

**APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN EL DESARROLLO DEL
CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MUNDO Y LA PROFESIONALIZACIÓN DE
ENFERMERÍA EN COLOMBIA (1901 – 1952)**

**Elaborado por:
JORGE IVÁN LONDOÑO MANCHOLA
Código 535590**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO HISTORIA DE LA ENFERMERÍA
BOGOTÁ
AÑO, 2009**

**APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN EL DESARROLLO DEL
CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MUNDO Y LA PROFESIONALIZACIÓN DE
ENFERMERÍA EN COLOMBIA (1901 – 1952)**

**Elaborado por:
JORGE IVÁN LONDOÑO MANCHOLA
Código 535590**

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Enfermero

**Asesorado por:
Ana Luisa Velandia Mora
E. G., L. E., M. A., Ph. D.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
GRUPO HISTORIA DE LA ENFERMERÍA
BOGOTA
AÑO, 2009**

Nota de aceptación

Firma Coordinadora de Carrera

Firma Asesora

Firma Decana

Bogotá D.C. 25 de junio de 2009

El presente trabajo está dedicado a todas aquellas personas que me colaboraron y apoyaron de alguna u otra manera, con sus ideas y aportes, algunas veces oportunos y en otras ocasiones, un poco alejados de la finalidad de mi trabajo, igualmente a todas aquellas personas que por razones académicas y laborales tuve que alejar, para internarme en el proceso de búsqueda y análisis de Bibliografía.

Dedicado a mi hija Luisa Fernanda Londoño Garzón, quien es el motor más importante para continuar en mi proceso de formación, no solo como profesional, sino como padre, amigo, consejero, y sobre todo como ser humano.

A mis Abuelos que desde su hogar, siempre están enviándome la mejor energía para que todo me salga de la mejor manera posible, y quienes gracias a sus enseñanzas me perfilaron para ser quien soy hoy en día.

A mi Mamá, por dedicarse a ofrecerme los espacios para mi desarrollo personal.

A mis hermanos, por quererme y entregarme su apoyo en la tempestad y la calma.

A mi esposa, quien me brindó su tiempo y comprensión durante el tiempo que dediqué, en lograr alcanzar los resultado.

Finalmente esta dedicado a todas aquellas personas que se interesen y les pueda servir, a usted señor lector, que se ha tomado la delicadeza de leer, estas pequeñas líneas de inspiración.

Agradecimientos

A Dios, por brindarme la salud, energía, y capacidad tanto mental como física.

A mí amada Universidad, orgullo personal, la cual me brindó los espacios, herramientas, formación intelectual y personal, para el desarrollo de la temática.

Un reconocimiento específico al Grupo de Historia de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quienes con cortesía, y buena mesa, me compartieron sus conocimientos, experiencia y dinámica de trabajo, encaminada a la elaboración de este documento.

A mí querida directora de trabajo de grado, profesora Ana Luisa Velandia, quien con su gentileza, conocimientos, experiencia y sutileza, me mostró el camino y la forma como debía recorrerlo.

Al profesor Emilio Quevedo, quien muy gentilmente accedió a compartir sus conocimientos, en el desarrollo de mi trabajo.

Al Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, quien me brindó los espacios, para alcanzar los objetivos, aunque me encontraba laborando.

Por último a todas aquellas personas que hicieron posible el desarrollo y culminación de este documento.

La historia: <es un profeta con la mirada vuelta hacia atrás; por lo que fue, anuncia lo que será> (Eduardo Galeano, 1987).

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	
1. JUSTIFICACIÓN	10
2. OBJETIVOS	12
3. RESUMEN	13
4. APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MUNDO Y LA PROFESIONALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA (1901 – 1952)	15
4.1 INICIO DEL DESARROLLO DE SALUD PUBLICA APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER	15
5. GÉNESIS DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER (FR)	18
5.1 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN EUROPA	25
5.2 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN AMÉRICA LATINA	28
5.3 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN AMÉRICA DEL SUR.	32

5.4 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER Y EL APOYO EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA.	35
5.5 APOYO DE LA DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER CONTRA LAS ENFERMEDADES EPIDÉMICAS EN COLOMBIA.	44
6. APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN ENFERMERÍA	
6.1 EL CASO DE ESTADOS UNIDOS.	58
6.2 EL CASO DE BRASIL.	59
6.3 EL CASO DE VENEZUELA.	61
6.4 EL CASO DE COLOMBIA.	62
7. CONCLUSIONES.	69
BIBLIOGRAFÍA	71

INTRODUCCIÓN

He aquí un trabajo interesante, fruto de la labor y revisión de literatura disponible, que aporta a la adquisición de datos históricos, en el proceso de adopción del concepto de salud pública en el mundo, especialmente en nuestro país, al igual que en el proceso de profesionalización de enfermería, tomando como referencia aquellos aportes que una Fundación de carácter filantrópico como la Fundación Rockefeller aportó para tal fin, se toma como referencia de tiempo un periodo comprendido entre 1901, fecha en que se crea el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica, hasta 1952 fecha en el que el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), muy asociado a la FR, participa en los gastos de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras en la impermeabilización de techos y mantenimiento de los edificios, se ha de aclarar que para poder contextualizar el desarrollo de los aportes, se debe hacer referencia a espacios de tiempo anteriores y posteriores, al tiempo establecido.

Es así como en la primera parte se hace una descripción de la política mercantilista que se estaba manejando debido al aumento de la producción y de la población activa en miras a la expansión de mercados y la consolidación de ejércitos que permitieran adquirir la mayor afluencia monetaria posible y el más amplio control de territorios, y cómo países como Inglaterra, Francia, y en especial Estados Unidos, inician con lo que más adelante se llamaría intervención en salud pública, y la manera como el desarrollo de estos conceptos iniciaron cambios significativos en el campo de la salud en Colombia que marcaron el recorrido del tránsito definitivo desde la higiene hacia una emergente salud pública.

La segunda parte se dedica a narrar, de forma general los antecedentes previos a la creación de la Fundación Rockefeller y sus estrategias para implementar su filosofía filantrópica en Estados Unidos, y Europa tomando como referencia España, a través de un cambio en la manera de asegurar la salud de los trabajadores norteamericanos, a demás de la contribución en la reforma académica Médica de los Estados Unidos

propuesta por Flexner en 1910, y su influencia en países con los que se tenían intereses económicos de por medio.

En la tercera parte se da a conocer las actividades y aportes de la Fundación Rockefeller, en Latinoamérica, con la implementación de campañas para detectar, combatir, tratar y erradicar enfermedades como la Uncinariosis, Malaria, fiebre amarilla, contrastándola con los benéficos que la Fundación recibía por la implementación de dichas campañas tomando como referencia, países como México, El Salvador, Puerto Rico, Venezuela, Costa Rica, Nicaragua, Guatemala, Panamá, Brasil y por último Colombia, enfatizando en el apoyo de la Fundación para la profesionalización de la Salud en nuestro país.

Por último se dedica una parte a conocer y resaltar el apoyo y participación de la Fundación Rockefeller en el desarrollo de la profesión de enfermería, mostrándola como aliado económico y científico elemental, para ello. Se toma de referencia aportes realizados en Estados Unidos, Venezuela, Brasil, y Colombia, destacando los aportes suministrados en nuestro país.

JUSTIFICACIÓN.

La enfermería es una disciplina profesional que requiere de una sólida educación fundamentada en la investigación, la ciencia y las humanidades. Proporciona una perspectiva vital al dar un servicio único, esencial y aceptado por la sociedad¹. La tarea esencial de la investigación histórica consiste en analizar, explicar y describir los procesos y los acontecimientos históricos de una manera dinámica, relacionando el individuo con el grupo y las estructuras con las coyunturas en el tiempo y en el espacio, con el propósito de formular teorías explicativas de dichos procesos o sucesos².

