercial de Estados Unidos sobre la región, también quedó demostrada cuando se llevó a cabo en Guyana Británica la llamada “Conferencia de Cuarentena” (*The British West Indian Conference on Quarantine*), que congregó a representantes de las juntas de sanidad de las colonias más importantes para abordar el problema del establecimiento del sistema de cuarentenas en torno a las enfermedades de la fiebre amarilla, la viruela y el cólera, que eran asuntos que sin duda limitaban su actividad comercial hacia el espacio norteamericano y otros países en ultramar (Doc. 36).

Sobre la hegemonía Hoffmann ha propuesto, en torno al conflicto de la posesión de la tierra en Belice que, hacia la década de 1930 se vio amenazada la hegemonía británica sobre el territorio a consecuencia del declive de la economía de la caoba, de ciertos conflictos políticos internos, y la “competencia creciente de inversores” de Estados Unidos en el espacio colonial (2019, p. 2,

13). Mi propuesta pretende abonar a dicho planteamiento al considerar que tal “anticipación” y “amenaza” del desplazamiento de la hegemonía del Reino Unido a Estados Unidos puede extenderse hacia atrás en el tiempo, ubicándola en las transformaciones ocurridas en el ámbito sanitario y el papel político de los médicos a partir de las últimas dos décadas del siglo XIX.

Con respecto a esto último Espinosa, en su estudio sobre la intervención de Estados Unidos sobre Cuba establece que, el brote de fiebre amarilla ocurrido en 1897 en Nueva Orleans se tomó como un argumento político-sanitario para avanzar en el proyecto intervencionista sobre el espacio cubano. Este proyecto planteó como uno de sus objetivos “erradicar” la enfermedad “desde su origen”, tomando en cuenta las distintas afectaciones que dicho mal causaba -o podía causar- sobre la población estadounidense, así como la inestabilidad política que fue producida por la propagación de la enfermedad hacia el interior del territorio (2006, p. 543).

Así, el servicio sanitario de Estados Unidos intervino en la cuestión sanitaria de la región a través del *United States Marine Hospital Service* (USMHS), que se encargó de la desinfección de buques al sur del país, del establecimiento de cuarentenas y el control de flujos migrantes, apoyados por otras instituciones norteamericanas y comisiones especiales (Espinosa, 2006). El modelo de influencia sanitaria-comercial de Estados Unidos sobre la región no distó mucho de la estrategia empleada por los británicos, que pretendió establecer un “dominio informal” sobre ciertos espacios en ultramar a partir de la actividad del comercio (Curtin, 1998, p. 93).

Como muestra de la hegemonía sanitaria de Estados Unidos, las medidas de cuarentena se siguieron aplicando hacia finales de 1892, cuando brotes esporádicos de fiebre amarilla fueron reportados en el distrito de Corozal, y ante la amenaza de la entrada del cólera que ya había hecho su aparición en Nueva York (Doc. 37). Un nuevo movimiento sanitario tuvo lugar entonces en la colonia, con la consolidación de las juntas locales de sanidad y de cuarentena, la promulgación de nuevas leyes enfocadas al ámbito de la salud pública, el proceso de regulación de la práctica médica local y la emergencia de los galenos como parte de la élite beliceña.

La cooptación de los cargos de “oficiales médicos asistentes” sirvió como un espacio desde el cual un puñado de galenos coloniales ejercieron su influencia sobre asuntos relativos a la organización de la vida política, económica, social y cultural. A su vez, la estructura sanitaria de Honduras Británica quedó envuelta en una dinámica de vigilancia -constante y consentida- de forma directa e indirecta por parte de oficiales médicos extranjeros.

Como ejemplo de esto último, los cónsules británicos ubicados en distintos puertos que comerciaban con Honduras Británica debían informar semanalmente acerca del estado de salud en dichos puntos de intercambio mercantil, mientras que el *U.S. Public Health and Marine Hospital Service*, asesorado por sus oficiales médicos, elaboraba boletines semanales acerca del estado sanitario de la colonia (Boyce, 1906).

Ambas estrategias tenían el objetivo de cumplir con la llamada “Convención de Washington” (1905), debido a que un estado de cuarentena casi permanente fue establecido por Estados Unidos sobre Honduras Británica a consecuencia de la presencia endémica del mosquito *Stegomyia*. Esto obligó a la colonia a mejorar su capacidad de atención sanitaria, principalmente a través de la inspección de puertos y de otras medidas profilácticas que estuvieron dirigidas a contener la fiebre amarilla y demás enfermedades “tropicales” (Boyce, 1906).

