

CAPITULO VI

PERIODO DE TRANSICION (1850 - 1904)

1. Enfermedad, Mortalidad y Régimen demográfico

Nos encontramos en nuestro relato a mediados del siglo XIX, período que hemos fijado como final del arcaico, en cuanto al desarrollo de la Medicina en el Istmo. Hemos hecho notar las consecuencias que en la mortalidad y el crecimiento demográfico produjeron la conquista española y la fusión de razas, causadas por estos acontecimientos. Después de tres centurias el Istmo de Panamá se separó de España y se unió a Colombia. Agreguemos unos años más, sin mayores cambios, hasta llegar a mitad del siglo XIX.

Para mediados de la centuria pasada la Medicina en Europa había avanzado notablemente, lo mismo que en los Estados Unidos. Se había descubierto nuevas vacunas y una nueva generación de médicos graduados llegan al país; se introducen y se enseñan nuevos hábitos de higiene y, después de 1881 se abren en Panamá los mejores hospitales de los trópicos americanos. Se presentaron no obstante, muchos problemas de salud por el intenso tránsito en el Istmo y las migraciones masivas causadas por los trabajos del ferrocarril y las excavaciones del canal francés, pero también hay que advertir que estos hechos fueron la causa de los primeros intentos de modernización de la Medicina en Panamá. Se trata, más o menos, de 82 años de unión a Colombia.

Durante este período se produjeron muchísimos trastornos políticos en el Istmo causados por las constantes luchas internas originadas en aquel país y por dificultad en las comunicaciones con el gobierno central; a esto habría que agregar las grandes fluctuaciones económicas causadas precisamente por la inestabilidad política. La natalidad, la mortalidad y la emigración son tres constantes básicas del desarrollo demográfico. Los efectos de la guerra civil colombiana en Panamá resultaron desastrosos, ya que afectó tanto desde el punto de vista de la mortalidad como de la migración, lo que dio por resultado un crecimiento lento en la población.

Dos acontecimientos de gran importancia suceden durante el período de transición que describimos y los cuales están íntimamente relacionados con la enfermedad, la mortalidad y el régimen demográfico: la construcción del ferrocarril transístmico y las excavaciones del canal francés.

Antes de entrar a analizar las relaciones entre estas dos magnas obras y las tres constantes antes dichas, es conveniente dar un vistazo general sobre las principales enfermedades que asolaban al país en esta época y no sólo en ella sino también en el período arcaico de la Medicina en Panamá. Muchas de ellas prevalecieron hasta los inicios del siglo XX, cuando los norteamericanos se hicieron responsables de la construcción del canal interoceánico.

Los investigadores de la morbilidad y mortalidad establecen una íntima relación entre éstas y el clima. Se puede afirmar que la variante estación-enfermedad es evidente. Hay algunas por ejemplo que causan mayor número de víctimas durante cierto tiempo como el paludismo, la disentería y la fiebre amarilla. A finales del siglo XIX prevalecían como enfermedades endémicas durante la época de las lluvias, la disentería y la diarrea. No nos referimos en este caso a la "disentería maligna" que atacaba con violencia durante un período determinado y luego desaparecía a manera de epidemia y de la cual nos ocupamos en el capítulo anterior. La afirmación antes dicha se confirma en las estadísticas llevadas a cabo en la ciudad de Panamá a finales del siglo XIX y las cuales confirman la relación de la disentería con la estación de las lluvias.

Nos permitimos insertar un cuadro estadístico de defunciones por mes, tomado de la obra: *La Población del Istmo de Panamá de Omar Jaén Suárez* quien a su vez lo preparó a partir de los datos oficiales de "Population and Deaths from Various Diseases in the City of Panama by months and years, from November, 1883, to August, 1906" de W.C. Gorgas. (56) El cuadro se refiere a las defunciones mensuales por las principales enfermedades en la ciudad de Panamá de 1884 a 1903.

Base 100-agosto

Defunciones por	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<i>Malaria</i>	75	45	57	50	55	84	91	100	90	90	84	81
<i>Fiebre Amarilla</i>	59	48	52	59	90	120	134	100	57	57	53	48
<i>Disentería</i>	79	59	62	64	83	117	109	100	73	70	59	73
<i>Tuberculosis</i>	88	76	78	73	83	100	88	100	101	89	90	89

Se nota un recrudecimiento de la tuberculosis en los meses de lluvias. La disentería, aumenta de mayo a agosto; no obstante ésta y la tuberculosis no tienen una relación tan íntima con las estaciones, como el paludismo hasta los inicios del siglo XX. Las condiciones ecológicas del Istmo son ideales, para la reproducción del mosquito anófeles, vector de la malaria, sobre todo a inicios de la estación seca, cuando las aguas no corren y se forman charcas y pantanos donde las larvas se reproducen. A esto podríamos agregar el desconocimiento total del origen de la enfermedad. Todavía por los años de 1850 cuando se inician los trabajos del ferrocarril se tenía como cierto que eran las miasmas o emanaciones las causantes de las fiebres palúdicas.

(56) Jaén Suárez, Omar: Op. Cit., p. 125

El descubrimiento de las minas de oro en California cambió un tanto la situación económica del Istmo aunque sólo fuera transitoriamente porque éste se convirtió en paso obligado para todos aquellos que viajaban del Este al Oeste de los Estados Unidos. Esta situación de tránsito influyó en la construcción del ferrocarril. Los trabajos de esta magna obra contribuyeron al crecimiento demográfico de las ciudades de Panamá y Colón, con la consiguiente disminución de la actividad agropecuaria en el interior del país.

La construcción del ferrocarril así como las excavaciones del canal francés causaron un gran incremento en la población del Istmo a razón de 2.50/o anual, ya que la población varió de 115,000 habitantes en 1835 a 220,000 en 1871.

La construcción del primero se inició en 1850 del lado del Atlántico y se terminó en 1855. La concesión la otorgó el gobierno de Nueva Granada, a William Henry Chauncey, John Lloyd Stephens y William Aspinwall el 28 de diciembre de 1848. En enero del año siguiente, el teniente coronel George W. Hughes inició una investigación muy detallada para determinar la línea exacta del ferrocarril. Hughes no creía en que tuviesen ninguna dificultad seria, pero muy pronto se dio cuenta que había subestimado la gran fuerza destructora de nuestro trópico: las imponentes florestas, los ríos, los intensos aguaceros, los pantanos y con ello los mosquitos. También se manifestaba muy ilusionado sobre la salubridad del Istmo. Así se expresaba al respecto:

“Sobre el problema de la salud, considero los informes adversos... sumamente exagerados; tales habitantes, como los que viven aquí, a la manera de los seres civilizados, gozan de buena salud como la gente del norte, y, del gran número de inmigrantes, que cruzaron durante la presente temporada, sólo unos pocos sufrieron de enfermedades locales”. (57)

(57) Mack, Gerstle: *La Tierra Dividida*. Editorial Universitaria, Panamá. 1978, Pág. 142.

Está claro que Hughes se expresó así por que no pasó aquí la larga temporada de lluvias torrenciales en la que reinaba la malaria, la fiebre amarilla y la disentería. La cifra de muertes en las cuadrillas de trabajadores tanto foráneos como nacionales durante los cinco años que duró la construcción del ferrocarril comprueban que estaba equivocado.

Una descripción dramática de las penalidades sufridas por el personal durante la construcción del ferrocarril nos la hace Gerstle Mack, en La Tierra Dividida: "En mayo de 1850 comenzó la limpieza del terreno para el terminal Atlántico del ferrocarril. El sitio de la futura ciudad de Colón tenía un aspecto desolado: era un pantano virgen... el aire tenía... un enjambre de moscas y mosquitos. Estos resultaron tan molestos para los obreros que a menos que sus caras estuvieran protegidas con velos de gaza no se podía hacer ningún trabajo ni aún al mediodía. La época lluviosa había entrado; torrentes de agua inundaban la isla y miriadas de mosquitos pululaban por la empapada maleza. Con el organismo debilitado por días y noches intranquilos, pronto más de la mitad de los hombres cayó en cama con malaria o disentería. Como la cuadrilla no tenía médico, los pacientes morían o se recuperaban sólo con la atención rudimentaria de sus inexpertos compañeros". (58)

Hemos insistido en la relación estrecha que existió entre el transistismo, la inmigración, la no adaptación de los inmigrados a las condiciones del trópico, la calidad sanitaria y la salud. Efectivamente, se reclutaron trabajadores en Nueva Granada, Jamaica, Inglaterra, Irlanda, Francia, Alemania, Austria, India y China; pero muchos de estos reclutados no se adaptaron a las condiciones ambientales de la región. De los mil chinos que se trajeron, muy pocos sobrevivieron a pesar de su arroz, té y opio. Se tornaron melancólicos y se suicidaron; además las enfermedades los diezmaron tanto que en unas cuantas semanas sólo quedaron aproximadamente doscientos.

(58) *Ibid.* págs. 143-144. Véase, sobre esa época, Figueroa Navarro, Alfredo, *Dominio y Sociedad en el Panamá colombiano (1821 - 1903)*, EUPAN, Panamá, 1982.

El efecto de las enfermedades era preocupante y dio lugar a rumores exagerados como aquellos que afirmaban que se enterraba a un hombre por cada durmiente del ferrocarril. Dicen los informes consultados que la compañía no llevaba estadísticas de la mortalidad de trabajadores negros. Esto dificulta el cálculo exacto de las defunciones. Sin embargo, nos habla de 293 bajas entre el personal blanco por diferentes causas, durante los cinco años que duró la construcción.

Obsérvese que se habla sólo de blancos. Leemos en Hombres y Ecología en Panamá que de los 7,000 trabajadores que tenía la compañía, a menudo víctimas de las enfermedades, murieron en total 2,400. Se comprobó con esto la diferente predisposición de los organismos humanos originarios de diversos continentes, a los complejos patógenos palúdicos. Nos percatamos en la misma investigación del doctor Jaén Suárez que Robert Tomes en 1855 determinó que la población nativa de cualquier raza, más arraigada, conocía una tasa de defunción de 20 por mil, y para los negros extranjeros la tasa era de 25 por mil; para los europeos de 33 por mil y para los chinos de 100 por mil.

Con los adelantos de la Medicina, sabemos hoy con claridad la causa exacta de las fiebres palúdicas y de la fiebre amarilla. En 1850, aún no se había comprobado que era el Anopheles el transmisor del Plasmodio causante de la malaria y el Aedes el transmisor de la fiebre amarilla. Mal pues podría combatirse esta enfermedad entre los trabajadores del ferrocarril; si al hacinamiento humano, la falta de medidas sanitarias, la pobreza de las viviendas y el tránsito constante por el Istmo, agregamos el total desconocimiento del papel que jugaban los mosquitos, podremos tener una idea del por qué de tanta mortalidad. Para comprobar esto veamos lo que escribió el doctor C.D. Griswold, médico cirujano norteamericano de la compañía del ferrocarril en 1850, en su libro: El Istmo de Panamá y lo que vi en él:

“Alrededor del 21 de junio aclara, es probable que no caiga una gota de agua en una semana. Este período lo llaman los naturales, “el veranito de San Juan”. En él la tierra se satura alternamente y

se seca lo que hace que prevalezca la fiebre. Pero es al empezar la estación seca cuando los ríos que se crecen por las fuertes lluvias vuelven a su nivel y las tierras bajas y pantanos que se habían inundado se secan, y así se inicia estrictamente la época de las enfermedades.”