Conocer los antecedentes históricos en el desarrollo de la profesionalización de enfermería en el país, nos permite tener una visión del como, por que y, los medios en los que se fue desarrollando, permitiéndonos comprender el posicionamiento profesional en la actualidad. Entre estos antecedentes históricos se debe destacar el papel que jugó la filosofía de Instituciones de carácter filantrópicas que desde el siglo XIX, comenzaban a surgir, implementando un modelo de ayuda y amor a la humanidad, tal es el caso de la Fundación Rockefeller, objeto de Investigación de este trabajo, la cual implementó estrategias de salubridad pública iniciando en Estados Unidos y posteriormente difundirlas por todo el mundo. Y que para poder implementar este modelo, apoyo económica, tecnológicamente, científicamente, y socialmente, el desarrollo y especialización de profesiones como la Medicina, la Enfermería, Farmacología, etc.

El interés creciente por adquirir conocimientos hace que la investigación sea una de las principales fuerzas de la enfermería, y los hallazgos y conocimientos que se generan a partir de estos estudios influyen indirectamente en la praxis de enfermería, aumentando el cuerpo de conocimientos, la finalidad de la investigación en enfermería es generar una

¹ **Durana**, S. Inés. Reabriendo la historia de la enfermería profesional. Un tributo a la academia Nacional de Medicina y a Pablo García Medina (1858 – 1935), En: Temas Médicos. Vol. XVI. Academia Nacional de Medicina. Bogotá, D.C., 2003, p 35.

² **Alted**, Vigil Alicia, **Sánchez**, Belén Juan A. Métodos y técnicas de investigación en historia moderna e historia contemporánea, Editorial Ramón Areces, 2005, p, 13.

base del conocimiento que sirva como guía a la práctica, es necesario realizar una gran cantidad de investigación para desarrollar un conocimiento que pueda ser sintetizado y transformado en evidencia para usarlo en la práctica³.

Existe gran información acerca de los aportes de la Fundación en nuestro país, pero desafortunadamente, y a causa de barreras territoriales, ya que estos archivos y documentos se encuentran en la Biblioteca de la Fundación ubicada en New York, llevando a revisar los estudios realizados por diversos autores como Emilio Quevedo, Juan Carlos Eslava, Christopher Abel, Héctor Pedraza, referente a la influencia y participación de la Fundación Rockefeller, todos ellos aportan datos que son de gran importancia, e información para poder comprender, la manera como se dio dicha intervención, en la implementación del Concepto de Salud Pública en el país, así como el desarrollo de la profesión de Enfermería, se hace necesario recopilar toda esta información, indispensable y de gran importancia para la identidad profesional.

El presente trabajo permite reunir información histórica relacionada con la Fundación Rockefeller y su participación global como Institución de carácter filantrópico, a demás sirve de argumento para el conocimiento del desarrollo de la profesión de enfermería, y como fue su proceso en la adquisición de su rol y compromiso social actual.

³ **Burns**, Nancy, **Grove**, Susan K. Investigación en Enfermería, Editorial Elsevier, España, 2004. p. 3.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objeto describir los aportes de la Fundación Rockefeller en el desarrollo del concepto de salud pública, en el mundo y, la profesionalización de enfermería en Colombia (1901 – 1952), a la luz de los acontecimientos histórico- social del país.

- Determinar los aspectos históricos más significativos, que giraron entorno a la participación de la Fundación Rockefeller en la implementación de un modelo salubrista mundial, y su influencia en la evolución y desarrollo de la profesión de enfermería.
- Identificar la bibliografía existente, que relacione el desarrollo de la Fundación Rockefeller, como institución filantrópica, que favoreció sus intereses económicos bajo el modelo de creación, verificación y control de la salud de la población afectada.
- Correlacionar la información encontrada de los distintos autores que han trabajado o mencionan la participación de la Fundación Rockefeller durante el periodo de tiempo estipulado para el desarrollo de este trabajo, de tal manera que pueda ser objeto de consulta referente al tema.
- Redactar un documento general en donde se moldee los hallazgos encontrados, para que sirva como referente y sustento teórico, en futuras investigaciones históricas ya sea de enfermería como de alguna otra profesión interesada en el tema.

RESUMEN

Las naciones desarrolladas en busca de fortalecer sus mercados han aportado al progreso de países en vía de desarrollo a través de políticas internacionales, tanto económicas como higienistas, estimulando las actividades científicas de países en vía de desarrollo. Al entrar el siglo XX se iniciaron cambios significativos en el campo de la salud en el mundo y en Colombia que marcaron el recorrido del tránsito definitivo desde la higiene hacia un nuevo modelo de salud pública. Tanto la consolidación de una economía cafetera, como el desarrollo industrial urbano y la apertura de vías férreas crearon nuevas formas de asentamiento y de movilización demográfica que implicaron el cruce de poblaciones, su hacinamiento, potenciando así la aparición de nuevas patologías tropicales.

La decisión de crear una escuela de salud pública fue el resultado de reuniones entre ejecutivos de la Fundación Rockefeller y líderes sanitarios estadounidenses entre 1913 y 1916, la Universidad Johns Hopkins, ganó el derecho para constituirse en la primera Escuela de Higiene y Salud Pública, pese a que sus recursos, eran inferiores a las otras Universidades. Es en este periodo donde la Fundación Rockefeller entra a jugar un papel importante como líder en la creación, ejecución, control y evaluación de campañas sanitarias; En 1901 se funda el Instituto Rockefeller de Investigaciones, el cual se encargaría de realizar investigaciones en el campo de las enfermedades “tropicales”, con el fin de sanear las tierras de explotación petrolera, tanto en Estados Unidos como en otros países americanos.

Abraham Flexner, miembro de la Comisión General de Educación (CGE), propone en su informe de 1910 una reforma médica en los Estados Unidos con el apoyo de la Comisión Sanitaria Rockefeller. La incursión definitiva de la filantropía Rockefelleriana en la salubridad pública se da en 1909, con la creación de la Comisión Sanitaria Rockefeller (Rockefeller Health Board), que en 1913 pasaría a llamarse Junta Internacional de Sanidad. con la aspiración de crear una institución que tuviese mayor impacto que el

Instituto, la Comisión General de Educación y la Comisión Sanitaria, se perfila, el proyecto de creación de la Fundación Rockefeller (FR), institución que asumiría la responsabilidad mundial del manejo de la fortuna Rockefeller destinada a la filantropía; Las relaciones entre la FR y la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), permiten que se desplieguen entre 1913 y 1916 campañas sanitarias por todo el mundo, La Fundación, por su parte, buscaba implantar el estilo científico y la dinámica de gestión norteamericanos a través, de la formación posgraduada de quienes, en sus países de origen, debían hacerse cargo de la dirección, la administración y, la docencia. La FR inició sus primeras acciones en América Central en Costa Rica, Nicaragua, Guatemala, Panamá, el Salvador, México, haciendo que tres enfermedades Latinoamericanas capten la atención de la Fundación la Anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria.

Los primeros salubristas en el país fueron formados en escuelas extranjeras bajo los parámetros de la naciente salud pública norteamericana e iniciados en las acciones sanitarias impulsadas por profesionales extranjeros y su labor se insertó en la dinámica sanitaria nacional muy al unísono con las campañas sanitarias emprendidas por la FR. Durante los años comprendidos entre 1920 y 1950, la comunidad internacional sintió una confianza cada vez mayor en Colombia, debido a que el Estado adquirió mayor competencia logrando importantes avances en la medicina "tropical" y aumentando considerablemente la cantidad de personal médico y paramédico calificado.