Al echar un vistazo a las fuentes que registraron las actividades de los médicos oficiales para el nuevo siglo, se puede observar que la tendencia de su trabajo se diversificó a dos principales vías: por un lado, la prevención de epidemias (circunscrita a la fiebre malaria y amarilla) y, por otro lado, la intervención sobre la población para evitar la propagación de enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la anquilostomiasis. Tales elementos forman parte de un proceso de medicalización que fue inscrito en la tendencia global de atención a nuevas afecciones en el siglo XX, y donde la ciencia médica intervino con el fin de aumentar la producción de materias primas empleadas en el mercado mundial para la manufactura de mercancías, y para expandir las redes mercantiles.

En consecuencia, en este territorio, el oficial médico principal identificó el factor de la pobreza como un elemento que había obstaculizado el trabajo de los galenos, tanto por las condiciones de vida en las que se desarrollaron las clases desposeídas, como por las prácticas sociales poco salubres que estas mantuvieron (Winther, 2003). A decir de Hoffman, “la primera mitad del siglo XX se caracterizó por una extrema pobreza entre la población...”, por lo que invariablemente este fue un elemento que se tomó como el primer campo de intervención por parte de los oficiales médicos, para explicar la prevalencia de ciertas enfermedades dentro del espacio colonial que afectaban la estabilidad económica de Honduras Británica (Hoffman, 2019a, p. 35).

A partir de 1905 se dio paso a la formación de brigadas -como resultado de la acción de agentes extranjeros como Boyce, y posteriormente por conducto de los magistrados de distrito-, que estuvieron integradas por inspectores sanitarios, oficiales médicos y oficiales de policía. Estas brigadas estudiaron la distribución y mantenimiento de los depósitos de agua para erradicar las fuentes de cría de mosquito, y sirvieron como base para la intervención de otros espacios públicos, como fueron las letrinas, mercados y mataderos.

Un segundo ámbito que pasó a ser medicalizado en la colonia durante el periodo reformista de la salud pública de inicios del siglo XX fue el de la familia, especialmente la familia pobre y dependiente, pues se consideró a los trabajadores de los campamentos de caoba como los responsables de llevar distintas enfermedades a la ciudad, especialmente la malaria. A través de ellos, los integrantes de la familia -mujeres y niños- resultaban los primeros contagiados (Boyce, 1906)

Macpherson apuntó que de 1910 a 1923, el oficial médico Thomas Gann, en su análisis sobre las condiciones sanitarias de los distritos rurales y su relación con la mortalidad infantil, afirmó que esta obedecía a "...un patrón de hombres que dejaban a las familias en la indigencia durante el trabajo estacional en el monte, a la preferencia de las madres por no amamantar y a la ilegitimidad (de los nacimientos), que aparentemente conducían a la negligencia..." (2003, p. 514).

Posiblemente fue a causa del poder o influencia política alcanzados a lo largo de casi tres décadas por el gremio de médicos que, en 1914, la corona actuó apoyándose en una nueva estrategia de tipo económico-administrativo. Otorgó mayores salarios a estos oficiales, y ordenó la designación de un comisionado de distrito que fuera independiente del cargo del oficial médico (Doc. 38). Con estas medidas, aparentemente, buscó optimizar la labor de los médicos, aunque más bien restringió su capacidad política al delimitar sus funciones y al reducir su intervención e influencia en otros espacios de la administración local (Doc. 39).

La tensión creada entonces por obtener el control de la organización de la salud pública, que fue sostenida entre el régimen imperial-colonial y el grupo dominante de oficiales médicos-comerciantes locales, se hizo más patente hacia finales de 1918, cuando Robert Walter, administrador del gobierno colonial, escribió al secretario de Estado de las colonias, Walter Hume Long, recomendando que las vacantes de oficiales médicos debían llenarse preferentemente con personas de ascendencia europea "pura" (Macpherson, 2009, p. 67) (Doc. 40).

Ante la poderosa influencia que alcanzaron las instituciones sanitarias estadounidenses al interior del territorio y la región, este movimiento debe entenderse como un intento por disputar nuevamente la hegemonía sobre el espacio beliceño, ahora mediante la intervención directa de los poderes imperiales en la reorganización de los asuntos relativos a la salud pública colonial. El problema para obtener médicos escaló a tal punto, que el proceso de designación de oficiales fue debatido mediante encuentros en Inglaterra y memorándums intercambiados por las autoridades coloniales e imperiales.