“Por lo común prevalece la disentería y la diarrea durante la estación lluviosa... Nada es más favorable para el desarrollo de estas enfermedades que el simple cambio de temperatura... No se ha presentado el cólera ni se conoce la fiebre amarilla. Una severa forma de calentura o fiebre biliosa prevalece algunas veces en una considerable extensión y en ocasiones se dan malos casos de fiebre congestiva pero son el resultado de la exposición al clima o de la intemperancia.”

“Casi todos los que visitan el Istmo para permanecer en él largo tiempo estarán predispuestos a las fiebres por el Miasma (exalación mortífera de las materias animales o vegetales en estado de putrefacción). Observar medidas de prevención es mucho lo que puede hacerse para evitar el Miasma causa esencial de la fiebre. Para eliminar el miasma, lo deseable es dormir en un cuarto alto con un ventilador en el techo. Con adoptar estas simples medidas de prevención las causas principales de las fiebres de este clima pueden evitarse en gran medida”. (59)

Para terminar transcribimos, del mismo autor, sus apreciaciones sobre la fiebre del Chagres para que el lector tenga una idea de las concepciones médicas de la época con relación a las fiebres palúdicas.

“Es posible que todos hayan oído hablar de la “fiebre del Chagres”, la que se menciona con tal énfasis que sacude de terror a los temerosos en especial si se han expuesto a la atmósfera de ese lugar.

(59) Griswold, C. D.: El Istmo de Panamá y lo que ví en él. Editorial Universitaria, Panamá. 1974, págs. 74-76.

“Aunque el nombre no es clásico en su significado, tiene la ventaja de ser correcto en sentido general, porque no creo que haya otro lugar en el mundo donde las causas de las enfermedades se críen y desarrollen como en éste, de notoriedad tan poco envidiable”.

“La consecuencia es que una clase de calentura mala y fatal prevalece allí por épocas”.

“Enfáticamente es la fiebre del Chagres. Una de sus causas principales es el uso desmedido de bebidas INTOXICANTES”. (60)

Estas concepciones sobre las fiebres palúdicas que asolaron a los constructores del ferrocarril eran las que prevalecían durante los años de su construcción. Por mucho que los médicos hicieran para combatir las enfermedades resultaban inútiles sus esfuerzos toda vez que se desconocía totalmente la causa de ellas. Es por esto que no se puede culpar de negligencia la labor de los médicos de la compañía como más tarde a los médicos de la Compañía Francesa del Canal. Es más esta última hizo todo lo que pudo en su lucha contra las enfermedades durante los ocho años que estuvo al frente de las excavaciones del Canal. Trajo de Francia muchísimos médicos eminentes y es sabido que gastó millones en la construcción de magníficos hospitales y en equipos médicos.

Fue a finales del siglo XIX cuando empezó el control serio y efectivo de la malaria y de la fiebre amarilla después que Ronald Ross identificó al Anopheles como vector del paludismo y Walter Reed, basado en las experiencias de Carlos Finlay, identificó al Aedes Aegypti como agente transmisor de la fiebre amarilla.

Lesseps, al igual que Hughes, fue muy optimista con relación a la salubridad del paso istmico y para comprobarlo trajo a su esposa y a sus hijos, pero Lesseps no informó que tal visita se reali-

(60) Ibid. Pág. 79.

zó a inicios de la estación seca que es un poco más saludable. El primero de abril de 1881 informaba: “La salud de todos los empleados... no deja nada que desear”, (61) pero el desastre se inició el 25 de junio del mismo año con la muerte sucesiva de dos altos oficiales de la compañía; se negó sin embargo que hubiesen muerto de fiebre amarilla.

Un recuento de Gerstle Mack en, *La Tierra Dividida*, es muy revelador: “En noviembre del mismo año (1881), el ingeniero Gastón Blanchest sucumbió después de un fatigoso viaje de inspección al curso superior del Chagres. Dingler, Director General del trabajo sufrió no menos de cuatro duelos sucesivos. Regresó al Istmo en 1883 con su esposa e hijos después de una corta permanencia en París. En tres meses su hijo, su hija y el prometido de ésta, murieron de fiebre amarilla y en enero de 1885 su esposa murió de la misma enfermedad. León Boyer uno de los sucesores de Dingler murió de fiebre amarilla el primero de mayo de 1886, tres meses después de su llegada a Panamá”. (62)

No se puede negar que la mortalidad, entre el personal que laboraba en las excavaciones del canal francés fue alta, pero también hay que aceptar que se ha exagerado mucho al respecto. Nos permitimos exhibir dos cuadros estadísticos de la época.

El primero presenta los porcentajes por mil en una comparación según la “Compagnie Nouvelle” y según los datos del Coronel Gorgas. El segundo se refiere a la cantidad de muertes entre los empleados del canal francés.

(61) Mack, Gerstle: op. Cit., pág. 331.

(62) Ibid. pág. 332.

AÑOS	Número de Empleados (promedio)	Muertes por mil	
		De acuerdo con la Compagnie Nouvelle	De acuerdo con Gorgas
1881	928	66.8	59.2
1882	1910	66.0	65.4
1883	6287	66.6	67.2
1884	17.615	66.6	69.9
1885	15.215	55.2	71.3
1886	14.935	51.0	64.0
1887	16.217	62.1	63.7
1888	13.725	43.5	44.2
Promedio		59.7	63.1

Fuente: Mack, Gerstle: op. cit. pág. 333

La mortalidad en el resto del país no fue tan intensa como en la región donde se construía el canal. La disentería, la fiebre amarilla, la malaria, la tuberculosis y la neumonía aumentaron la tasa de mortalidad hacia finales del siglo XIX, sobre todo en los trabajadores no acostumbrados a nuestro clima. La neumonía y la tuberculosis fueron las causantes del 150/o de las muertes entre los trabajadores del Canal francés, aunque en algunos años alcanza hasta un 270/o. La disentería, la fiebre amarilla y en manera especial la malaria mataron un 470/o sobre todo entre la población extranjera. Nótese que el puntaje de defunciones entre los panameños de la capital en la misma época sólo alcanzó un 410/o y esto en el peor de los casos. El 200/o fue la tasa de muertes por malaria en la ciudad de Panamá durante la construcción del canal francés.

2. Hospitales en la Epoca del Canal Francés

En el mes de enero de 1881 llegó a Panamá el Doctor Companyo con todo su personal y en un año se construyeron dos hospitales: uno en Ancón y el otro en Colón, además de una serie de dispensarios y puestos de enfermería en lugares intermedios. Levantaron, además, un sanatorio u hospital para convalecientes en la isla de Taboga. Todas estas instituciones estaban bajo el cuidado de las hermanas de San Vicente de Paúl. El 17 de septiembre de 1882, el Obispo Telésforo Paúl de Panamá celebró una misa pontifical para dar gracias a Dios porque el Hospital CENTRAL DE PANAMA era una realidad. Entre el primer grupo de oficiales franceses que llegaron al Istmo en enero de 1881 se encontraba Edward Carcenac, miembro del "Real Colegio Médico" de Londres quien estuvo a cargo de la sanidad y el doctor Companyo, ya mencionado, que trabajó con De Lesseps, durante la construcción del Canal de Suez y Frederick Pidoux, miembro del Colegio de Medicina de París. Ellos decidieron que además del hospital de Ancón, debía construirse otro en Colón y eligieron un lugar adyacente al pequeño hospital que construyó años atrás la Compañía del Ferrocarril. El Hospital Central se levantó en un área de 80 acres en el sitio conocido como Huerta de Gallo. Hoy día se encuentra en el mismo sitio el Hospital Gorgas.

Mientras se terminaba el Hospital Principal u Hospital Central la compañía envió parte de sus enfermos al Hospital de Extranjeros, una pequeña institución financiada por un grupo conocido como "COMISION DE BENEFICIENCIA" y que era atendida por monjas católicas. Durante los primeros años de 1882 murieron en este hospital 77 oficiales cuyos gastos habían sido pagados por la Compañía del Canal y un número considerable de otros a los que la Compañía no les pagó nada. El lema de "para todas las naciones, razas, pueblos y lenguas" dio como resultado la fundación del Hospital original de Extranjeros que fue un hospital ístmico y ocupó diferentes sitios algunos años antes que empezara a construirse el Hospital Francés.

Tan pronto como se terminó el Hospital Central de Panamá co-

menzó a recibir pacientes tanto del Hospital de Extranjeros como de los dispensarios que estaban dispersos por todos los poblados a lo largo y ancho del Canal Francés. El primero fue el mejor construido en aquella época; tanto es así que años más tarde el Coronel W.C. Gorgas, jefe de sanidad de la Comisión del Canal Istmico lo describió como la mejor institución hospitalaria de América. El propio Doctor Wolfred Nelson que fue un crítico cáustico de la Compañía Francesa del Canal dijo que "Los hospitales del Canal en el lado de Panamá, son sin duda, los mejores y más perfectos sistemas de hospitales nunca hechos en el trópico". (63) Según los datos que poseemos, no se sabe con exactitud el número del personal que vino de Francia para atender el hospital pero en 1887 eran 14 que atendían también al Hospital de Extranjeros que había sido trasladado a la Huerta de Gallo cerca del Hospital Central. Hoy día las hermanas de San Vicente atienden al asilo Bolívar de la ciudad de Panamá y Colón.

Durante los nueve años que trabajaron los franceses en las excavaciones del canal, murieron más de 1,200 pacientes, muchos de ellos franceses, en el Hospital Central. Muy poco podían hacer en esta época los consagrados médicos y enfermeras en este espléndido hospital cuando nubes de mosquitos invadían las salas y hasta se reproducían en él ya que las patas de las camas estaban dentro de recipientes de agua para evitar el ascenso de las hormigas. Estas vasijas eran un lugar muy apropiado para la reproducción de los mosquitos. Agreguemos a esto que los jardines del Hospital eran protegidos con cangilones de agua para defender las plantas del ataque de las arrieras.

Al respecto escribió el Coronel Gorgas: "Si los franceses hubieran tratado de propagar la fiebre amarilla, no hubieran podido proveer mejores condiciones adaptadas para este propósito". (64) .

(63) Mack, Gerstle: op. Cit. pág. 335

(64) Loc. Cit.

Los relatos de aquellos días hacen una pequeña mención del hospital que la Compañía abrió en Colón en marzo de 1882. No hay ninguna razón para pensar que sus condiciones fueran diferentes a las del Hospital Central. Tenía 200 camas y fue construido sobre pilares en un arrecife de coral en la Bahía de Limón sin ninguna protección contra los insectos.

Para completar su sistema hospitalario, los franceses abrieron un hospital en Taboga en 1885 con 25 camas para enfermos convalecientes. El edificio fue originalmente un hotel en los días en que The Steam Navigation Company tenía en la isla un centro de reparaciones y los viajeros tomaban allí los barcos para dirigirse a California. Cuando los franceses fallaron en el intento de construir el canal, los hospitales cayeron en desuso. Hacia 1889, el Hospital de Colón se convirtió en un Hospicio de Caridad. El hospital de convalecientes fue usado muy poco y el Hospital Central permaneció abierto pero con pocos pacientes de manera que las Hermanas de la Caridad crearon en sus edificios un orfanato. En 1904 cuando el hospital pasó a manos americanas el único médico francés en ejercicio fue el doctor Jean Pierre La Croisade. Los otros ocupantes eran un centenar de enfermos crónicos de beriberi, algunos leprosos, los huérfanos y las Hermanas de la Caridad. Los edificios fueron dañándose poco a poco y la selva los fue rodeando lentamente.