A finales de 1920 la FR apoyaba los proyectos de educación en enfermería, los cuales se vieron confinados, debido a la Depresión Mundial. La Escuela de Enfermeras Visitadoras se organizó a principios de 1930, con la cooperación del médico José María Montoya y de dos enfermeras visitadoras graduadas en los Estados Unidos, cuyos servicios contrató la Dirección por conducto de la FR. A fin de organizar científicamente el servicio de estadística.

4. APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER AL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MUNDO Y LA PROFESIONALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA (1901 – 1952)

En esta primera parte se hace un recorrido desde las políticas que se implementaron para manejar el aumento de la producción y de la población activa en miras a la expansión de mercados y la consolidación de ejércitos marcando el recorrido del tránsito definitivo desde la higiene hacia una emergente salud pública.

4.1 INICIO DEL DESARROLLO DE SALUD PÚBLICA APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER.

Es innegable que las relaciones de mercado han ejercido cambios considerables en las políticas gubernamentales de cada país; a través de la historia, las naciones en su proceso de industrialización y globalización han optado por una mutua cooperación de mercado y beneficios, La política mercantilista se sustentó en el aumento de la producción y de la población activa en miras a la expansión de mercados y la consolidación de ejércitos que permitieran adquirir la mayor afluencia monetaria posible y el más amplio control de territorios. Para ello el Estado le interesaba tener el mayor número posible de súbditos sanos y productivos y, más aún, le interesaba saber el número y el valor de la gente, especialmente de los grupos ocupacionales más productivos. Esto condujo, en Inglaterra, al esfuerzo por aplicar métodos estadísticos, para el análisis de las poblaciones por lo cual se hicieron grandes censos poblacionales mientras que en Francia dio origen a las estadísticas de natalidad y mortalidad⁴. Las naciones desarrolladas en busca de fortalecer sus mercados han aportado al progreso de países en vía de desarrollo a través

⁴ Estos trabajos brindaron un impulso inicial al desarrollo de la salud pública norteamericana, la cual, según varios autores, se constituyó en disciplina autónoma e independiente con características propias y particulares entre finales del Siglo XIX y comienzos del Siglo XX. El espíritu pragmático de la sociedad norteamericana llevó a proponer modelos de Salud Pública donde convergieron las pautas de organización sanitaria inglesa, la investigación de laboratorio de corte alemán y ciertos desarrollos de la medicina urbana francesa. **ESLAVA**, Juan Carlos. Buscando el Reconocimiento Profesional, La Salud Pública en Colombia en la Primera mitad del Siglo XX, Universidad Nacional de Colombia, año 2004. p. 24.

de políticas internacionales, tanto económicas como higienistas, estimulando las actividades científicas de países en vía de desarrollo⁵. Entre las políticas gubernamentales que implementaron los países desarrollados se encuentran la sanidad estatal en los Estados Unidos la cual nació bajo la impronta militar, surgió con la creación del servicio de hospitales de la Marina, en 1778, bajo la tutela del Departamento del Tesoro; dicho servicio estaba destinado inicialmente a dar cuidado médico y tratamiento a los marinos mercantes, pero en 1799 sus actividades se extendieron al personal de la Armada. Sumado a ello la expansión territorial de Estados Unidos en el área del Caribe y Oriente, requirió que el servicio de hospitales también expandiera sus actividades para incluir el establecimiento de sistemas cuarentenarios en Cuba, Puerto Rico y Filipinas, manteniendo oficiales médicos en los consulados de los puertos de donde partían los barcos con destino a los Estados Unidos⁶. En este sentido, el 2 de junio de 1879, el Congreso de los EE.UU., preocupado por la existencia casi permanente del peligro de la introducción por vía marítima a ese país de la fiebre amarilla, procedente del sur, y del cólera proveniente de Europa, aprobó una ley en la cual se definió que ningún barco con destino a otro país debía zarpar del puerto de origen sin que un funcionario consular del país de destino hubiese realizado una inspección a bordo del mismo y expedido el correspondiente certificado de sanidad⁷.

Al entrar el siglo XX se iniciaron cambios significativos en el campo de la salud en el mundo y en Colombia que marcaron el recorrido del tránsito definitivo desde la higiene hacia una nueva salud pública. Tanto la consolidación de una economía cafetera, como

⁵ **CARDONA** Álvaro, Historia, ciencia y salud-enfermedad, editorial Zeus Asesores, Bogotá, 1995, 292, p. 10.

⁶ **QUEVEDO** Emilio y Colaboradores, Café y gusanos, mosquitos y petróleo, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública, 2004, p. 43.

⁷ Este hecho que constituyó el primer intento de intervención norteamericana en la organización sanitaria de otros países del mundo; obviamente no era viable pues implicaba la aceptación de un acuerdo multilateral internacional, ante el fracaso, el Congreso de los Estados Unidos adoptó, el 14 de marzo de 1880, una resolución en la cual autorizaban al Presidente norteamericano a convocar la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington D.C. con la finalidad de organizar un sistema internacional de notificación en cuanto a la verdadera situación sanitaria de los puertos y plazas, con relación al cólera y la fiebre amarilla; los Estados Unidos pretendían que en esta quinta conferencia se incluyeran temas como la fiebre amarilla y la malaria, que eran los que tenían mayor significación para este país debido a que estaba iniciando sus relaciones comerciales con América Latina, en donde estas enfermedades eran prioritarias y ponían en peligro la salud de los norteamericano. Ibid., p. 44.

el desarrollo industrial urbano y la apertura de vías férreas crearon nuevas formas de asentamiento y de movilización demográfica que implicaron el cruce de poblaciones, su hacinamiento y su contacto con climas húmedos, cálidos que potenciaron la aparición de nuevas patologías tropicales, no comunes en los años anteriores, exacerbando las ya existentes. Igualmente, estos procesos comenzaron a aumentar el flujo de trabajadores del campo a la ciudad, congestionando el espacio urbano e incrementando el surgimiento de nuevas enfermedades urbanas⁸. Esto llevó a que la intervención norteamericana en salud en América Latina se fuera dando paulatinamente y en momentos diferentes durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX. Dicha intervención se dio de una manera directa por acción del gobierno federal, a través de los Departamentos de Estado, de Guerra, Armada y Tesoro, e indirectamente a través del control de la Oficina Sanitaria Internacional (posteriormente OPS), y las empresas privadas como el Departamento Médico de la United Fruit Company, y la Fundación Rockefeller⁹. La decisión de crear una escuela de salud pública fue el resultado de una serie de reuniones entre ejecutivos de la FR e importantes líderes sanitarios estadounidenses entre 1913 y 1916, a la luz de la experiencia adquirida en las campañas sanitarias desplegadas en los estados sureños, donde se evidenció la falta de personal preparado para agenciar las labores propias de saneamiento y la organización sanitaria., los contornos de la salud pública fueron alineados por un pequeño grupo de hombres protagonistas de su época, Wickliffe Rosse, Director General de la International Health Board de la Fundación Rockefeller, Abraham Flexner, Secretario de la General Education Board y William Henry Welch profesor de patología de la Johns Hopkins Medical School, junto con instituciones universitarias como la Universidad de Harvard, la Universidad de Columbia y la Universidad Johns Hopkins, esta última ganó el derecho para constituirse en la primera Escuela de Higiene y Salud Pública, pese a que sus recursos, en ciertos aspectos, eran inferiores a las otras Universidades¹⁰. Este es el inicio del desarrollo de la salud pública

⁸ Ibid., p. 171.