Desde la colonia, el entonces gobernador Eyre Hutson, apoyado de forma documental en el reporte del médico colonial Thomas Gann, indicó que los factores que obstaculizaban la llegada de médicos del Reino Unido eran las

condiciones de vida predominantes, su designación en estaciones sanitarias distantes “alejadas de todo tipo de vida social”, y la férrea examinación (profesional) a las que eran sujetos, incluso a pesar de los aumentos salariales y de la concesión otorgada para el ejercicio de la práctica privada en los distritos (Doc. 41).

Resultó evidente que, ante tales condiciones “adversas”, la posición del gobierno colonial se decantó por una aparente “flexibilización” en cuanto al proceso de selección de médicos procedentes de otras latitudes; esta postura estuvo opuesta a la pretendida reorganización de la esfera sanitaria por parte del poder imperial que apostaba por una mayor injerencia sobre los asuntos locales a través de la figura de los médicos, impuestos desde la metrópoli. Por consiguiente, en 1922 desde *Downing Street*, se limitó el poder del gobernador en este campo.

El Departamento de las Indias Occidentales y otros agentes asentados en Inglaterra determinaron que “en ningún caso el gobernador debería tomar acciones para asegurar oficiales médicos desde Estados Unidos sin buscar primero la aprobación del Secretario de Estado” (Doc. 42). Con ello, la presencia de médicos extranjeros se consideró un problema serio para la administración política colonial por parte del poder imperial; no obstante, las medidas adoptadas por Reino Unido parecieron no ser del todo eficientes.

En 1917 el doctor L. W. Hackett de la Comisión Internacional de Salud, visitó Honduras Británica; tras ello, elaboró un reporte sobre la anquilostomiasis que asolaba a la población de trabajadores y las villas indias, además recomendó la creación de campañas de tratamiento contra la enfermedad y la promulgación de reglamentos sanitarios (Hackett, 1917). Todavía en 1922, el oficial médico principal, James Cran, reportó al imperio la notable ayuda económica brindada por la Fundación Rockefeller para la erradicación del mosquito *Stegomyia fasciata* (Doc. 43).

La exhibición de fuerza mostrada por las autoridades británicas pareció sólo surtir efecto cuando el gobernador Hutson declaró que se abstendría “en el futuro de designar provisionalmente a cualquier extranjero excepto con su permiso (del Secretario de Estado) previamente solicitado y obtenido”, aunque no dejó de defender la designación de médicos estadounidenses como oficiales coloniales, como en el caso del doctor Winsor, destacando su valía para el servicio de salud de Honduras Británica, al estar asentado en el distrito de El Cayo que era “un lugar aislado y con condiciones de vida adversas” (Doc. 44).

Conclusiones

La estructura sanitaria colonial apareció como un espacio marcado por profundas contradicciones y tensiones. Estas tensiones se expresaron no sólo a nivel local, sino como parte del entramado de intereses político-económicos imperiales que

actuaron sobre la región y que fueron liderados en un primer momento por Reino Unido, y posteriormente por Estados Unidos.

La disputa por la hegemonía política sostenida entre estos agentes fue un proceso que marcó la aplicación de políticas de salud pública que configuraron el espacio beliceño, al menos desde finales del siglo XIX. El encumbramiento de la figura del médico-político como parte de la élite local, y que resultó ser clave en la defensa de los intereses de clase diseñados por la oligarquía comerciante-terratiente, emergió como un fenómeno que marcó de manera clara la organización de la salud pública a partir de finales del siglo XIX, y que se consolidó a inicios del XX.

Los fenómenos coyunturales de las epidemias que tuvieron lugar en 1886, 1890 y 1905, así como de las nuevas enfermedades infecto-contagiosas que asolaron el espacio colonial hacia la primera mitad del siglo XX, pusieron de manifiesto que las intenciones políticas y de clase de este conglomerado de sujetos, estuvieron ancladas en aquellas ideas o tendencias higienistas -y también racializadas- de la época, las cuales determinaron el tipo de intervención pública y de asistencia que desplegaron las autoridades sanitarias, muchas veces de forma desigual, sobre los distintos grupos poblacionales radicados en los distritos de Honduras Británica.