3. El Hospital Santo Tomás, 1850 - 1904

Para los años de 1850, habíamos dicho que fueron clausurados los hospitales de San Juan de Dios y de Santo Tomás en la ciudad de Panamá debido más que todo a las persecuciones religiosas que privaron a dichas instituciones del personal necesario, ya que eran precisamente las que los atendían.

Los edificios del Hospital San Juan de Dios se vendieron en subasta pública mientras que el Hospital Santo Tomás fue reabierto algunos años después. Este fue reparado totalmente. En 1868 la Asamblea creó una junta para administrarlo y diez años después se

le dio en propiedad el edificio que pertenecía al gobierno. Como dato histórico es bueno saber que el padre de la educación panameña, Don Manuel José Hurtado, fue presidente de esta Junta hasta 1880. La Junta Directiva del Hospital Santo Tomás estuvo compuesta en 1878 por el presbítero Doctor Fermín Jované, el doctor Manuel Amador Guerrero, quien fuera más tarde el primer Presidente de la República, don Luis Ramón Alfaro, don Constantino Arosemena, don José García de Paredes y don Vicente Alfaro.

En The Panama Canal Review leemos que el Hospital de Extranjeros lo fundaron un grupo de personas que se hacían llamar "Comisión de Beneficiencia" y así lo hemos escrito en este capítulo mientras que don Juan Antonio Susto nos dice que dicho hospital fue instalado por las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl que llegaron al Istmo desterradas de México en 1875. En el libro de Armando Reclus Exploraciones a los Istmos de Panamá leemos que el Hospital de Extranjeros fue ubicado en el Monasterio de la Concepción, único que se encontraba en buen estado de los siete que existían. Las hermanas de la Caridad ocuparon este edificio hasta 1882 en que algunos pasaron al Hospital Santo Tomás en 1905. En 1893, Monseñor Francisco Javier Junguito quien fuera presidente de la Junta Directiva desde su llegada al Istmo en 1881, informó sobre el número de salas de dicho hospital:

<i>Sala de San Miguel</i>	<i>(Medicina)</i>	<i>25 camas</i>
<i>Sala de San Roque</i>	<i>(Cirugía)</i>	<i>20 camas</i>
<i>Sala de Santa Ana</i>	<i>(Mujeres)</i>	<i>16 camas</i>
<i>Sala de San Luis</i>	<i>(Presos)</i>	<i>14 camas</i>

En el año de 1884, nótese que estamos en el período francés del Canal, existían dos establecimientos públicos: el Hospital Santo Tomás y el Asilo Bolívar, dos instituciones privadas que eran el Hospital de Extranjeros y el Asilo de Malambo: todos ellos en la ciudad de Panamá.

Un hecho, si se quiere catastrófico vino a dar al traste en el progreso incipiente del Istmo; nos referimos a la guerra civil colombiana de 1899-1902 que llenó de sangre a Panamá. Como es lógico suponer el Hospital Santo Tomás fue convertido en Hospital de

Sangre y esta fue la causa del estado deplorable como lo recibió la nueva república en 1903. En 1900 y en plena guerra civil existían además dos hospitales de sangre: el de la Ambulancia y el Hospital del Cerro; recuérdese que este último había venido a menos con motivo del fracaso francés en la construcción del Canal.

Así como presentamos los nombres de eximios y consagrados médicos que dedicaron sus desvelos y sus vidas en la atención del Hospital Central de Panamá, en el Cerro Ancón, no podemos menos que cerrar este capítulo dando los nombres de algunos prominentes médicos de la época. Destaca entre todos nuestro primer Presidente el Doctor Manuel Amador Guerrero que durante 29 años, desde 1899, dedicó alma y vida al cuidado del Hospital Santo Tomás. También son dignos de mención, en estos primeros años del siglo XX, los doctores Manuel Coroaes, Julio Ycaza, J. Santos Aguilera, Emiliano Ponce Jaén, Augusto Samuel Boyd, Marcos Velásquez y J.J. Moreno Ponce.

Hemos llegado al final del siglo XIX. Un nuevo horizonte en el campo de la salud se abre en el Istmo. Las concesiones francesas de la Compañía del Canal pasan a manos norteamericanas. Se descubren los vectores de la fiebre amarilla y de la malaria así como su comportamiento. Panamá se separa de Colombia y un nuevo esfuerzo sanitario por la nueva Compañía del Canal, hace del paso transístmico una de las regiones más saludables del mundo. Estamos en la época republicana.

CAPITULO VII

EPOCA REPUBLICANA

1. Demografía Moderna, Medicina y Salud

El 3 de noviembre de 1903, Panamá se separa de Colombia y el 27 del mismo mes y año, los señores José Agustín Arango, Federico Boyd y Carlos Arosemena, quienes formaban la Junta de Gobierno, notificaron al presidente de la “Compagnie Nouvelle”, Marius Bo que la República de Panamá asumía la obligación que antes tenía Colombia con relación a las concesiones de los trabajos del Canal.

El 16 de abril de 1904, se firmaron las escrituras en la Legación de los Estados Unidos y el 23 del mismo mes, la Asamblea General de Accionistas de la “Compagnie Nouvelle” aprobó las resoluciones por medio de las cuales se ratificaba el acuerdo y se disolvía la Compañía. El 4 de mayo se entregó formalmente la propiedad del Canal a los representantes de los Estados Unidos. Dos días más tarde, en París, la Compañía suministró sus planos y archivos a Russel y a Day y el 7 de mayo, los Estados Unidos adquirieron la posesión material de las acciones del Ferrocarril de Panamá.

La construcción y operación del Canal trajo como consecuencia considerables transformaciones ecológicas lo mismo que grandes cambios económicos que se hicieron notorios durante el período

comprendido entre 1905 y 1914, para venir a menos al disminuir la intensidad de los trabajos. Antes de referirnos al incremento de la población en el paso transísmico creemos oportuno dar un vistazo general sobre la población de Panamá y su crecimiento a partir de nuestra separación de Colombia. Quizás el hecho más importante que se pueda derivar del estudio comparativo de los censos realizados en el Istmo, es el aumento de la población. Desde que nos iniciamos en la vida republicana se levantaron censos en 1911-1920-1930-1940-1950-1960-1970-1980. En los tres primeros se empadronaron no sólo a los residentes en el país, sino a todos aquellos que estaban en él a la fecha del censo como residentes y también a los que lo habían abandonado temporalmente. En los últimos sólo se empadronó a la población que residía en la República habitualmente. El siguiente cuadro ilustra claramente los aspectos de crecimiento poblacional en el país.

La población no se distribuye uniformemente en el área total de la República a pesar del crecimiento un tanto rápido. Los factores que determinan los movimientos migratorios internos son complejos.

“Uno de los problemas esenciales que se plantean cuando se trata de movimientos de población es aquel que se vincula a la partida desde el lugar de origen. Esta primera partida, que es en general más traumatizante parece tener implicaciones psicológicas, económicas y culturales más profundas que las que se desprenden de desplazamientos posteriores”. (65)

Más adelante leemos: “Diversos autores acostumbran a considerar, en los movimientos de población un proceso simple en el cual dos fuerzas opuestas y complementarias actúan para dirigir la inmigración: las de repulsión y atracción”. (66)

(65) Jaén Suárez, Omar: “Desarraigo y Migración de Poblaciones en Panamá”. Anales de Ciencias Humanas. Editorial Universitaria, Panamá 1971, Pág. 29.

(66) Ibidem, Págs. 46 y 48.

POBLACION DE LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIA: CENSOS DE 1911 a 1980

Año	Total	Bocas del Toro	Coelá	Colón	Chiriquí	Darién	Herre- ra	Los Santos	Panamá	Vera- guas
1911...	.336,742	22,732	35,011	32,092	63,364	8,992	23,007	30,075	61,855	59,614
1920...	.446,098	27,239	45,151	58,250	76,470	10,728	28,984	34,638	98,035	66,603
1930...	.467,459	15,851	48,244	57,161	76,918	13,391	31,030	41,218	114,103	69,543
1940...	.622,576	16,523	55,737	78,119	111,206	14,930	38,118	49,621	173,328	84,994
1950...	.805,285	22,392	73,103	90,144	138,136	14,660	50,095	61,422	248,335	106,998
1960...	1,075,541	32,600	93,156	105,416	188,350	19,715	61,672	70,554	372,393	131,685
1970...	1,428,082	43,531	118,003	134,286	236,154	22,685	72,549	72,380	576,645	151,849
1980...	1,830,175	53,579	140,320	166,439	287,801	26,497	81,866	70,200	830,278	173,105

Fuente: Censos Nacionales 1980. VIII de población, IV de vivienda; 11 de mayo de 1980, agosto de 1970 Pág.1

TASA DE CRECIMIENTO ANUAL (POR 100 HABITANTES)

Año	Total	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herre-ra	Los Santos	Panamá	Vera-guas
1911.....	3.17	2.03	2.86	6.85	2.11	1.98	2.60	1.58	5.25	1.24
1920.....	0.47	5.57	0.66	0.19	0.06	2.25	0.68	1.76	1.63	0.43
1930.....	2.76	0.39	1.38	3.01	3.56	1.04	1.97	1.78	4.05	1.92
1940.....	2.56	3.02	2.69	1.41	2.15	0.18	2.71	2.11	3.59	2.28
1950.....	2.94	3.83	2.45	1.58	3.15	3.01	2.10	1.40	4.14	2.10
1960.....	3.06	3.12	2.54	2.60	2.43	1.50	1.74	0.27	4.76	1.52
1970.....	2.51	2.10	1.75	2.17	2.00	1.56	1.22	0.31	3.71	1.32

Fuente: Censos Nacionales 1980. VIII de población, IV de vivienda; 11 de mayo de 1980, agosto de 1970 Pág.1

Con relación a la repulsión como causa de lo que el autor en referencia llama desarraigo nos dice lo siguiente:

“La intensidad del desarraigo es, en Panamá directamente proporcional a:

- 1. Densidad rural: población rural sobre superficie total.*
- 2. Ocupación rural: área ocupada en explotaciones rurales sobre superficie total.*
- 3. Minifundio territorial: frecuencia de explotaciones menores de 10 Ha.*
- 4. Latifundio territorial: frecuencia de explotaciones superiores a 500 Ha; e inversamente proporcional a la intensidad de la explotación agrícola definida en Panamá por:*

- a. densidad agrícola: tierra cultivada sobre superficie en explotación;*
- b. ocupación agrícola: tierra cultivada sobre superficie en explotación;*
- c. facilidades educativas: asistencia a la escuela primaria sobre población de edad escolar”.*⁽⁶⁷⁾

Con respecto a la atracción como causa de la movilidad geográfica de la población panameña dice, Omar Jaén Suárez ⁽⁶⁸⁾ que es una hipótesis muy difícil de verificar. Indudablemente que el área que más atracción ejerce es la metrópoli durante el período comprendido entre 1950 y 1960 la ciudad de Panamá recibió 53,140 inmigrantes, sobrevivientes en 1960, o sea, 40% de los registros en todo el país.

La mayoría de migraciones está constituida por campesinos que buscan nuevas tierras para sus labranzas y sus ganados entre otras causas; pero veamos lo que al respecto nos revela Omar Jaén Suárez en

(67) *Ibid.* pág. 46.

(68) *Ibid.* pág. 48.