⁹ Ibid., p. 45.

¹⁰ El informe presentado por William H. Welch y Wickliffe Rose a la FR el día 12 de enero de 1916, se menciona en orden de importancia, las materias para la capacitación profesional que se exigirían al trabajador de salud pública. Después que la escuela de Salud Pública inició labores, sus egresados empezaron a nutrir

en Norteamérica la cual se convierte en una disciplina autónoma e independiente, a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX; proceso importante para su profesionalización, y seguidamente, en el resto de países de occidente; es en este periodo donde la Fundación Rockefeller entra a jugar un papel importante como líder en la creación, ejecución, control y evaluación de campañas sanitarias; paralelamente a su actividad económica y empresarial. Diseña una estrategia filantrópica que incluía la higiene y salud, operando en Estados Unidos, y expandiéndose a países claves para su desarrollo económico, bajo la etiqueta de extensión de la “civilización”¹¹. En 1901 se funda el Instituto Rockefeller de Investigaciones, el cual se encargaría de realizar investigaciones en el campo de las enfermedades “tropicales”, con el fin de sanear las tierras de explotación petrolera, tanto en Estados Unidos como en otros países americanos. En el año de 1902 se funda la Oficina Sanitaria Internacional (OSI) la cual se expandiría a nivel mundial y sería el primer antecedente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹².

5. GÉNESIS DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER (FR)

En esta segunda parte se narra, de forma general los antecedentes previos a la creación de la Fundación Rockefeller y sus estrategias para implementar su filosofía filantrópica en Estados Unidos, y Europa tomando como referencia España, a través de un cambio en la manera de asegurar la salud de los trabajadores norteamericanos, a demás de la contribución en la reforma académica Médica de los Estados Unidos propuesta por Flexner en 1910, y su influencia en países con los que tenían intereses económicos de por medio.

las campañas sanitarias adelantadas por el Gobierno Federal y por fundaciones Privadas como la FR tanto dentro del territorio norteamericano como fuera de él. **ESLAVA**. Op. Cit., p. 24-25.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano cien años de historia 1902 - 2002, Bogotá, Octubre de 2002. p. 24.

¹² Ibid., p. 20, 34.

Los años que siguieron a la guerra Civil norteamericana (1865 – 1914), fueron testigos de una de las mayores Expansiones industriales de todos los tiempos, donde Estados Unidos pasa de tener un nivel de industrialización y producción más bajo que el de Canadá o el de Rusia, a poseer un nivel de producción que excedía el de cualquier otro país, convirtiéndose en la primera potencia industrial del planeta. Estados Unidos necesitó de la explotación de los recursos naturales y materias primas propias y de otros países especialmente de las fuentes de petróleo., así como de la apertura de amplios mercados internacionales. Este hecho dio pauta para que surgieran múltiples empresarios interesados en el negocio de este líquido negro que empezaba a configurarse como posible fuente de riqueza. John D. Rockefeller (1839 – 1937) fue uno de estos empresarios. Comenzó transportando y comercializando pequeñas cantidades de petróleo embotellado, y con el tiempo, logró crear la mayor compañía petrolífera de la época en el mundo, la Standard Oil Company, dominando no sólo la comercialización del petróleo sino también las compañías ferrocarrileras y transportadoras terrestres encargadas de la distribución del crudo, La Standard Oil Company se convirtió en la organización económica industrial más poderosa de los Estados Unidos y en el paradigma más obvio del creciente poder norteamericano en el extranjero. En 1877, la Standard no tenía rivales en casi ninguno de los estados de Norteamérica, y ejercía, su dictadura sobre el 95% del mercado del petróleo mundial. Sin embargo, los métodos competitivos que Rockefeller había utilizado para desplazar del mercado a sus competidores y asegurar la consolidación de la Standard Oil, le habían hecho acreedor a la mala fama de “barón ladrón”¹³.

La enorme cantidad de dinero que manejaban estos monopolios representaba para el Estado norteamericano un monto proporcional de impuestos, hecho que se constituía en un gran problema para las empresas privadas. Para resolver el problema planteado por la necesidad de buscar nuevas fuentes extranjeras de petróleo y con el fin de disminuir el

¹³ En 1919 el Departamento de Estado Norteamericano declara que era de importancia vital asegurar abastecimientos suficientes de petróleo para las necesidades de los Estados Unidos, recomiendan prestar toda ayuda legítima a los ciudadanos o a los intereses de los Estados Unidos que buscaban concesiones o derechos sobre el petróleo. Así mismo en 1929, la Junta Federal de Reservas Petrolíferas norteamericanas consideraba conveniente que los Estados Unidos adquirieran yacimientos petrolíferos en diversas partes del mundo, especialmente en América Latina. **QUEVEDO**, Op. Cit., p. 172, 173.

monto de impuestos exigidos por el Gobierno norteamericano ante la evidencia de las jugosas ganancias del negocio, John D. Rockefeller creó pequeñas empresas de explotación de productos renovables y no renovables en América Latina, África y Asia. Con ellas, Rockefeller lograría tanto la explotación de los recursos naturales de los países periféricos como la disminución de impuestos e incluso su exoneración en los países sede. Así, la Standard Oil Company instaló múltiples centros industriales a través de contratos con los Estados de los países periféricos o en sociedad con personas o empresas particulares que tenían capacidad de inversión¹⁴.

Esta expansión internacional trajo consigo la necesidad de asegurar la salud de los trabajadores norteamericanos en estas regiones tropicales. Por tanto, el tema de la salud se fue convirtiendo en una preocupación importante de los empresarios y del Estado norteamericano. Era necesario impulsar el control sanitario en los puertos a donde llegasen barcos comerciales y militares norteamericanos y desde donde saliesen naves comerciales extranjeras hacia los Estados Unidos. Era necesario además, sanear las zonas continentales en donde se establecerían o se habían establecido extranjeros petroleros y fruteros y en los que laboraban ciudadanos norteamericanos. También se hizo necesario mejorar la productividad de los trabajadores de aquellas empresas locales con las cuales tenían negocios comerciales algunas compañías norteamericanas, y por tanto, las empresas fruteras como las petroleras y cafetaleras debían mejorar su productividad; los norteamericanos pensaban que el café era un estimulante que mejoraba la productividad de sus trabajadores, y por tanto, había que garantizar que la producción no decayera¹⁵.

¹⁴ Los países donde se instalaron las nuevas empresas se caracterizaron por poseer economías débiles, generalmente agrícolas y con necesidades sentidas para el proceso de industrialización. *Ibid.*, p. 173.

¹⁵ Esta situación condujo al planteamiento y desarrollo de dos grandes estrategias: por una parte, la implementación de una intervención del Estado norteamericano a través de un organismo multilateral, papel que jugó la ya mencionada Oficina Sanitaria Internacional, encargada de coordinar programas sanitarios adecuados en los países periféricos y, por otra, el apoyo por parte de capital privado a la investigación médica sobre enfermedades tropicales y a la intervención sanitaria directa en dichos países *Ibid.*, p.174.

La ausencia de una política estatal fuerte con relación a la educación, notoria después de la Guerra Civil norteamericana, hizo que las grandes instituciones universitarias de ese país se organizaran bajo el patrocinio del capital privado, Charles W. Eliot, presidente de la Universidad de Harvard en 1869, fue uno de los líderes de la reforma universitaria apoyada en las donaciones de capital por parte de la comunidad. También la Universidad de Johns Hopkins nació de un donativo del capital privado. Rockefeller, siguiendo los pasos de la filantropía en boga y fiel a su fe religiosa, inició su gran empresa filantrópica dedicándose a la reconstrucción de la Universidad de Chicago, convirtiéndola en un poderoso centro de congregación de colegios bautistas y permitiendo, con ellos, acrecentar su influencia religiosa en Norteamérica¹⁶.