En este sentido, la esfera sanitaria colonial fue caracterizada por la constitución del oficial médico como un sujeto político, que fue capaz de desenvolverse y movilizarse entre grandes asuntos de tipo económico-comercial que resultaron primordiales de atención para el mantenimiento del orden público y sanitario en el territorio. Con ello, los médicos actuaron en 3 principales formas en la organización de la vida política-económica de Honduras Británica.

Primero, como fuertes agentes políticos, que reconfiguraron las relaciones de poder al interior de la colonia tras insertarse en la burocracia local; segundo, como agentes protectores de aquel circuito comercial del que dependió la colonia, a través de su alineación a las demandas sanitarias impuestas por Nueva Orleans y por otras instituciones norteamericanas que dominaron sobre las redes mercantiles de la región, las cuales estuvieron enfocadas al desarrollo del sistema de comercio frutero.

En tercer lugar, como agentes representantes de un sector de clase social que privilegió la persecución de sus propios intereses pecuniarios y políticos, a través de estrategias de negociación que sostuvieron con la administración imperial y colonial -en tanto actuaron como magistrados de distrito y se hicieron del cargo de oficiales médicos asistentes, así como su intervención y dirección de comisiones especiales como aquellas brigadas sanitarias del siglo XX- y que gradualmente se diluyeron con la intervención de las políticas y agentes sanitarios norteamericanos sobre el espacio local.

La intervención gradual de la hegemonía norteamericana en el ámbito de la salud pública, aparentemente permitió una mayor “flexibilidad” a los médicos locales, al “tomarlos en cuenta” en la dirección de la cuestión sanitaria que se pretendía reorganizar acorde a las necesidades políticas, económicas y comerciales dictadas ahora por Estados Unidos, siendo este un espacio donde los propios comerciantes-terratenientes locales tenían anclados sus intereses o negocios, y que fue un fenómeno que se reflejó también a través de la llegada de médicos estadounidenses al espacio colonial, el establecimiento de cordones sanitarios y cuarentenas, entre otros asuntos.

Los problemas para la conformación de las juntas sanitarias en Honduras Británica, así como las tareas de sus miembros y las formas en que transformaron el espacio público y las prácticas sanitarias de la población que tuvieron lugar a finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, formaron parte de un modelo político que expresó la tensión existente entre los poderes imperiales en la región atlántico-caribeña. Se puede establecer entonces que, la capacidad de acción de los oficiales médicos coloniales estuvo sujeta e interrelacionada con grandes procesos político-económicos que se produjeron en dicho espacio, mismos que condicionaron la naturaleza de las nuevas relaciones de poder que se constituyeron en la colonia a partir de la crisis política de la última década del siglo XIX. 

Referencias

- Doc. 1. Construcción propia a partir de información de The National Archives [en adelante TNA], CO-123-278, British Honduras, despatches, Jan-May, British Honduras, 62, Government House, April 6, 1914; CO-123-281, British Honduras, 1915, vol. 1, despatches, Jan-May, British Honduras, 88, Government, House, May 11, 1915; CO-123-285, British Honduras, 1916, vol. 2, despatches, Jun-Nov, British Honduras, 36868, Governor Collet, 137, July 18, 1916; CO-123-292, British Honduras, 1918, vol. 3, despatches, Aug-Dec, British Honduras, 20, October 17, 1918; CO-123-294; British Honduras, 1919, vol. 1, despatches, Jan-Aprl, British Honduras, 30, February 20, 1919; CO-123-297, British Honduras General Annual Report for the year 1918, Enclosed No. – of British Honduras despatch no. 218, November 6, 1919; CO-123-301, British Honduras, 1920, vol. 3, despatches, Jun-Jul, British Honduras, 176, July 13, 1920; British Online Archives [en adelante BOA] “Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850”, vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. “Legislation, Schedule of all laws which have been promulgated in the colony”; “Prisions”, “Hospitals”; British Newspaper Archive [en adelante BNA], “The Colonial Guardian”, vol. 5, num. 37, 11 septiembre 1886, “Sanitary Matters”; vol. 6, núm. 42, 15 octubre 1887, “Dr. Wunderlich’s report”; vol. 10, núm. 45, 07 noviembre 1891, “Gossip; by Uncle Josh”; vol. 11, núm. 30, 23 julio 1892, “Edition”; vol. 12, núm. 52, 30 diciembre 1893, “Edition”; vol. 14, núm. 33, 17 agosto 1895, “Edition”; vol. 16, núm. 39, 25 septiembre 1897, “The Colonial Surgeon’s Egotistical Effusions”. Se consideran sólo aquellas enfermedades que fueron catalogadas directamente por las autoridades sanitarias locales como “brotes epidémicos” -ya fueran de carácter severo o leve (ligero)-, no así las afecciones de carácter “prevalente” o “infeccioso”, como la diarrea, enteritis, disentería (excepto en 1931, año del huracán que afectó a la colonia), “fiebres”, tos, tétanos, reumatismo, sífilis, gonorrea, entre otras. Enfermedades como la malaria, influenza, tuberculosis y anquilostomiasis, pasaron a ser consideradas prevalentes en la primera mitad del siglo XX. (*) Indica su catalogación local como “casi epidemias”.
- Doc. 2. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 1, no. 1, 07 enero 1882, “Edition”.
- Doc. 3. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 14, no. 16, 20 abril 1895, “Representative government”.
- Doc. 4. Construcción propia a partir de información obtenida de BOA, “Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850”, vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. Hospitals, Lunatic asylum, Poor House, Hospital returns, (1885-1938). Para el año de 1898 se observa un pico invertido al no