Hombres y Ecología en Panamá: “A partir de principios de la década de 1940, con la reanimación de la actividad económica creada por la presencia de importantes contingentes de los ejércitos norteamericanos acantonados en la Zona del Canal de Panamá o de paso hacia los teatros de operaciones del Pacífico, estimados entre 50,000 y 90,000 hombres en todo tiempo, arranca el fenómeno moderno de las migraciones internas. La región metropolitana y principalmente la ciudad de Panamá que crece con tasas comprendidas entre 50/o y 60/o al año, el doble de las nacionales, se convierte en la principal zona de atracción”.

“Una parte de las nuevas poblaciones, en particular de campesinos originarios de las campiñas tradicionales situadas al Oeste del país, prefieren las tierras boscosas de la cuenca del Canal, localizadas en los estrechos valles fluviales, tapizados de aluviones y coluviones recientes, que drenan al lago Gatún, al norte de Capira, La Chorrera y Arraiján, las cuales tenían ya una incipiente red de caminos rurales conectada a la carretera Panamericana. Los 30,000 habitantes de la cuenca en 1950 se convirtieron en 65,000 en 1970, de los cuales 400/o eran emigrantes nacidos en el lugar de destino”. (69)

La población actual de la cuenca del Canal se calcula en unos 100,000 habitantes. El cuadro estadístico que presentamos a continuación nos da una idea bien clara y precisa del aumento progresivo de la población en la Cuenca del Chagres.

La población de la Cuenca del Chagres (incluyendo la del lago Miraflores⁽⁷⁰⁾):

(69) Jaén Suárez, Omar: *Hombres y Ecología en Panamá*, op. cit., Pág. 129.

(70) *Ibid.* pág. 137

1790 - 1980

AÑO	POBLACION	DENSIDAD
1790	1.500	0.5
1851	2.000	0.6
1896	20.000	6.0
1950	30.000	9.4
1970	65.000	20.0
1980	100.000	30.0

Por los que a los aspectos de salud se refiere tenemos que los adelantos de las ciencias y la tecnología en el campo de la Medicina han disminuído indudablemente la tasa de mortalidad en el Istmo. Muchas de las enfermedades contagiosas como la difteria, la tuberculosis, el paludismo y la viruela, que antaño eran causa de un alto índice de mortalidad han disminuído notablemente y hasta desaparecido y muchas se pueden considerar como inexistentes. En los análisis de mortalidad se utilizan las llamadas "tasas" que representan el número de muertos por mil habitantes en una región dada en ese tiempo determinado y no son absolutas ya que pueden verse afectadas por la estructura de la edad de la población por la confiabilidad de los registros de muertes y el grado de veracidad de las estimaciones que se emplean para hacer el cálculo. Uno de los factores importantes es la esperanza de vida que tiene la persona al nacer. En la actualidad se calcula en 70 años más o menos.

Siendo las ciudades de Panamá, David y Colón las más desarrolladas y las que cuentan con mayores recursos médicos, es lógico

que la esperanza de vida sea mayor; siguen luego las que se encuentran en el centro del país con excepción de Veraguas.

La mortalidad general de la República presenta niveles bastantes bajos mientras que las tasas de natalidad y de crecimiento tienen niveles altos. En las áreas rurales la tasa de mortalidad disminuyó en un 22.80/o y en las áreas urbanas en 13.90/o. En 1975 la tasa de mortalidad general en el área urbana era de 6.2 por mil habitantes y en el área rural era de 7.1 por mil.

Los esfuerzos tesoneros del Ministerio de Salud por mejorar las condiciones sanitarias de las áreas rurales han rendido sus frutos. Las mejoras en las viviendas, la construcción de acueductos para uso de agua potable, el cuidado en la manipulación de los alimentos y la batalla contra el analfabetismo, son las causas principales de la disminución de la mortalidad. El cuadro que presentamos a continuación nos reseña la tasa actual de mortalidad en el país.

2. Los esfuerzos sanitarios durante la construcción del Canal: William Gorgas

Hemos hablado extensamente sobre el estado sanitario del paso transístmico desde la época de la conquista hasta la época del Canal Francés; y también sobre la fiebre amarilla y la malaria. La situación de desaseo y de abandono era más notoria en las ciudades terminales de Panamá y Colón a fines del siglo XIX y primeros años del XX. Leamos una narración sobre la ciudad de Colón en 1886. "Colón... es una guarida inmunda... En comparación a esto, los ghettos de la Rusia Blanca, los barrios de Tolón, Génova, Nápoles y el viejo Estambul, merecerían premios por... limpieza... Unas cuantas casas pintadas en colores brillantes presentan una apariencia agradable; pero uno no debe acercarse mucho a ellas. Como no hay ni alcantarillas ni barrenderos... y los retretes son totalmente desconocidos, todo el desperdicio se lanza a los pantanos... o encima de basuras.

Los sapos chapotean en el excremento líquido... las ratas pla-

MORTALIDAD GENERAL EN LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIAS

1970 - 1979

PROVINCIA	AÑO									
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979 (P)
TOTAL	7.1	6.7	6.0	5.8	5.6	5.2	4.8	4.5	4.1	4.3
BOCAS DEL TORO	9.1	8.2	6.0	6.7	6.0	4.9	5.3	5.7	4.8	5.2
COCLE	8.0	6.9	6.2	6.6	5.1	5.4	4.4	4.7	3.6	4.0
COLON	8.0	8.1	7.4	7.1	6.8	6.3	6.6	6.7	5.5	6.8
CHIRIQUI	7.6	6.7	6.7	6.2	6.1	5.5	5.0	4.5	4.1	4.3
DARIEN	8.3	5.4	5.0	4.6	4.4	4.3	3.4	3.0	2.2	2.1
HERRERA	7.7	6.8	6.2	6.0	5.5	5.5	4.2	4.8	4.6	4.7
LOS SANTOS	6.6	6.3	5.5	5.8	5.7	5.5	4.2	4.5	4.7	4.8
PANAMA	5.8	5.7	5.0	4.9	4.6	4.5	4.4	4.1	3.7	3.8
VERAGUAS	9.2	8.8	7.1	7.4	8.0	6.6	5.0	4.7	4.8	5.2

Fuente:

Estadísticas de Salud - 1979- Ministerio de Salud Departamento de estadística y cómputos electrónicos. Tasa calculada por 1000 habitantes con base a la estimación de población del año respectivo.

gan la inmundicia sólida, y los reptiles, cazan sapos y ratas a la vez. Las nubes de mosquitos pululan dentro de las casas, usualmente desprovistas de ventanas de vidrio... La Compañía del Canal no tiene autoridad en Colón. La sanidad del pueblo está en las manos del Concejo Municipal que prefiere interesarse en otros asuntos” (71)

Esta era la situación unos 18 años antes de que el Coronel Williams Gorgas y su equipo sanitario entraran en acción. La ciudad de Panamá no aventajaba mucho a la de Colón en lo que a sanidad se refiere. Camacho Roldán se expresaba así: “No tiene agua potable, excepto las de las lluvias, carece de cloacas y desagües... Sólo existía un pequeño hospital sostenido por las contribuciones voluntarias de los extranjeros... el antiguo enlosado estaba casi destruído, lleno de hoyos y fangales en el invierno...”. (72)

“Las condiciones higiénicas del Istmo antes de la iniciación de los trabajos de apertura del Canal por los americanos eran desastrosas. Panamá causaba espanto. ¡Qué recuerdos tan trágicos y desconsoladores guardaban los franceses de su residencia entre nosotros! ¡Cuántas familias diezmadas en esa época por la fiebre amarilla! ... La costumbre de guardar las aguas de consumo en aljibes, cisternas, estanques y barriles destapados era propicia para el desarrollo de los mosquitos que estaban de plácemes con semejantes condiciones higiénicas...” (73)

Hemos querido presentar estos contrastes con la única intención de resaltar la maravillosa actuación médica del Coronel Gorgas.

(71) En Gerstle Mack, *Tierra Dividida*; cita del Bulletin du Canal interoceanique, No. 159 (abril, 1886) pp. 1456-1457.

(72) Meléndez, María J. de: “Trólogo” a C.D. Griswold: *El Istmo de Panamá y lo que vi en él*. Editorial Universitaria, 1974, pág. 27.

(73) Preciado, Alfonso: “La Higiene en Panamá”. *En Panamá en 1915*. pág. 98.

“Cuando Amador, médico de profesión y funcionario por accidente, llegó a Washington en noviembre de 1903, se enteró de la nueva que le dió Bunau-Varilla y se consoló con esta reflexión: “Por lo menos no habrá más fiebre amarilla en el Istmo”. Dos años después su predicción se hizo realidad. (74)

El 4 de mayo de 1904 tuvo lugar la entrega definitiva de las propiedades de la Compañía Francesa al Teniente Mark Brook, representante del gobierno norteamericano. El 17 del mismo mes se hizo cargo de la dirección general de los trabajos del canal, el Mayor General George W. Davis. Posteriormente fueron nombrados por su orden Jefe de Sanidad y Jefe de los Servicios de cuarentena en Panamá y Colón, los doctores L.W. Spartling, Claude C. Pierce y J. C. Pierce. Por último el 21 de junio el doctor William C. Gorgas ocupó el puesto de Jefe de Servicios de cuarentena y el doctor Louis La Garde, el de superintendente de los hospitales Ancón.

Gorgas se estableció en junio de 1904 en Ancón con su equipo médico.

Como se necesitara autorización oficial para iniciar la campaña sanitaria en el Istmo el doctor Amador Guerrero, entonces Presidente de la República, expidió el decreto no. 25, del 7 de julio de 1904 por el cual se confirió la autoridad requerida. Este decreto dio plenos poderes a la oficina de sanidad de la Comisión Istmica para tomar todas las medidas que estimase convenientes al saneamiento de Panamá, Colón y el área del canal.

La Comisión Istmica organizó inmediatamente después el Departamento de Sanidad, que fue dirigido en lo sucesivo por una junta compuesta de cuatro miembros: el Jefe de Sanidad, el Director de los hospitales, el Jefe de Sanidad Marítima y el Inspector Jefe de Sanidad del área del canal. El doctor Lewis Balch fue nombrado oficial de Sanidad de la ciudad de Panamá y el

(74) Cita de Philippe Bunau Varilla, “The Creation, destruction and resurrection”. En Gerstle Mack: La Tierra Dividida. Editorial Universitaria, 1978, pág. 379.

doctor A.M. Stark de la de Colón. Se llamó a señor José A. Le Prince para que desempeñara el cargo de Inspector, Jefe de Sanidad del área del canal y al cirujano L.W. Spartling se le encomendó el cargo de Superintendente del Hospital de Colón.

La comisión estimó necesario establecer hospitales para casos urgentes en Culebra, Gorgona y Bohío. Con el propósito de evitar la importación de enfermedades contagiosas provenientes del exterior el Poder Ejecutivo, por decreto del 30 de julio de 1904, transfirió a las autoridades ístmicas del Canal la dirección del importantísimo servicio de sanidad marítima. (75)

Para esta época (1904) ya se sabía que el mosquito *Anopheles* era el vector de la malaria y el *Aedes* lo era de la fiebre amarilla.

No nos toca hacer la relación de los grandes descubrimientos que en este aspecto realizaron Carlos Finlay, Walter Reed, Ronald Ross y otros eximios científicos como tampoco relatar aquí la historia científica de la malaria y de la fiebre amarilla en Panamá y en el mundo; extensos volúmenes se han escrito sobre este tema. Lo que si queremos expresar es que las deducciones de Finlay y los experimentos de Reed, prepararon el camino para la adopción posterior de métodos revolucionarios para dominar la fiebre amarilla.