En 1901 el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica inició labores, con una donación inicial de 20.000 dólares anuales, por 10 años. William Welch, de la Universidad de Johns Hopkins, fue nombrado como su presidente y en la Junta Directiva participaron personalidades de la medicina americana como: L. Emmett Holtm, Mithcell Prudden y Hermann Bigs. Al año siguiente Simón Flexner, de la Universidad de Pennsylvania, fue nombrado como director, con el cometido de seleccionar una plantilla de excelentes científicos y buenos administradores. La propuesta era que el Instituto trabajara bajo las pautas definidas por el Instituto Pasteur de París y del Instituto Koch de Berlín. Luego en 1903, Rockefeller creó la Comisión General de Educación CGE (General Education Board), para la cual donó un millón de dólares, la CGE, estuvo dedicada a la educación de los negros y los blancos pobres del Sur de los Estados Unidos, especialmente en la formación técnica agrícola, con el fin de superar el atraso del Sur e integrarlo a la economía industrial controlada por los capitalistas del Norte¹⁷.

A partir de 1906, la Comisión aunó sus intereses y esfuerzos a los del Instituto. Una de los principales logros en salud fue la puesta en marcha de la reforma de la educación médica norteamericana, propuesta por Abraham Flexner, miembro de la Comisión General de

¹⁶ Ibid., p. 175, 176.

¹⁷ La Comisión fue dirigida en principio por Gates y Wallace Buttrick, un clérigo bautista, quien actuó como secretario y luego como presidente de la Comisión. Ibid., p. 177.

Educación (CGE), luego de que realizara un estudio de la situación de las facultades de medicina en el país, y propusiera en su informe de 1910 una reforma que permitiese la modernización de las mismas. Así se inició el apoyo de Rockefeller a la reforma médica en los Estados Unidos, cinco años después, la CGE había aportado más de 45 millones de dólares para implementar la reforma en las Universidades de Johns Hopkins, Yale, Chicago, Columbia y Harvard. A partir de entonces, Frederick Taylor Gates¹⁸. Y John D. Rockefeller Jr; hijo mayor del magnate, se hicieron cargo del manejo de los asuntos del Instituto y de la Comisión. Ellos fueron los promotores y John D. Rockefeller el inversor¹⁹.

Sin embargo, la incursión definitiva de la filantropía Rockefelleriana en la salubridad pública se dio en 1909, con la creación de la Comisión Sanitaria Rockefeller (Rockefeller Health Board), que en 1913 pasaría a llamarse Junta Internacional de Sanidad, la cual se relacionaría con la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), llamada a partir de 1923 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), en 1947 Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y en 1958 hasta la fecha, Organización Panamericana de la Salud (OPS). La cual gestionaría y entablaría alianzas y relaciones con entidades privadas, definiendo el control sobre los mecanismos políticos, financieros, y técnicos de la salud, bajo el poder y supervisión de los Estados Unidos en materia económica y comercial en todo el continente. La relación de la OSI/OSP con entidades norteamericanas de carácter privado, interesadas, en el tema de la salud y la sanidad, especialmente la Fundación Rockefeller (FR), hasta mediados del siglo XX, permitieron que se dieran formas de interacción, ayuda técnica y financiera entre diversas instancias: Estado norteamericano, Servicio de Salud Pública de los EE.UU., y la FR, Desde entonces, la FR inició una estrecha colaboración con la OSI que desembocó en lo que se puede calificar como “simbiosis” entre las dos instancias. Esto no era extraño, pues la FR también mantenía

¹⁸ Gates Frederick Taylor (1853-1929) fue un Reverendo Bautista Americano, Educador, y el principal asesor de negocios de John D. Rockefeller, desde 1891 hasta 1923. tomado de la página Web de la Enciclopedia en línea Wikipedia versión en Ingles donde hacen una reseña histórica, de la relación de Gates con la familia Rockefeller, tomado el día 09/05//2009.

¹⁹ Al año siguiente, después de haber redactado su informe, Flexner fue invitado a almorzar por Frederick T. Gates quien le ofreció un millón de dólares para iniciar la reforma y Flexner propuso a la Universidad de John Hopkins, con William Wilch a la cabeza, como punto de partida. **QUEVEDO**, Op. cit. p. 177.

una relación simbiótica con la Organización de Salud de la Liga de las Naciones²⁰. La Comisión Sanitaria Rockefeller nació como consecuencia de un incidente relacionado con los trabajos de la Comisión General de Educación en el Sur de los Estados Unidos. Wallece Buttrick, en alguna de sus peregrinaciones por el Sur del país en cumplimiento de funciones relacionadas con actividades de la Comisión, conoció a Charles Wardell Stiles, zoólogo y oficial sanitario, quien había trabajado como profesor de parasitología en la Escuela de Medicina de las Fuerzas Armadas y quien, con el apoyo del Gobierno, venía investigando sobre el papel del anquilostomas (Uncinaria) como causante de la anemia que producía un grave letargo en los trabajadores de las plantaciones de algodón sureñas, ya que esta enfermedad debilitaba a los trabajadores y a los niños de esta región, y, que buena parte de la incapacidad para aprender de esta población estaba relacionada con los altos índices de prevalencia de la enfermedad en la zona. Enterado Rockefeller, citó a varios médicos prominentes para discutir el asunto, Georges Bevier, más tarde representante de la Fundación Rockefeller en Colombia, refiriéndose a dicha reunión comentaba que “Rockefeller había pedido que se seleccionara una enfermedad diseminada, que tuviera efectos económicos importantes, de origen conocido, que pudiera explicarse fácilmente, curar y controlar siguiendo algunas simples medidas higiénicas. Ofreció aportar los recursos necesarios para mantener la campaña de control de la enfermedad, de modo que la gente, el hombre común, pudiera constatar los buenos resultados de la medidas sanitarias”²¹.

El Gobierno de los Estados Unidos para esa época había iniciado sendas campañas contra la Uncinariasis. La primera de ellas fue realizada en el sur de los Estados Unidos durante la primera década del siglo XX. Estuvo coordinada por el Servicio Público de Salud de esta nación y dirigida por el mismo Charles Wardell Stiles. La segunda, fue llevada a cabo por las Fuerzas Armadas norteamericanas, entre 1904 y 1911, en Puerto Rico. Rockefeller examinó los resultados de las campañas realizadas en Texas y En

²⁰ 100 años de la OPS., Op. cit, p. 34.

²¹ Stiles recomendó tomar la Uncinariasis como modelo de la primera campaña puesto que, según él, esta era una enfermedad que afectaba a millones de personas y podía fácilmente curarse y prevenirse con cincuenta centavos por persona. **QUEVEDO.**, Op. cit, p. 178

Puerto Rico por el Estado norteamericano desde 1904 y se dio cuenta de que ésta era la oportunidad que había estado buscando para enfrentar la anemia tropical en el Sur de los Estados Unidos. Charles Wardell Stiles demostró a Rockefeller, a partir de su experiencia en esta campaña gubernamental contra las Uncionarias, que el Anquilostoma era la causa de la enfermedad, relacionada con la proverbial pereza de las clases pobres de la población blanca del Sur²².