existir datos disponibles; lo mismo ocurre para los datos de hombres y mujeres ingresadas al hospital en 1909, del cual sólo se dispone el número total que es de 591.

Doc. 5. Construcción propia a partir de información obtenida de BOA, “Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850”, vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. Population, Miscellaneous numerical returns, Population and Vital Statistics (1885-1938); TNA, CO-123-294, British Honduras, 1919, vol. 1, despatches, January-april, Medical report for the year 1917, 1918; CO-123-301, British Honduras, 1920, no. 176, July 13, 1920, Medical Report for the year 1919; Wellcome Collection [en adelante WLC). British Honduras Medical Report for the year 1925, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492836>; British Honduras Medical Report for the year 1927, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b3149285x>; British Honduras Medical Report for the year 1929, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492873>; British Honduras Medical Report for the year 1931, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492897>; British Honduras Medical Report for the year 1932, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492903>; British Honduras Medical Report for the year 1934, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492927>.

Doc. 6. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 3, no. 27 mayo 1884, “The Siccama Scheme”.

Doc. 7. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 1, no. 36, 09/09/1882, “Edition”; vol. 2, no. 29, 21/07/1883, “Edition”; vol. 2, no. 30, 28/07/1883, “Edition”; vol. 4, no. 34, 22/08/1885, “Edition”; vol. 6, no. 36 03/09/1887, “Edition”.

Doc. 8. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 3, no. 31, 02 agosto 1884, “Edition”.

Doc. 9. Obtenido de TNA, CO-123-285, British Honduras, 1916, vol. 2, despatches, Jun-Nov. British Honduras, No. 223, Government House, November 23, 1916.

Doc. 10. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 5, no. 29, 17 julio 1886, “The value of a Governor’s word”.

Doc. 11. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 5, no. 37, 11 septiembre 1886, “Sanitary matters”.

Doc. 12. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 10, no. 14, 04 abril 1891, “Edition”.

Doc. 13. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 48, 29 noviembre 1890, “Edition”.

- Doc. 14. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 27, 05 julio 1890, "Edition"; vol. 9, no. 28, 12 julio 1890, "Editorial and Local Notes"; vol. 9, no. 38, 20 septiembre 1890, "Edition".
- Doc. 15. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 10, no. 19, 09 mayo 1891, "The report of the outbreaks of Yellow Fever IV".
- Doc. 16. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9. No. 48, 29 noviembre 1890, "Edition".
- Doc. 17. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 2, no. 5, 03 febrero 1883, "Edition"; vol. 3, no. 31, 02 agosto 1884, "Edition".
- Doc. 18. BOA, "Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Councils and assemblies", "Civil Establishment", "Establishment" (1885-1889).
- Doc. 19. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 3, no. 16, 19 abril 1884, "Edition".
- Doc. 20. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 10, 08 marzo 1890, "Editorial and Local Notes".
- Doc. 21. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 10, no. 4, 24 enero 1891, "Public Meeting in the Colonial Club Hall".
- Doc. 22. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 30, 26 julio 1890, "Edition".
- Doc. 23. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 36, 06 septiembre 1890, "Sanitary Board".
- Doc. 24. BOA, Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Councils and assemblies", "Civil establishment", "Establishment" (1891).
- Doc. 25. BOA, Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Legislation. Schedule of all the laws which have been promulgated in the colony during the year" (1891)
- Doc. 26. BNA, "The Colonial Guardian", vol. 10, no. 2, 10/01/1891, "Editorial and Local Notes"; vol. 10, no. 21, 23/05/1891, "Correspondence"; vol. 10, no. 24, 13/06/1891, "Gossip, by uncle Josh".
- Doc. 27. BOA, Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Legislation. Schedule of all the laws which have been promulgated in the colony during the year" (1896-1897).