Es bueno establecer una diferencia entre el "modus vivendi" del mosquito *Aedes* y del *Anopheles*. El primero gusta de las aguas limpias donde deposita sus huevos tales como jarras, floreros, botellas, latas, cangilones, tinajas dentro de las habitaciones y por eso se dice que es un mosquito doméstico; vuela distancias cortas y se alimenta generalmente de día, no así el *Anopheles*. Como el *Aedes* es un mosquito ciudadano, abunda sobre todo en las ciudades de Panamá y Colón más que en el resto del país donde primaba la malaria.

(75) Cfr. Preciado, Alfonso: op. cit. pág. 99

Las estadísticas del año inicial de trabajo norteamericano nos dicen que en los primeros once meses sólo hubo 66 casos de fiebre en la Zona incluyendo desde luego Panamá y Colón y de ellos sólo ocho muertes por fiebre amarilla.

“Gorgas dividió a Panamá y Colón en distritos; nombró una brigada contra los mosquitos con cada una bajo la dirección de sus oficiales de sanidad y organizó una inspección diaria por médicos locales a cada casa, quienes no sólo se esforzaron por describir todo caso de fiebre amarilla, sino emprendieron un minucioso trabajo de investigación para seguir los movimientos de cada paciente durante los días antes de la aparición de los primeros síntomas, hasta localizar la fuente de la infección”.

“Recordando que la fumigación contra los mosquitos fue un arma efectiva en Cuba, Gorgas aplicó los mismos procedimientos en Panamá, pero en una forma más abarcadora”.

“En un año su cuadrilla usó más de 120 toneladas de Pirethrum y 300 toneladas de azufre. El primero a pesar de ser menos potente, era preferido porque el azufre manchaba los materiales y corroía los metales de las casas, y la sacada de los enseres caseros antes de la fumigación, era propicia para permitir que se escaparan los mosquitos contaminados. Se registraron pocas quejas por daños y casi todas tenían su fundamento. Gorgas atribuía en gran parte el predominio de este espíritu cooperativo a la influencia personal del Presidente Amador”. (76)

En lo que a la ciudad de Panamá se refiere la sanidad americana exigió so pena de multa, a médicos, boticarios, maestros, sacerdotes, parteros, enfermeros, padres de familia, el denuncia obligatorio ante la autoridad respectiva de la existencia de cualquier enfermo atacado de cólera asiático, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, tifo, viruela, peste bubónica, difteria, crup membranoso, escarlatina,

(76) Informe del Isthmian Canal Commission, Annual Report, (1905). Pág. 30 y presentado por Gerstle Mack. op. cit. pág. 509.

sarampión, lepra, beri-beri, fiebre cerebro-espinal y parálisis infantil.

El doctor Preciado que vivió esos años de intensa labor sanitaria nos dice: "La sanidad americana declaró obligatorias la vacunación y aisló a los leprosos en la colonia especial de Palo Seco. Reglamentó el servicio de recolección de basuras, el servicio de los mataderos y el de mercados públicos. Decretó la inspección de lecherías, panaderías, barberías, caballerizas; hizo examinar diariamente la calidad de las carnes de consumo, la de otros artículos alimenticios y las de las bebidas alcohólicas, e indicó la forma como deben inhumarse y exhumarse los cadáveres". (77)

La cruzada contra la fiebre amarilla en el Istmo fue definitiva. Entre el 1o. de abril y el 31 de octubre de 1905, la epidemia atacó a 184 personas de las que murieron 57.

El último caso de fiebre amarilla en la ciudad de Panamá se registró un caso en Colón, pero el diagnóstico fue dudoso.

Desde entonces no se ha registrado un solo caso de fiebre amarilla en el área del canal ni en la ciudad de Panamá ni en Colón.

Gorgas tomó acción decisiva contra la malaria, enfermedad mucho más difícil de erradicar que la fiebre amarilla ya que su habitat es mucho más amplio; pantanos, charcas y la selva tropical. El Anopheles es más fuerte que el Aedes pero es sabido que no puede volar largas distancias lo que significa que el despeje de unas 200 yardas de maleza puede proteger las residencias. La labor de Gorgas en la erradicación de la malaria, fue una obra de gigantes. Para darnos cañal cuenta de ella basta decir que sus cuadrillas drenaron cerca de 100 millas cuadradas de pantano, construyeron casi 1000 millas de zanjas de concreto y 200 millas de trincheras llenas de roca. Colocaron casi 200 millas de tejas para sacar agua del subsuelo, cortaron cientos de acres de setos y hierbas altas; rociaron las charcas y las lagunas todos los meses con

(77) Preciado, Alfonso: Op. Cit., p. 99.

50,000 galones de aceite, criaban y luego depositaban miles de pececillos para que se comieran las larvas de los mosquitos y hacían criaderos de arañas hormigas y lagartijas para que se alimentaran con los mosquitos adultos. Se distribuía quinina en forma gratuita pero no obligatoria.

La guerra contra el mosquito Anopheles, declarada por Gorgas y sus cuadrillas de sanidad, redujeron grandemente la tasa de mortalidad. Según la información que tenemos a mano entre 1906-1907, murieron 211 empleados por malaria y al año siguiente sólo se registraron 111 casos fatales a pesar de que el número de obreros era mayor. En 1913, disminuyó la tasa a 76 por 1000, en 1927 a 11 por 1000 mientras que la rata de muertes por malaria bajó de 7.5 por cada 1000 en 1906 a 0.30 por 1000 en 1913. (78) La labor ingente de la sanidad norteamericana en el Istmo, fue continuada por las autoridades de salud panameñas hasta el punto que hoy podemos decir con orgullo que es uno de los pocos países donde la malaria se ha vencido. Rarísimos casos se presentan a veces y las epidemias que azotaron antaño al país han sido controladas aunque estemos expuestos a algunas esporádicamente dada nuestra condición de país de tránsito.

La obra grandiosa del doctor Gorgas llena muchos volúmenes; hemos presentado apenas un esbozo de ella. He aquí sus propias palabras: "Mirando atrás... 1905 y 1906 fueron años apacibles para el Departamento de Sanidad... En el otoño de 1907, se completó casi todo el trabajo de sanidad. Nuestra batalla se había ganado y desde ese día en adelante, nuestra atención se fijó en mantener lo alcanzado". (79)

Las campañas contra la malaria, fiebre amarilla silvestre, tuberculosis y tantas otras afecciones continúan contando con el

(78) Panama Canal Governor: Annual Report (1940-41) Pág. 72. Mack Gerstle: op. cit., pág. 512.

(79) William C. Gorgas: "Sanitation in Panama". En Gerstle Mack: Op. Cit. pág. 513.

apoyo de entidades internacionales. El nombre de Panamá se relaciona otra vez con “abundancia de peces” como en los tiempos de Balboa, Enciso y Pedrarias, ya no como sinónimo de muerte y enfermedad.

3. El Sistema de Salud Panameño: Las Instituciones de Salud Pública

En el artículo 103 de la Constitución de 1972 se lee: “Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de salud y la obligación de conservar la entidad ésta como el completo bienestar físico, mental y social”. Mientras que en el siguiente artículo dice textualmente: “Capacitar al individuo y a los grupos sociales mediante acciones educativas que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud, y los principios de higiene personal y salud del hogar”. Atendiendo al precepto constitucional el Ministerio encargado de la Salud en su Memoria de 1981, advierte: “Los adelantos alcanzados por los programas de salud de Panamá son el resultado, en gran medida, del trabajo consciente y responsable de la población y se ha definido su participación como un deber de cada uno de sus miembros para consigo mismo y su comunidad. Ese grado de compenetración es el producto de un largo y arduo trabajo de educación desarrollado por los funcionarios de salud, principalmente en las áreas remotas, en donde prevalece un alto grado de cooperación entre los comités de salud, los gobiernos locales y la comunidad en general”.

En la actualidad el sistema de salud panameño es integrado. Así lo ordena el artículo 107 de la Constitución: “Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégranse orgánica y funcionalmente...”

Veamos lo que nos dice el doctor Enrique García del Departamento de docencia del Ministerio de Salud, en su magnífico trabajo Sistema de Integración de Salud en Panamá: “La administra-

ción de los servicios de salud ha adoptado diferentes modalidades a través del tiempo de acuerdo con las estrategias puestas en ejecución para lograr una utilización óptima de los recursos”.

“En Panamá, un profundo y detenido análisis de la situación de salud realizado a inicios de la década de los 60 hizo destacar la existencia de problemas en la administración de los servicios de salud y que por consiguiente estaba afectando en forma significativa la salud de la población. Esto dio lugar a que se pusieran en práctica nuevas estrategias tendientes a superar la situación deficitaria descrita. Se originó así la integración de los Servicios Médicos del Ministerio de Salud, a través de la fusión en una sola unidad funcional de los servicios preventivos y curativos que venían brindándose aislada y separadamente en los hospitales y centros de salud”.

“Al mismo tiempo que esto ocurría en el Ministerio, en los años 60, el Seguro Social ampliaba los servicios médicos a la población asegurada y beneficiaria, tanto en la capital como en el resto del país”.

“Esto originó una nueva situación, un nuevo aspecto competitivo ahora entre dos agencias del estado que tenían entre sus objetivos un fin común: dar servicios de salud a la población. Estas agencias eran, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. La primera, con menos potencial económico y la responsabilidad de dar servicios de salud a la mayor parte, si no a toda la población del país y, la segunda, con mayor respaldo financiero y la responsabilidad de atender la salud de sólo un sector de la población: los asegurados y sus beneficiarios”.

“El panorama de la salud en Panamá, en forma resumida era similar al que se presentaba y se presenta en un buen número de países en Latinoamérica: escasez de recursos para resolver múltiples problemas que día a día aumentaban. Surgieron entre gobernantes, la comunidad, grupos técnicos y a nivel de organismos internacionales en el campo de la salud, por mejorar y racionalizar la situación. Se puso empeño en la necesidad de una coordinación efectiva y

dinámica entre las agencias del Sector Salud como lo podría ser el paso inmediato a seguir. Ello se indicó en el I Plan Decenal de Salud de las Américas, como estrategia para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. En 1969, el grupo técnico de estudio convocado por la O.E.A., la OPS/OMS y los países, para discutir “la coordinación de los servicios médicos en la Región de las Américas”, estableció algunas bases para la mayor efectividad del proceso, ratificando la coordinación como mecanismo que permitía avanzar en forma progresiva y ordenada hacia la meta ideal de la INTEGRACION de los servicios de salud”.

“En Panamá se han dado las condiciones que han favorecido una efectiva coordinación entre las dos agencias que dispensan servicios al Sector Salud, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, además de coordinarse con el I.D.A.A.N. y la Universidad de Panamá, y desde el año 1973 han entrado en la etapa de la Integración de sus servicios de salud, en cumplimiento del mandato de la Constitución”.

‘Resumiendo para seguir adelante, en Panamá se entiende concretamente por Integración, la unión armónica de los sistemas y recursos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. Se acepta por tanto que el objetivo final de la Integración, es el establecimiento de un Sistema Unico Nacional de Salud”.

“Esta organización requiere, desde luego, de la operación conjunta técnico-administrativa de todos los recursos del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social destinados a los servicios y programas de salud, bajo un comando único responsable y descentralizado en cada unidad geográfica definida, como también la participación continua y efectiva de toda la comunidad y la colaboración del sector privado y de los organismos internacionales de manera tal que la Política de Salud se lleve a cabo racionalmente, evitando duplicaciones y deficiente o exagerada utilización de los recursos locales disponibles y se asegure progresivamente la elevación del nivel de salud de toda la población”.