La Comisión Sanitaria Rockefeller retomó y amplió, a partir de 1909, la campaña que Stiles condujo en el sur, iniciándose así la primera campaña contra la Uncinariasis realizada y dirigida por la familia Rockefeller en once estados del Sur, donde el problema era de alta incidencia. En 1910, después de 10 años de experiencia filantrópica, y con la aspiración de Gates en crear una institución que tuviese mayor impacto que el Instituto, la Comisión General de Educación y la Comisión Sanitaria Rockefeller, perfiló, el proyecto de la creación de la Fundación Rockefeller, institución que asumiría la responsabilidad mundial del manejo de la fortuna Rockefeller destinada a la filantropía; Sin embargo, el Gobierno y el Congreso de los Estados Unidos obstaculizaron durante varios años la creación de la Fundación, finalmente el 24 de abril de 1913 en acto legislativo el estado de New York incorpora la Fundación Rockefeller al escenario mundial donde tendría como propósito promover el bienestar de la humanidad. El 5 de Diciembre del mismo año la Fundación hace su primera concesión: 100.000 dólares a la Cruz Roja Americana adquiriendo su sede en Washington, e instalando un monumento para conmemorar a la Mujeres por sus servicios a los Estados Unidos en el cuidado de Enfermos y heridas de la Guerra Civil²³. Ese mismo año tuvo lugar la primera reunión de la Junta de la Fundación; Dicha Junta estuvo compuesta por John D. Rockefeller padre e hijo; Frederick T. Gates, Harry Pratt Judson (presidente de la Universidad de Chicago), Simón Flexner, Starr J.

²² Puerto Rico presentó la primera solución del problema, gracias a siete años de intenso trabajo conjunto con la Comisión Rockefeller sobre la lucha contra la anemia. Rockefeller Se puso en contacto con el Dr. Wickliffe Rose, presidente de la Universidad de Tennessee en Nashville, y le dijo que lo nombraba director de una Institución sin ánimo de lucro que financiaría totalmente y que se llamaría la Comisión Sanitaria Rockefeller, Ibid., p. 179.

²³ tomado de la página Web de la Fundación Rockefeller donde ellos mismos realizan un recuento histórico desde su fundación hasta la fecha, tomado el día 16/03/2009 http://www.rockfound.org/about_us/history/rf_history0207.pdf.

Murphy, Jerome D. Greene, Wickliffe Rose y Charles O. Heydt. Unos pocos meses después se unieron a la Junta Charles W. Eliot (Presidente de la Universidad de Harvard) y, A. Barton Hepburn (Presidente del Chase National Bank), y a John D. Rockefeller Jr. Comenzando su trabajo como líder de las actividades de la Fundación e 1917²⁴.

Las relaciones entre la FR y la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), permiten que se desplieguen entre 1913 y 1916 campañas sanitarias por todo el mundo con la participación de personajes como Wickliffe Rose, director general del Internacional Health Board de la FR, Abraham Flexner, secretario General de educación y William Henry Welch profesor de patología de la Johns Hopkins Medical Scholl²⁵. Según Marcos Cueto, en una primera fase la Fundación inició sus operaciones en las Indias Británicas Occidentales (Guayana Británica, Trinidad, Granada, Santa Lucía y la Guayana Holandesa). El hecho de que estos territorios estuviesen cerca de los Estados Unidos y hablasen el idioma inglés, permitió a la Fundación ejercer una estrecha supervisión, a bajo costo. A demás, debido a que estas islas eran políticamente muy poco atractivas, la Fundación pudo llevar a cago su “experimento internacional” en una esquina oculta del planeta, sin comprometerse mucho en principio a un plan de más envergadura²⁶.

5.1 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN EUROPA.

Tras la Primera Guerra Mundial, fueron pocos los países que no se beneficiaron de las subvenciones de la Fundación Rockefeller (FR), una de las instituciones más activas a la

²⁴ John D. Rockefeller Jr. Y Gates se pusieron a la cabeza de las actividades de la Fundación, asumiendo el reto de luchar contra las enfermedades que assolaban los países tropicales. Creada la Fundación, se decidió entonces darle prioridad a la Uncinariasis en razón de los beneficios económicos y físicos directos resultantes de la erradicación de la enfermedad y también en razón de la utilidad de este trabajo para crear y promover influencias. **QUEVEDO**, Op., cit, p. 181.

²⁵ **ESLAVA**. Op. cit. p. 24.

²⁶ **QUEVEDO**, Op., cit. p. 181.

hora de internacionalizar la sanidad pública²⁷. La salud pública española, registró la particularidad de sufrir graves deficiencias en dotación y personal capacitado, las acciones modernizadoras aparentemente más eficaces tuvieron un motor exterior, en forma de compromiso o intervención Internacional. La salud pública se desarrolló en Europa dentro de contextos ideológicamente conciliadores, tales como la unificación nacional (Alemania, Italia), la doctrina del solidarismos (Francia) o la campaña por la eficiencia nacional (Gran Bretaña, Suecia). Las relaciones entre la Fundación Rockefeller y España entre 1917 y 1950 subrayan las deficiencias internas y la importancia de la acción internacional, En febrero de 1922, una delegación de la Junta Sanitaria Internacional, (*International Health Board*) (en adelante, I.H.B.), órgano de la FR., encabezada por su director, Wickliffe Rose, visitó España, con el fin de gestionar con la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (J.A.E.), la renovación del mundo científico español principalmente a través de la capacitación de personas, que debían ser las portadoras de los nuevos métodos y técnicas capaces de dar sentido a las necesarias modificaciones institucionales y legislativas. La Fundación, por su parte, buscaba implantar el estilo científico y la dinámica de gestión norteamericanos a través, igualmente, de la formación posgraduada de quienes, en sus países de origen, debían hacerse cargo de la dirección de la administración y la docencia²⁸.

La Junta Sanitaria enviaría algún personal técnico a España, a la vez que facilitaba becas para formación de postgrado en Salud Pública a titulados españoles, En junio de 1922, la Fundación Rockefeller destinó fondos al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones con el fin de proporcionar asistencia a un servicio de información epidemiológica y de elaboración de estadísticas en materia de salud pública. La siguiente etapa consistió en el compromiso de financiar los intercambios internacionales de personal de la sanidad pública. Las becas de la Fundación Rockefeller contribuyeron a estabilizar el todavía provisional Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, cuyo presupuesto

²⁷ **WEINDING**, Paúl, La Fundación Rockefeller y el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas, artículo publicado en la Revista Española de Salud Pública, Vol. 74 año 2000. P., 15.

²⁸ **RODRÍGUEZ**, Ocaña Esteban: La Intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España, artículo publicado en la Revista Española de Salud Pública, Vol. 74 año 2000. p. 27-28.

inicialmente se establecía con carácter anual²⁹. Entre 1931 y 1936 se dotaron 20 becas, 15 para mujeres, una matrona y las restantes para enfermeras de salud pública, y 5 en médicos varones, 3 para administración sanitaria y 2 para laboratorio. Esta distinta composición del personal obedece a las prioridades marcadas por la Rockefeller: durante el primer quinquenio, refuerzo del centro sanitario y de la lucha antipalúdica; durante el segundo, la creación de la enfermería de salud pública³⁰.

Una condición fundamental para la concesión de la ayuda era la garantía por parte gubernamental de que, al regreso, el becario o becaria trabajaría en un puesto en relación con la formación adquirida. De esta forma, la Fundación se preservaba del uso meramente curricular y turístico de las becas e intentaba conseguir una infiltración eficaz de sus protegidos en los organigramas locales. Otro elemento de radical novedad que aportó la intervención Rockefeller fue la exigencia de la dedicación completa al servicio público, naturalmente mejor remunerado de lo que estaba hasta la fecha por cuyo motivo, una parte sustancial de los recursos financieros aportados se invirtieron en incrementar los sueldos. La intervención norteamericana, resultó decisiva para configurar los aspectos más destacados del modelo sanitario.