- Doc. 28. TNA, CO-348-11, British Honduras register, 1889, Governor Moloney, no. 13858, June 23, 1892.
- Doc. 29. TNA, CO-348-14, British Honduras register, 1908-1913, Governor Collet, no. 109, May 13, 1908.
- Doc. 30. BOA, "Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Legislation. Schedule of all the laws which have been promulgated during the year" (1894).
- Doc. 31. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 12, no. 39, 30 septiembre 1893, "Edition"
- Doc. 32. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 2, no. 8, 14 julio 1883, "Vessels in quarantine".
- Doc. 33. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 6, no. 32, 06 agosto 1887, "The Quarantine question in New Orleans".
- Doc. 34. BOA, "Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Councils", "List of officers" (1893-1904).
- Doc. 35. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 6, no. 39, 24 septiembre 1887, "Correspondence".
- Doc. 36. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 6, no. 34, 25 agosto 1888, "The quarantine conference".
- Doc. 37. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 11, no. 41, 08 octubre 1892, "Report of the meeting of the Board of Health"
- Doc. 38. TNA, CO-123-278, British Honduras, 1914, despatches Jan-May, British Honduras, no. 37, Government House, March 04, 1914.
- Doc. 39. TNA, CO-123-281, British Honduras, 1915, vol. 1, despatches Jan-May, British Honduras, 14426, Governor Collet, no. 44, March 12, 1915; no. 4, April 01, 1915.
- Doc. 40. TNA, CO-123-292, British Honduras, 1918, vol. 3, despatches Aug-Dec, British Honduras, 55446, O.A.G. Walter, Confidential, October 24, 1918.
- Doc. 41. TNA, CO-123-305, British Honduras, 1921, vol. 1, despatches Jan-May, British Honduras, no. 31. Government House, January 27, 1921.
- Doc. 42. TNA, CO-123-311, British Honduras, 1922, vol. 2, despatches April-June, British Honduras, Governor Hutson, Confidential, April 21, 1922, "Designation of Medical Officers".

Doc. 43. TNA, CO-123-311, British Honduras, 1922, vol. 2, despatches April-June, British Honduras, no. 90, Government House, April 13, 1922.

Doc. 44. TNA, CO-123-311, British Honduras, 1922, vol. 2, despatches April-June, British Honduras, Confidential, Government House, April 21, 1922.

Siglas

BOA

British Online Archives

Colección: Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1950.

Volumen: British Honduras, 1839-1938.

BNA

British Newspaper Archive

Colección “The Colonial Guardian”, 1882-1897

TNA

The National Archives

Fondo: Colonial Office (CO)

Bibliografía

ALDER BURDON, SIR JOHN (1935). *Archives of British Honduras. Volume III, from 1841 to 1884. Being extracts and precis taken by a committee from such records as exist in the Colony, with a map.* London, Sifton Praed & Co.

ARMUS, DIEGO (2002). “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”. En: Diego Armus, *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna.* (pp. 11-26). Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

ASHDOWN PETER DAVID (1979). *Race, class, and the Unofficial Majority in British Honduras, 1890-1949.* Thesis presented in partial fulfillment on the regulations for the degree of Doctor of Philosophy. University of Sussex. England