Ya que tratamos del sistema integrado de salud panameño nos parece oportuno insertar aquí los objetivos del sistema. Leemos en la página 15 del texto de docencia del Ministerio de Salud lo siguiente: “El Sistema Integrado de Salud tiende a: brindar al panameño la oportunidad de gozar de buena salud para que pueda participar en el desarrollo integral del país.

- 2. Aumentar la cobertura de salud a la mayor parte de la población.*
- 3. Utilizar eficientemente todos los recursos destinados al sector salud eliminando la duplicación de servicios.*
- 4. Cumplir con una sola política y programación de salud.*
- 5. Coordinar la planificación en salud con la planificación general del desarrollo de la nación.*
- 6. Participar activa y consecuentemente con la comunidad, en la solución de los problemas de salud.*
- 7. Lograr un financiamiento del sector salud socialmente justas para toda la población”.*

Con las propias palabras del Doctor Profesor Enrique García, del Ministerio de Salud, podemos concluir esta parte de nuestro estudio:

“El Sistema de Servicios integrados de salud ha estado operando, en la República de Panamá, desde 1973, en desarrollo de lo establecido por la constitución del país que ordenó poner en práctica dicho sistema, integrándose paulatinamente y en forma progresiva en ocho de las nueve provincias del país. La experiencia ha sido beneficiosa para la comunidad panameña, la que ha visto mejorada no sólo la cobertura de atención, sino que se le ha prestado interés a la calidad de la misma mediante una mejor utilización y distribución de los recursos financieros y humanos. Sin embargo, aun persiste la necesidad de reglamentación en ciertos aspectos legales administrativos y técnicos que obligarán en el futuro a prestarle atención al mejoramiento de los mismos. Esas acciones deben desarrollarse en base al aumento de la demanda y de las necesidades comunitarias”.

“Creemos que la integración a base del establecimiento de pro-

gramas integrales de salud en áreas preventivas y curativas a nivel comunitario y dada como un proceso escalonado a nivel local y nacional permite lograr el trabajo conjunto en beneficio de la población sin crear profundas divisiones y traumatismos a los equipos de salud antes con orientación diferente...”(80)

Dado que hemos dividido la Historia de la Medicina en Panamá en tres períodos bien definidos nos hemos visto precisados a ubicar la historia hospitalaria del país en iguales períodos. Transcribimos del Libro de Oro del Hospital Santo Tomás (1924-1974) la siguiente relación histórica del Hospital, correspondiente a la era republicana.

“Por Decreto número 71, de 17 de octubre de 1905, expedido por la Secretaría de Fomento, se aceptó la orden Ejecutiva del Gobierno de la Zona del Canal, fechada en Ancón a 23 de septiembre de 1905, en la cual se dispuso que el edificio del Hospital Santo Tomás fuese separado y ensanchado por el Gobierno de la Zona del Canal, en la siguiente forma: Un edificio principal, una sala de operaciones, habitaciones, departamento para las Hermanas de la Caridad, una sección adicional y la lavandería”.(81)

Fueron destinados \$20,000 para las reparaciones y \$35,000 para la construcción de esos nuevos edificios conforme lo mandaron las leyes 25 y 27 de 1904.

Pero la República de Panamá entregó la suma de \$85,000 al cajero de la Comisión del Canal Istmico, como reembolso parcial, por gastos hechos en el Hospital, se comprometió a restablecer y mantener el Asilo Bolívar y aceptó las mejoras y adiciones hechas al Hospital Santo Tomás, como fiel cumplimiento de lo estipulado en la sección 11 de la orden Ejecutiva, de 3 de diciembre de 1904, del Secretario de Guerra de los Estados Unidos de América.

(80) Gareña, Enrique: “Sistema de Integración de Salud en Panamá”. Informe Mimeografiado. pág. 121.

(81) Libro de Oro. Hospital Santo Tomás. Litho Impresora, Panamá. 1974, págs. 39-40.

Conforme a la disposición del Comité Ejecutivo de la Comisión del Canal Istmico, del 14 de junio de 1905, resultó un Convenio sobre el nombramiento de una Junta Directiva de 5 miembros y sobre el personal del Hospital de Santo Tomás. El primer Superintendente de ese Hospital, conforme al convenio ya citado debería ser un ciudadano norteamericano. Y para ello se nombró al Dr. Pedro de Obarrio, que aunque nacido en Panamá, tenía la nacionalidad exigida.

En mayo de 1906 rindió el doctor de Obarrio su primer informe, en el cual mencionó de manera especial los trabajos ejecutados por la Comisión Istmica del Canal, los que fueron comenzados en junio de 1905; el segundo Informe lo presentó en mayo de 1908 y trató sobre la marcha de esa institución en 1907 aparte de 1908, y el tercero y último en 1910.

La maternidad fue ordenada por la ley 24 de 1904, expedida por la Convención Nacional, ley que lleva la firma de nuestro progresista médico Dr. Luis de Roux, como Presidente de ella, a la que el Poder Ejecutivo dio pronto cumplimiento estableciéndola dentro del patio del mismo Hospital Santo Tomás y nombrando su primer jefe al Doctor Raúl A. Amador, panameño, hijo del Primer Presidente de la República.

Por el Decreto Ejecutivo 58, de 6 de diciembre de 1908 se desarrolló y reglamentó la ley 43 de 1906, y se abrió la Escuela de Obstetricia, en la dicha maternidad, cuyo primer Director lo fue el doctor Julio Icaza, panameño, en cuya memoria existe hoy una sala en el nuevo edificio del Hospital Santo Tomás. A su muerte el Gobierno Nacional le rindió honores por el Decreto número 60, del 6 de noviembre de 1909. En su lugar fue nombrado el doctor Ciro Luis Urriola (1863-1922), también panameño.

Al Superintendente Doctor Pedro de Obarrio, le siguió en 1911 el doctor B.W. Cadwell, a este el doctor W.B. Pierce y por último el mayor Edgar A. Bock, todos ciudadanos norteamericanos.

Con motivo de la supresión de los Hospitales de la Zona del

Canal y el de la ciudad de Colón, el aumento de pacientes en el Hospital Santo Tomás se hizo cada día mayor, a tal extremo que varias de las dependencias que constituían ese establecimiento no fueron suficientes para el objeto que fueron destinadas, y por ello el Secretario de Fomento y Obras Públicas, en la Memoria que en el año de 1916 presentó a la Asamblea Nacional de Panamá, pidió la construcción de un local de mayor capacidad y de acuerdo con los adelantos modernos, para albergar en él a todos los que reclamaban los auxilios de la ciencia.

Se resolvió construir el nuevo Hospital Santo Tomás en el “Hatillo”, en un punto elevado que da frente al Océano Pacífico. La colocación de la primera piedra tuvo lugar el 15 de noviembre de 1919, por el primer designado, Encargado del Poder Ejecutivo, Dr. Belisario Porras y la inauguración se verificó el 1o. de diciembre de 1924, por el mismo doctor Porras, siendo presidente titular de la República, y su Secretario de Estado en el despacho de Fomento y Obras Públicas, el Coronel Juan Antonio Jiménez. Este importante acto revistió los caracteres de una fiesta nacional.

El Poder Ejecutivo dictó los decretos números 44, 45, 46 del 1o. y 10 de noviembre y 1o. de diciembre de 1919, respectivamente, por medio de los cuales se ordenó la construcción y se creó una Junta de Vigilancia y Fiscalización de los trabajos de construcción del nuevo Hospital Santo Tomás, el deber de inspeccionar y vigilar todas las obras necesarias para dar cima aquel nuevo edificio destinado al alivio y curación de los enfermos de todas las clases sociales; de los que tienen recursos y de los que no lo tienen disponiendo que todos los gastos que tal obra ocasionaría fuesen cubiertos con el producto de la Lotería Nacional de Beneficiencia.

Posteriormente se consideró que el más alto cuerpo de la República autorizara esta disposición del Poder Ejecutivo y con este objeto se dictó la ley 6a. de 1920, del 28 de enero, confirmatoria de tal autorización.

En el período comprendido entre los meses de julio a agosto de 1924, se llevaron a cabo los preparativos necesarios para la instala-

ción del Hospital Santo Tomás en sus nuevos edificios.

Como consecuencias de dicha innovación se dieron varios cambios en el personal del establecimiento. Entre ellos, el de mayor importancia fue el Superintendente, que tuvo lugar el 14 de octubre de 1924, día en que se hizo cargo de la nueva institución el doctor Alfonso Preciado, panameño.

La suma gastada en la construcción del nuevo Hospital y sus anexos, desde el comienzo de la obra hasta el día 30 de junio de 1926, ascendió a la suma de B/.3,194,698,77.

El Santo Tomás es el principal hospital del país y uno de los centros de enseñanza médica más conspicuo; sirve como hospital universitario desde que se abrió la escuela de medicina en 1950 y como centro de observación para médicos panameños y extranjeros.

a. Los Hospitales de Panamá

Aunque el Hospital Panamá ya no existe, forma parte de la historia hospitalaria del país y cumplió a plenitud su misión durante el tiempo de su existencia. Los de la idea de construir un moderno hospital privado para uso público, como resultado de la demanda de atención médica que no podía satisfacer el Hospital Santo Tomás, fueron los señores Manuel Espinosa B. y Ricardo Arias, quienes en asocio de otros caballeros determinaron llevar a cabo la empresa. La nueva casa de salud con el nombre de Hospital Panamá, se puso bajo la dirección y asistencia de tres eminentes médicos norteamericanos que prestaban servicio al gobierno de los Estados Unidos en el Hospital Ancón: los doctores A.B. Herrick, William M. James y D. F. Reeder. Dado el prestigio del Hospital Panamá, se hizo necesario su ensanche y la formación de nuevos departamentos para el tratamiento especial de ciertas enfermedades y los médicos panameños colaboraron eficazmente con los científicos norteamericanos, en diferentes especialidades. (82)

(82) Castillero R., E.J.: Historia de Panamá. Editora Panamá América, 1959, Pág. 178.

En la actualidad, existen muchas instituciones de salud tanto públicas como privadas. En cada cabecera de provincia hay un hospital y prácticamente en cada distrito y corregimiento principales encontramos centros y subcentros de salud.

Por otro lado, la Caja de Seguro Social desde su fundación en 1941 ha cubierto prácticamente toda la nación con una adecuada red de clínicas y hospitales para la debida atención de los asegurados. Orgullo de todos los panameños es su Hospital General y Clínica Especializada que funciona en la ciudad de Panamá.

En 1950, por iniciativa del Club de Leones de Panamá, se construyó en los terrenos del Hospital Santo Tomás, el Hospital del Niño para la atención exclusiva de la infancia. Tres años después el gobierno nacional construyó en Chorrera el Hospital Nicolás A. Solano para la atención exclusiva de los tuberculosos. En Colón funciona el Hospital Amador Guerrero y en David el Hospital José Domingo de Obaldía. En la ciudad capital hay centros privados de salud entre los que sobresalen, la Clínica San Fernando, Centro Médico, la Clínica Paitilla de reciente creación. Actualmente se piensa construir el Hospital Americano en la ciudad de Panamá y el Hospital del Caribe en la ciudad de Colón.