²⁹ A principios de la década de 1930, la Fundación Rockefeller deseaba distanciarse del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones que adoptó una postura cada vez más radical. La FR argumentó que el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones no constituía un caso especial sino que era, fundamentalmente, un ministerio de sanidad pública similar al de cualquier otro gobierno. Cualquier donación de la Fundación Rockefeller al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones otorgaría demasiada autonomía a este organismo: por lo tanto, todas las ayudas debían tener un carácter temporal y la FR empezó a estudiar estrategias de ruptura. **WEINDING**, Op, cit., p. 19-20.

³⁰ Existieron varios modelos de beca, en función de su duración, entre 4 y 24 meses. Los agentes de la Rockefeller preferían las estancias más largas, advertidos de la dificultad con el inglés que presentaban la mayoría de los candidatos. La estancia típica se dividía en tres partes consecutivas: estudio del idioma, curso en la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins en Baltimore y viajes por distintos centros sanitarios del Este y Sur de los Estados Unidos, así como europeos, en su caso, cuando se trataba de becas de dos años. Las becas de cuatro y seis meses se concedían, casi siempre, para estancias en centros europeos, y la mayoría lo fueron en relación con la lucha antipalúdica. La duración de la beca estaba prefigurada, en muchos casos, según el puesto que ocupaba el becario en la sanidad española, de forma que cuanto más cercano al Director general, menos tiempo se les concedía. **RODRÍGUEZ**, Op, cit., p. 30

5.2 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN AMÉRICA LATINA.

En esta tercera parte se da a conocer las actividades y aportes de la Fundación Rockefeller, en Latinoamérica, con la implementación de campañas para detectar, combatir, tratar y erradicar enfermedades como la Uncinariosis, Malaria, fiebre amarilla, contrastándola con los benéficos que la Fundación recibía por la implementación de dichas campañas.

Entre los años 70 y 90 del siglo XIX La influencia externa oriento la institucionalización de organismos encargados del control estatal de las prácticas higiénicas, y del establecimiento de medidas permanente de prevención y control de las enfermedades epidémicas, En distintos países latinoamericanos la institucionalización de las practicas de higiene pública y la creación de unidades nacionales de sanidad dependió no solamente de la influencia externa sino también de esa capacidad de cada una de las burguesías agro-exportadoras nacionales de negociar con los otros grupos dominantes la participación de sus intereses en los destinos del estado³¹.

La Fundación Rockefeller inició sus primeras acciones en América Central en Costa Rica, a partir de 1914. En este país, al igual que ocurrió en Colombia, ya existía desde finales del siglo XIX un núcleo de políticos y médicos ligado a la producción cafetera que había desarrollado un interés por el control de dicha enfermedad. Allí se había desarrollado una burguesía cafetera, que logró un cierto control sobre el Estado permitiéndole algunas acciones en beneficio de sus intereses y de los del capital extranjero con el que se articulaba. Por ejemplo, durante el Gobierno de José Joaquín Rodríguez (1889-1896) se decidió sanear el puerto de Limón, presentándose como una tarea de carácter nacional; ya para 1892. La dependencia encargada de los problemas de sanidad era la Secretaría

³¹ La burguesía agro-exportadora no estaba unificada en torno a un proyecto de nación claro y predominaban los intereses de los distintos terratenientes locales sobre el interés nacional, hecho que condujo a varias guerras civiles durante todo el siglo XIX como mecanismo de obtener el predominio del poder para uno u otro grupo, es por eso que en lo que respecta a la higiene pública, desde el periodo colonial y durante todo el siglo XIX, fue imposible poner en marcha una organización sanitaria nacional coherente, **QUEVEDO**, Op., cit. p. 46, 50.

de Policía, y esta era comandada por el Dr. J. Ulloa. Médico formado en los Estados Unidos. Ulloa impulsó la creación del instituto Nacional de Higiene de Costa Rica en 1895, el cual contaba de un departamento de bacteriología y uno de química³².

En Nicaragua, la Fundación comenzó sus actividades durante el gobierno conservador de Díaz, el cual contó con el apoyo de Estados Unidos, país interesado en mantener un gobierno leal que le garantizara el mantenimiento de la posibilidad de construcción de un canal interoceánico a través del lago. Aunque el partido conservador era conformado por ganaderos y comerciantes poco interesados en la sanidad, las presiones de los Estados Unidos lograron que se aceptara el ofrecimiento de la Fundación y, por decreto presidencial, se inauguró el Departamento de Uncinariasis, en 1915, dirigido por el Dr. Mally, representante de la Fundación. Los trabajos se iniciaron en la plantación azucarera de San Antonio, la mayor de Centroamérica y la cual formaba parte de la “Nicaragua Sugar Status Limited”, exportadora de azúcar y productora de alcohol y licores e integrada financieramente por el grupo conservador.

En Guatemala, la burguesía liberal cafetera había llegado al poder en 1898 y en 1906 se había creado el Consejo Superior de Salubridad. En ese mismo año se promulgó el Código Sanitario, por presión de los Estados Unidos a través de la Oficina Sanitaria Internacional, con el fin de eliminar los focos epidémicos en el Caribe. Los cafeteros no tenían mucho interés en el saneamiento de puertos pues estos estaban en poder de los enclaves bananeros norteamericanos, he hicieron muy poco para que se cumplieran las disposiciones del Código, que incluía las prescripciones de la Segunda Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Washington, en 1905. Esta falta de cumplimiento recibió el regaño por parte de los Estados Unidos en el Cuarta

³² La Fundación logró involucrarse mucho más con otros países cuando la campaña se extendió a otras colonias tropicales británicas, no caribeñas (Egipto, Ceylan y los Estados Malasios), y a América Latina; hecho que se dio en 1914, *Ibid.*, p. 183.

Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, realizada en San José de Costa Rica, en 1910³³.

La sanidad estatal en Panamá se encontraba bajo la jurisdicción de los oficiales médicos norteamericanos de la Zona del Canal. Durante el primer Gobierno de Belisario Porras (1912-1916) se incrementó el proceso de acuerdo entre la burguesía del país y los Estados Unidos, llegó así abundante capital norteamericano y se consolidó el control extranjero de varias empresas importantes de servicios público. El Grupo Rockefeller, a través del National City Bank, se convirtió en este periodo en una de las fuerzas financieras más importantes en Panamá.

En El Salvador la Fundación Rockefeller inició sus actividades en 1916 con la creación del Departamento de Uncinariasis. Allí se consolidó también una burguesía cafetera fuerte y políticamente más pujante que la Costarricense. Por eso se creó un Consejo Superior de Salubridad a finales del siglo XIX y se promulgó un Código Sanitario en 1900, el cual se reformuló en 1914 para incluir las recomendaciones aprobadas por las Conferencias Sanitarias Panamericanas. Igualmente, a partir de ese año se inició un interés marcado por la sanidad marítima ya como ocurría en otros países Centroamericanos. Por eso, el ofrecimiento de la Fundación de iniciar una campaña contra la Uncinariasis fue acogido rápidamente por el Gobierno, creándose el Departamento de Uncinariasis bajo el mando del Consejo Superior de Salubridad, pero los costos de la campaña fueron absorbidos en poco tiempo por el Gobierno³⁴.