- BOYCE, SIR RUBERT W. (1906). *Report to the Government of British Honduras upon the outbreak of yellow fever in 1905, together with an account of the distribution of the Stegomyia fasciata in Belize, and the measures necessary to stamp out to prevent the recurrence of yellow fever*. London, Waterlow and Sons Limited.
- CARRILLO, ANA MARÍA (1998). “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”. *Asclepio*, vol. L, Núm. 2, pp. 149-168.
- CHAKRABARTI, PRATIK (2013). *Medicine and Empire: 1600-1900*. England, Palgrave-Macmillan.
- CURTIN, PHILIP D. (1998). *Disease and Empire. The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. United Kingdom, Cambridge University Press.
- DOMÍNGUEZ BARBOSA, HARRY JONATHAN (2020). “Historia colonial del sur de la ciudad de Belice. Espacios marginales y exclusión en el caribe centroamericano”. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Universidad de Costa Rica, Vol. 46, pp. 97-115. DOI: <https://doi.org/10.15517/AECA.V46I0.42285>.
- DUTT, RAJESHWARI (2020). *Empire on Edge. The British Struggle for Order in Belize during Yucatan's Caste War, 1847-1901*. United Kingdom, Cambridge University Press.
- ESPINOSA, MARIOLA (2006). “The threat from Havana. Southern Public Health. Yellow Fever and the U.S. Intervention in the Cuban struggle for Independence, 1878-1898”. *The Journal of Southern History*, vol. 72, núm. 3, pp. 541-568. <http://www.jstor.org/stable/27649148?origin=JSTOR-pdf>
- FOUCAULT, MICHEL (2006). “Historia de la medicalización”. En: Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*. (pp. 84-105). Buenos Aires: Caronte.
- GRAMSCI, ANTONIO (2001). *Cuadernos de la cárcel. Tomo IV, Cuadernos 10, 11 y 12*. México, Puebla, ERA-BUAP.
- HITCHEN, PETER (2005). *Indentured servants. Labour control in Belize, Jamaica, and the United States of America. The History Dissertation Prizewinner*. USA, Department of Humanities, University of Central Lancashire.
- HOFFMAN, ODILE (2019). “The end of the Empire Forestry? Issues of Land Possession in Belize, 1930s-1950s”. En: Odile Hoffman, Didier Guignard, Iris Seri-Hersch. *Spatial appropriations in Modern empires, 1829-1960. Beyond dispossession*. (pp. 1-31). England, Cambridge Scholars Publishing.

- HOFFMAN, ODILE (2019a). “La dominación agraria. Historias de pactos y rupturas en Belice en los siglos XIX y XX”. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XVII, núm. 2, julio-diciembre, pp. 32-47. <http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v17i2.67>
- JORI, GERARD (2013). “La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII”. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, núm. 432, pp. 1-62.
- MACPHERSON, ANNE (2003). “Colonial Matriarchs: Garveyism, Maternalism, and Belize’s Black Cross Nurses, 1920-1952”. *Gender & History*, vol. 15, núm. 3, pp. 507-527.
- MORRIS, SIR DANIEL (1883). *The Colony of British Honduras: its resources and prospects; with particular reference to its indigenous plants and economic productions*. London, Harrison and Sons.
- PENICHE MORENO, PAOLA (2016). *El cólera morbus en Yucatán: Medicina y salud pública, 1833-1853*. México, CIESAS, Miguel Ángel Porrúa.
- PORTER, DOROTHY (2005). *Health, Civilization, and the State. A History of public health from ancient to modern times*. United Kingdom, Routledge.
- ROBERTSON GIBBS, ARCHIBALD (1883). *British Honduras. An historical and descriptive account of the colony from its settlement, 1670. (Compiled from original and authentic sources)*. London, Sampson Low, Marston, Searle & Rivington.
- SHOMAN, ASSAD (2009). *Historia de Belice. El surgimiento de una nación centroamericana*. México, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe, Universidad Nacional Autónoma de México.
- TANNENBAUM, FRANK (1951). “México: la lucha por la paz y por el pan”. *Revista Problemas Agrícolas e Industriales de México*, octubre-diciembre, vol. 3, núm. 4, Editorial Talleres Gráficos de la Nación.
- TOUSSAINT, MÓNICA (comp.) (2014). *Belice, textos de su historia, 1670-1981*. México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- WAINWRIGHT, JOEL (2020). “The Colonial origins of the State in Southern Belize”. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, vol. 46, pp. 1-19, <https://doi.org/10.15517/AECA.V46I0.45072>

- WINTHER, PAUL C. (2003). *Anglo-european Science and the rhetoric of Empire. Malaria, opium, and British Rule in India, 1756-1895*. USA, Lexington Books.
- WOLF, ERIC R. (2005). *Europa y la Gente sin historia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- WRIGHT, DONALD R. (2018). *The world and a very small place in Africa: A history of globalization in Niimi, The Gambia*. USA, New York, Routledge.