4. La Investigación y Formación en el Campo de la Salud.

a. El Laboratorio Conmemorativo Gorgas

Dos monumentos, en la ciudad de Panamá, honran y recuerdan el nombre de William C. Gorgas: el Laboratorio Conmemorativo y el hospital ubicado en las faldas del Cerro Ancón.

Sobre el primero escribe Guillermo Sánchez: “En la Avenida Justo Arosemena, entre calles 35 y 36, se levanta un edificio de fachada poco llamativa, guarnecida por anchas y sólidas columnas. En la parte superior puede leerse la siguiente inscripción: GORGAS MEMORIAL LABORATORY (Laboratorio Conmemorativo Gorgas). Como dice un amigo mío, lo único que sabe la mayoría de los panameños es que el edificio alberga en su interior monos y perros que, de cuando en cuando, ofrecen al transeúnte un agudo

concierto de chillidos y ladridos. Sin embargo, es ésta una notable institución que ha llevado a cabo importantes investigaciones en el campo de la enfermedades tropicales, investigaciones que han modificado la vida (y la calidad de la vida) de todos los panameños y de los habitantes de otras regiones tropicales". (83)

Gorgas abandonó el país en 1913 para dirigirse a Africa del Sur y Rhodesia donde debía estudiar la neumonía y la malaria entre los mineros. En 1914 fue nombrado cirujano general del ejército norteamericano y en mayo de 1920 marchó a Londres donde falleció el 4 de julio del mismo año sin lograr realizar uno de sus últimos y nobles deseos: exterminar la fiebre amarilla en Guayaquil y según sus propias palabras, "regresar a Panamá, el jardín del mundo y pasar los años de mi jubilación escribiendo una elegía a la fiebre amarilla". (84)

Su muerte conmovió al mundo. Muchas organizaciones iniciaron campañas para levantarle un monumento. En el curso de un acto que la "Southern Society" organizó el 16 de enero de 1921 en honor del científico desaparecido, se recibió y leyó a los asistentes el siguiente cablegrama del presidente Belisario Porras: "Siempre guardaré felices recuerdos del Doctor Gorgas, y sentiré genuina veneración por las exquisitas realizaciones de este hombre enérgico, firme y bondadoso. En reconocimiento de noble personalidad y de un trabajo meritorio en el suelo istmeño, Panamá ha iniciado, bajo mi gobierno, la creación de un Instituto de Medicina Tropical que será llamado "Instituto Gorgas". Abrigamos la esperanza de que llevaremos este proyecto a su feliz culminación con la ayuda de los científicos y filántropos norteamericanos, que confiamos en obtener porque conocemos la veneración que sienten los norteamericanos por sus grandes hombres". (85)

(83) Sánchez, Guillermo: "El Laboratorio Commemorativo Gorgas: su historia y su labor". En Revista Lotería. Panamá, No. 222-223, (agosto-septiembre de 1975) p. 11.

(84) Ibid. p.15.

(85) Guillermo Sánchez: Artículo Citado.

De que el Doctor Belisario Porras fue el gestor de esta noble idea, no hay ninguna duda; así lo reconoció el Presidente de dicho Instituto, Contralmirante Calvin B. Galloway y el Director en ese entonces del Laboratorio, Doctor Martin D. Young.

El señor José E. Lefevre, Encargado de negocios en Washington, convocó por instrucciones del Doctor Porras, a una reunión de grandes autoridades en salud pública; se nombró una comisión provisional con el Dr. Porras como presidente y fundador, dirigida por el Contralmirante W.C. Braistead.

Como todas las grandes realizaciones el Instituto Gorgas tuvo sus dificultades antes de consolidarse. El 25 de octubre de 1921 obtuvo su personería jurídica en Delaware, y fue registrada en Panamá mediante escritura pública No. 1413. Fracasaron todos los esfuerzos realizados por el Dr. Franklin Martin, compañero de Gorgas, y presidente del comité por renuncia de Braistead, para conseguir que el órgano legislativo de los Estados Unidos aprobara una partida de 50,000 balboas para el mantenimiento del laboratorio. Martin recurrió al congresista Maurice H. Thatcher quien presentó una ley al 70 congreso de los Estados Unidos el 20 de diciembre de 1927.

El gobierno panameño compró en 1922 un terreno cerca del Hospital Santo Tomás para construir el edificio del Laboratorio. El 18 de febrero de 1923 se colocó la primera piedra en cuya ocasión llevó la palabra el presidente Porras. En 1926 el presidente Rodolfo Chiari prometió al Dr. Martin llevar adelante la promesa del Dr. Porras de contribuir al financiamiento del Laboratorio. El 17 de agosto de 1928, el presidente Chiari cedió al Laboratorio Gorgas el edificio donde funciona en la actualidad. Bajo la administración de Don Florencio Harmodio Arosemena, el edificio pasó a ser propiedad del Instituto Gorgas mediante escritura pública No. 360 del 9 de abril de 1931. (86)

(86) Ibid. pág. 20.

Su primer director fue el Doctor Clark quien recibió las llaves del edificio en enero de 1929, fecha en que el gobierno panameño hizo entrega oficial de las instalaciones.

El Laboratorio Conmemorativo Gorgas funciona en la actualidad, administrativa y técnicamente, bajo la dirección de un Presidente y un Comité Ejecutivo ad honorem. Adquirió la responsabilidad de la operación del llamado "Middle America Research Unit" (MARU) que tiene en su haber una brillante historia en el área de la virología.

La labor del Laboratorio Gorgas en el campo de la investigación biomédica ha sido y es profunda, a más de brillante. Colaboran en ella varios científicos panameños entre los que se destaca el doctor Pedro Galindo, único panameño que ha tenido el honor de haber sido su director y el que nos dice: "El Laboratorio Conmemorativo Gorgas no sólo constituye un reconocimiento a un ciudadano del mundo cuyo nombre es inmortal sino que representa lo que la nación más poderosa de la tierra y una de las más pequeñas del orbe pueden realizar cuando sus hombres, despojados de intereses materiales, unen esfuerzos de igual a igual para proyectar sus ideales en la ejecución de obras encaminadas a beneficiar a todos los pueblos. (87)

b. La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

"Que vengan los que nada saben construir a ver una utopía hecha realidad". Así se expresó el día de la inauguración de la entonces Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá, su fundador, doctor Octavio Méndez Pereira, en una magistral pieza oratoria. La Escuela de Medicina fue fundada en los inicios de la década de 1950.

En 1925, el Doctor Octavio Méndez Pereira, Secretario de Instrucción Pública en ese entonces propuso ante el Consejo Cientifi-

(87) Galindo, Pedro: "Prólogo" a Guillermo Sánchez: Artículo Citado.

co Panamericano, en Lima, Perú, el establecimiento en Panamá de la Universidad Bolivariana. Logró que se construyera un austero edificio en la Avenida Justo Arosemena para que allí funcionara la Escuela de Medicina de la Universidad. El edificio se permutó posteriormente por un terreno en Peña Prieta y se cedió al Laboratorio Conmemorativo Gorgas. Las dificultades económicas fueron muchas y la idea de la Universidad Bolivariana en Panamá no progresó.

En 1949 el doctor Méndez Pereira nombró una comisión para que planificara y formulara un plan integral con miras a la creación de una Escuela de Medicina en los terrenos del nuevo campus universitario de la Universidad de Panamá. La comisión trabajó con gran empeño, rindió su informe y fue acogido por la Rectoría después de hacerle las modificaciones pertinentes y adiciones de acuerdo con la realidad económica de la Universidad en ese momento histórico. (88) Así, después de varios lustros de vicisitudes, surge la nueva Escuela de Medicina, como bien lo expresó el doctor Méndez Pereira “de un brote de fe y optimismo y también de convicción patriótica en pro de la salud de la raza”.

Se inauguró el 18 de mayo de 1951 y las labores se iniciaron el 21 del mismo mes y año. Durante los tres primeros años, la Escuela de Medicina formó parte de la Facultad de Ciencias Médicas y fue su primer decano el doctor Alejandro Méndez Pereira. En septiembre de 1953 el Consejo General Universitario decidió crear la Facultad de Medicina con una única escuela. (89) Se establecieron la Facultad de Medicina y la Facultad de Ciencias Naturales y Farmacia. En ese mismo año se construyó un segundo edificio para los laboratorios de Fisiología, Parasitología y Bacteriología Clínica, Química, Medicina Fisiológica y Farmacología.

Han dirigido la Facultad de Medicina desde su fundación los

(88) En el Diario Crítica, sábado 20 de mayo de 1976, p. 19.

(89) Loc. Cit.

siguientes decanos: Alejandro Méndez Pereira, Jaime de la Guardia, Antonio González Revilla, Gustavo Méndez Pereira, Benjamín Boyd, Rodolfo V. Young, Ceferino Sánchez y en la actualidad Gaspar García de Paredes.

Abrimos este recuento histórico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá con frases lapidarias del discurso de su fundador el día de la inauguración y lo cerramos con el párrafo final del mismo: “Todos los que les tienen miedo a las ideas y la cultura, yo los desafío desde la acrópolis de esta ciudad universitaria donde nos hemos atrincherado con libros y laboratorios contra todas las fuerzas disociadoras desatadas en este puente de tránsito, que para los que los descubrieron en un momento de la historia, pudo ser tierra firme. Y en nombre de la cultura misma, con la autoridad que me da el haber luchado por ella con fe, esperanza y caridad-caridad para todos los que han hambre y sed de saber, declaro oficialmente inaugurada la Escuela de Medicina del Istmo de Panamá”. (90)

c. La Escuela de Enfermería

La Escuela de Enfermería fue creada mediante Decreto No. 61 del 14 de diciembre de 1908, por el entonces Presidente de la República, Don José Domingo de Obaldía.

La primera Directora y fundadora de la Escuela de Enfermeras del Hospital Santo Tomás fue la Srta. Louise Brakemier, alemana. Durante todo el tiempo que desempeñó la dirección demostró ser una mujer todo corazón, abnegada, culta, que hacía las veces de madre para cada estudiante. En el año de 1912, venciendo dificultades, se efectuó la primera graduación: 4 enfermeras “todas panameñas” obtuvieron su diploma profesional: Eloísa Tejada de

(90) Méndez Pereira, Octavio: “Discurso en la Inauguración de la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá”. En Rafael Peralta O. y Rubén D. Murgas: “Bodas de Plata de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá”. En el Diario Crítica, 29 de mayo de 1976, p. 17.

o primer ciclo fue elevado a seis, para graduados de bachiller en ciencias, letras y para maestras, ya que las necesidades existentes exigían una preparación básica más completa. En 1969 se clausuró la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás, graduando en ese año a 47 nuevas enfermeras.

Las generaciones de enfermeras (os) egresadas, de la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás, en su mayoría, han buscado su mejoramiento profesional haciendo estudios avanzados, tanto en el exterior como en nuestro país. El personal que laboró en la Escuela, siempre se esmeró por dar la mejor preparación que la profesión requiere; ante todo conocimientos científicos, que son la base para brindar excelentes cuidados.

Cabe mencionar que en los años 1951-1961 el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública prestó ayuda, tanto educativa, técnica como económica a la Escuela. De 1908 a 1969, la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás, alcanzó a graduar 1,227 enfermeras, y esta cosecha se logró más que nada, al esmero y tesón que pusieron sus directoras; ellas fueron: Louise Brakemier, Luisa Kurat, Genoveva Rusell, Sara E. Adams, Enriqueta Morales (primera panameña que ocupó esta posición), Teresa de Ramos, Hellen Howitt, Florencia García, Jessie Norelius, Mary S. Stheman, Elvia B. de Almendral, Martina Guerrero, Bertilda I.P. de Franco, Luzmila A. de Illueca, Elvira Ma. R. de Higuero, Rosa Elvira Pérez. (91) En 1969, la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás pasó a ser una escuela de la Facultad de Ciencias Naturales y Farmacia de la Universidad de Panamá.

5. El Estado actual de la Salud y la Sanidad en Panamá

La población panameña se caracteriza por su alto grado de dispersión geográfica y social. De acuerdo con el Censo de 1980, el

(91) Araújo, Mariana S. de: Libro de Oro del Hospital Santo Tomás 1924-1974, Págs. 115 - 118.

50% de la población total reside en áreas rurales. Esta es, sin embargo, una cifra que tiende a declinar. Se estima que para el decenio de 1981 la mayor parte de la población estará concentrada en áreas urbanas. En la actualidad ésta se concentra en el polo de desarrollo próximo a la zona de tránsito (Panamá y Colón). (92)

En 1980, la población del país era de 1,824,796 habitantes. La tasa de crecimiento natural, que alcanzaba el 3.0 % anual en 1970, ha descendido paulatinamente hasta llegar a 2.3% en 1980.

Los servicios de salud y los niveles de salud, hasta hace algunas décadas, eran relativamente bajos y la preocupación por mejorarlos ocupó relativa prioridad. Así, la tasa bruta de mortalidad descendió de 8% en 1960 a 4.1 % en 1980. No obstante, con la incorporación de la población a los programas de desarrollo y la necesidad de potencializar su capacidad productiva, los problemas de salud adquirieron una dinámica nueva y distinta.

Los servicios de salud son proporcionados en forma directa y se hace hincapié en la necesidad de producir salud. Es a la población organizada a la que le corresponde esta tarea básica. Se logra por medio de un trabajo estable y la elevación permanente de la productividad. La constitución panameña reconoce para todos los ciudadanos y también para los extranjeros en Panamá, ciertos derechos fundamentales. Ellos, sin embargo, no deben considerarse como privilegios ya que llevan consigo obligaciones paralelas.

El Estado panameño, a través de sus instituciones ha organizado una extensa red de servicios de salud para la totalidad de su población. Al mismo tiempo, ha reconocido el derecho de los trabajadores a tener una institución especial de Seguro Social. A partir de 1973, se inician las actividades de integración de los servicios de salud del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social en forma escalonada de la periferia al centro. A través de esta racionalización de todos los servicios, la población está recibiendo una mejor

(92) García, Enrique: "Sistema de Integración de Salud en Panamá". Ministerio de Salud, Panamá. (Informe Mimeografiado)

atención. Actualmente del total de las nueve provincias que forman la República, la integración está funcionando en ocho de ellas, con excepción de la Provincia de Panamá, en donde se hacen los preparativos para la implantación del proceso. En conclusión: cada provincia es una región de salud.

Las provincias, a su vez, se subdividen en áreas sanitarias o sectores. Las primeras cuentan con hospitales generales y los segundos con centros de salud que desarrollan los programas básicos según la estructura de programas del Ministerio de Salud. A su vez cada sector se define en base a su población y al tamaño de su territorio. También se dan servicios en subcentros de salud, puestos de salud y de unidades móviles acuáticas.

Cobra gran importancia en los planes de salud, la integración de las comunidades organizadas a los programas básicos de salud. El Gobierno Nacional realiza esfuerzos tendientes a fortalecer las organizaciones comunitarias y a crearlas donde no existe, con el fin de que pasen a formar la vanguardia en el proceso de cambios que vive el país. En la actualidad el equipo de salud trabaja con casi mil comités de Salud que se distribuyen por todo el territorio, en comunidades grandes y pequeñas. Cuenta además con el apoyo de los corregimientos que trabajan en juntas comunales y juntas locales.

Los beneficios del Seguro Social que en 1961 sólo llegaban a 80/o de la población nacional alcanzan, en 1980, al 51.20/o.

Pero registremos también los progresos considerables realizados en la situación sanitaria en las últimas décadas, gracias sobre todo a la acción del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.), creado hace veinte años.

En 1950, el 52 0/o de la población era servida con el agua potable, mientras que en 1980, el 84.60/o se encuentra en esa situación. El mejoramiento fue particularmente sensible en la población rural que de 18.80/o que tenía acceso al agua potable en 1961, encontramos 700/o en 1980. Por su parte, las viviendas con

servicio sanitario pasaron, en la República de Panamá, de 61°/o en 1950 a 88°/o en 1980, llegando en esta última fecha al 100°/o en el área urbana, que contiene a la mitad de la población del país.

En el mensaje sobre las actividades realizadas por el Ministerio de Salud, presentado por el Ministerio del ramo en su informe al Consejo de Legislación (1981), encontramos lo siguiente:

“La evolución de la vida del panameño durante la década recién pasada se caracterizó por la acumulación de cambios de distintos órdenes, tanto en lo económico como en lo social y en lo político. En ese tiempo los sistemas de participación del ciudadano se profundizaron y su presencia en el quehacer de la problemática gubernamental se hizo notoriamente importante”.

“El sector salud, cuyas modificaciones administrativas y técnicas ocurridas durante ese período le han permitido el desarrollo de nuevas políticas de asignación de recursos y como consecuencia, una ordenada expansión de sus servicios, se ha propuesto como meta para el año 2000, el año de la consolidación de la nación panameña, brindar a sus ciudadanos, no importa donde estén ni cuantos sean, los beneficios de una salud adecuada”.

“La agregación de nuevos segmentos de la población otrora marginados y ni siquiera pensados en los esquemas del desarrollo nacional, nos permitirá no sólo conocer la verdadera dimensión de los problemas de salud, sino implementar las acciones tendientes a su incorporación definitiva a la vida productiva, social y política del país.” 2,000.”

“Para responder a este reto, el Ministerio de Salud ha estado trabajando y compartiendo experiencias con las comunidades y ha logrado crearse una imagen positiva entre ellas que le garantiza el prestigio para las tareas del futuro. Visto desde esta perspectiva, el decenio de los 70 fueron los años de la preparación para el gran compromiso con las generaciones del 2000.”

“Las acciones desarrolladas para mejorar las condiciones del me-

dio en que el panameño vive y se agita han sido de preocupación permanente, debido a que sus efectos interactúan hasta lograr el equilibrio bio-ecológico adecuado para el desarrollo normal de la vida. Los esfuerzos mayores de nuestra institución han sido el de obtener el abastecimiento de agua potable suficiente para la población tarea compartida con el IDAAN y con el cual se ha trabajado coordinadamente. Hasta principios de 1981 el Ministerio de Salud había construido 802 Acueductos Rurales y 3361 pozos, en igual número de comunidades en todas las provincias y con las cuales se ha beneficiado el área rural. Las actividades dirigidas al suministro de atención a las personas han alcanzado niveles significativos, otorgándose durante el año de 1980, 2,363,446 consultas de enfermería, provocando un importante incremento de las coberturas de asistencia a los servicios públicos. El 78^o/o de las mujeres en estado de gestación son controladas por médicos y 10 enfermeras, ayudantes de salud, etc. y el 80^o/o de ellos reciben atención profesional al momento del alumbramiento, circunstancia que ha permitido un amplio registro de atención de los recién nacidos en nuestros hospitales y centros de salud”.

“El arraigo de los programas preventivos, entre ellos los de vacunación han modificado la estructura de la morbilidad y la mortalidad en Panamá y así en 1980 la fisonomía de la Salud Pública presenta el retroceso de las enfermedades transmisibles y en sus antiguas proposiciones prevalecen las enfermedades crónicas y degenerativas junto a los accidentes, suicidios y homicidios. En 1980 se colocaron 914,581 dosis de vacunas de todos los tipos protegiéndose al 501,426 personas mayoritariamente niños y madres, y con las cuales se mantendrán los niveles inmunológicos necesarios para impedir altas incidencias de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas”.

“Concientes de la gran responsabilidad que le corresponde al Ministerio de Salud en lo atinente al problema nutricional se han desarrollado actividades y programas destinados no a incursionar en el área de la producción de alimentos como uno de sus objetivos, sino en el entendimiento de que entre sus causas se han detectado malas prácticas y hábitos alimenticios y que con la educa-

ción y orientación adecuada pueden ser superadas. En ese orden de cosas el Ministerio de Salud tiene funcionando en la actualidad 130 huertos comunitarios, 50 proyectos agrícolas, 42 proyectos de cría de cerdos, 15 de crías de peces y 2 de cría de cabras, todos destinados al autoconsumo y en la cual se está beneficiando un importante número de familias”.

“Un amplio sector de la geografía panameña se encuentra libre de la malaria y sólo algunos casos, 304, en total fueron registrados durante 1980 en su mayoría en las áreas en donde se hace más difícil su erradicación: Darién, Bocas del Toro y San Blas. Para este mismo año de 1980 ninguna defunción fue reportada. La magnitud del trabajo realizado sólo puede valorarse si comparamos estas cifras con la situación imperante al inicio de la década de los 70 en donde se registraron 4,807 casos y 16 defunciones”.

“El gran compromiso para el año 2000 es el de salud en el lugar de su domicilio. En esa línea de acción se aspira a completar para esa fecha, una red de servicios básicos de salud en las áreas más apartadas y que respondan a un sistema de niveles de atención, que permita la detección y transferencia de los problemas hacia lugares con servicios más complejos. En la actualidad y para responder a estos objetivos, se han adiestrado a 348 ayudantes de salud y se han construído 194 puestos en igual número de comunidades. El trabajo del ayudante de salud se orienta hacia la realización de las funciones y actividades de los programas vigentes y éstas incluyen una atención integral a las personas y al medio ambiente a fin de lograr el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades”.

“La expansión de los servicios de salud hacia las zonas de muy difícil acceso proporcionará un mayor y mejor conocimiento de la realidad, entre otra en lo que se refiere a la Salud Pública y exigirá mayor capacidad de reacción ante la detección de los problemas. El desarrollo del sistema de vigilancia y control de las enfermedades deberá alcanzar prontamente a los servicios básicos de manera que se puedan aplicar las medidas oportunas a esos niveles. Es precisamente debido al buen funcionamiento de este sistema que las enfermedades transmisibles son rápidamente detectadas y oportu-

namente tratadas y se ha logrado eliminar algunas y reducir otras. Tal es el caso de la poliomelitis y la difteria de las cuales no se presentan casos desde hace años, pero sobre las cuales se mantienen todas las medidas preventivas y de control.”

“Como resultado de las acciones desarrolladas por los programas de atención y de Saneamiento del Medio Ambiente y sus efectos directos en el estado de salud de la población, la mortalidad ha ido disminuyendo significativamente desde 1970, alcanzando al final del decenio un valor de 4.1 defunciones por cada 1000 habitantes una cifra asombrosamente baja si la comparamos con otros países de la región. Igual fenómeno se observa en la mortalidad de los niños menores de un año que de 40.5 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados en 1970, descendió a 22.2 en 1980 representando una reducción del orden del 82% para la década. El impacto final de las acciones de salud que en consecuencia produjo la baja de la mortalidad en todos sus niveles, elevó la esperanza de vida del panameño con una ganancia de 5.2 años en la década, siendo hoy día de 70.2 años” (93)

(93) Memoria del Ministerio de Salud. 1o. de julio de 1980 - 30 de junio de 1981.