³³ Cuando la Fundación hizo su oferta de una campaña contra la Uncinariasis, la recepción fue positiva pues el grupo de cafeteros que manejaba el poder en el Estado tenía la claridad de su importancia para el aumento de la productividad de los trabajadores de las plantaciones de café. En 1915 se creó el Departamento de Uncinariasis bajo la jurisdicción del Consejo Superior de Salubridad y tanto las autoridades locales como los cafeteros apoyaron y colaboraron activamente con la campaña. *Ibid.*, p. 184.

³⁴ Basados en la experiencia de Texas, del Caribe, del Asia y de Centroamérica, los funcionarios de la Comisión Sanitaria Internacional decidieron extender la campaña al resto de América Latina y el Asia y en 1915 se cambió el nombre de la Comisión por el de Junta Sanitaria Internacional (Internacional Health Board – IHB). *Ibid.*, p. 185.

La campaña contra la Uncinariasis en México se inició inmediatamente después de terminada la campaña contra la fiebre amarilla. Una vez desaparecida la fiebre amarilla de México, la Junta Sanitaria Internacional se ganó el respeto y la confianza del gobierno federal mexicano y la cooperación de la población de Veracruz, a pesar de la historia de las relaciones entre México y los Estados Unidos, la campaña de erradicación de la fiebre amarilla había sido una vez más un importante instrumento para proteger los intereses comerciales de los Estados Unidos. El 12 de noviembre de 1923, la Junta Sanitaria Internacional aprobó realizar una campaña contra la Uncinariasis en México, En un principio, el modelo fue similar al de Colombia. Luego la fundación optó por una política intermedia convirtiendo las brigada anti-Uncinariasis en unidades locales permanentes de salud final, en 1930 la fundación acepto continuar financiando las actividades por 5 años más. Desde 1927, los Estados Unidos comienzan a mostrar un interés especial en Venezuela por ser ésta importante fuente de petróleo y de caucho. También la FR manifiesta su interés en ese mismo año en iniciar los trabajos contra la Uncinariasis. Conjuntamente con la Dirección de Sanidad Nacional de Venezuela, la Fundación emprendió, en 1927, la campaña, pero está estaba más interesa en la lucha antimalárica en Venezuela que en la Uncinariasis, pues la malaria era un problema de salud más importante en las zonas petroleras.

Tres enfermedades Latinoamericanas captaron la atención de la Fundación a partir de ese momento y se convirtieron sucesivamente en focos de sus campañas de erradicación de: la Anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria. Estas fueron consideradas como las más peligrosas y devastadoras tanto para las poblaciones trabajadoras de América Latina como para los norteamericanos que allí trabajaban, y técnicamente susceptibles de ser eliminadas a través de campañas bien organizadas y de corto plazo³⁵.

³⁵ La realidad epidemiológica, sanitaria y social Latinoamericana era más compleja de los que la Fundación suponía, las campañas y los intentos de reforma tuvieron resultados variados, con éxitos y fracasos, razón por la cual, durante esos años el optimismo por la erradicación pasó por ciclos de alza y caída y el concepto fue cambiando de significado.). Ibid., p. 187.

5.3 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN AMÉRICA DEL SUR.

El primer contacto de la Fundación con los Anquilostomas de América del sur tuvo lugar en Brasil, en 1916, cuando una comisión de la Fundación visitó a este país y realizó una evaluación de la situación sanitaria local. El examen incluyó demostraciones del tratamiento de la anquilostomiasis en dispensarios de diversas localidades rurales. Después de una nueva visita de un funcionario de la Fundación, en 1917, se tomó la decisión de iniciar en Brasil un doble trabajo: una campaña contra la Uncinariasis y un curso para la enseñanza de la higiene y la patología en la Universidad de Sao Paulo. Se creó entonces un Departamento de Uncinariasis, dirigido por un funcionario de la Fundación y se dio inicio a la campaña³⁶. Posteriormente, la Junta Sanitaria Internacional transfirió fondos para la lucha contra la Uncinariasis nombrando personal de salud calificado de tiempo completo y bien remunerado, que se encargó de realizar exámenes diagnósticos de laboratorio, tratamiento de los anquilostomas, vacunación contra la viruela y obras de ingeniería sanitaria. Esto llevó a que Estados Unidos se interesara en el control de la Fiebre Amarilla, La participación de la Fundación en el estudio y control de la fiebre amarilla en América se inició en 1916. Mientras Wickkiffe Rose, director de la Junta Sanitaria Internacional coordinaba la campaña contra la Uncinariasis alrededor del mundo, se encontró con que Inglaterra temía por que la apertura del Canal de Panamá facilitara la expansión de la fiebre amarilla desde los focos americanos, caribeños y brasileños hacia el oriente, en donde, aunque no había fiebre amarilla, el *Aedes aegypti* si era prevalente en algunas aéreas³⁷.

³⁶ El dispensario consistía en una carpa itinerante y personal compuesto por un médico y asistentes legos, que visitaban pueblos examinando, curando y educando a las personas gratuitamente, enseñándoles además como construir letrinas. Bailey K. Ashford, quien había trabajado en las campañas de Puerto Rico, hizo parte de la Comisión y había utilizado este modelo allí. La construcción de las letrinas era considerada de importancia crucial, pues los campesinos descalzos, que caminaban sobre suelos infectados con heces humanas contaminadas, generalmente contraían el mal. Ibid., p.187.

³⁷ Como la medida que se imponía era la cuarentena, Rose contactó a su regreso a Estados Unidos, al General William C. Gorgas, quien había logrado erradicar la fiebre amarilla de la Habana, desapareciendo a los mosquitos de esta ciudad y de la zona del canal de Panamá. Rose decidió iniciar entonces la campaña. Así, se comisionó a Gorgas para hacer un examen de la situación de la fiebre amarilla en Sudamérica, en 1916, junto con Henry Carter, en ese momento Jefe del Servicio de Cuarentena de Estados Unidos. Ibid., p. 189.

En 1919 se inició una epidemia de fiebre amarilla en la costa norte del Perú que finalizó en 1922 con la intervención de Augusto B. Leguía³⁸. Y de la Fundación Rockefeller. La participación de la Fundación había sido precedida por el trabajo de un médico norteamericano, Henry Hanson, contratado por el Gobierno peruano. Hanson, quien se había formado en la Universidad de Johns Hopkins y había trabajado como Director del Laboratorio de Bacteriología de la Oficina de Salud del Estado de Florida y como miembro del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en Panamá. A pesar de que el presidente de la FR anunció en 1927 que faltaba poco para erradicar la fiebre amarilla del mundo. Desde 1928 resurgieron brotes de esta enfermedad en algunas ciudades costeras donde ya se habían iniciado labores de erradicación, como fue el caso de Río de Janeiro, ciudad en la que se presentaron en ese año 144 casos con un 50% de mortalidad, aumentaron los casos en las selvas de América del Sur. En Colombia el crecimiento del tráfico por el río Magdalena y el comienzo de nuevos asentamientos localizados en zonas dedicadas al cultivo del tabaco, dieron pie a varios brotes de fiebre amarilla en las tierras bajas del interior: en Honda y Ambalema (1823), Mompós (1856), Girardot (1865), Peñalisa (1866), Espinal (1880), Tocaima (1884) y Guaduas (1885)³⁹. En la población del El Socorro (Departamento de Santander), se presentó un brote de fiebre amarilla a fines de febrero de 1923. La FR, comprometida en una investigación sistemática para determinar la historia y el estado de la enfermedad en todos los países del hemisferio occidental, había ofrecido a Colombia el envío de una misión. Ante los casos de Santander, F. A. Miller, representante de la FR y encargado de la campaña contra la Uncinariasis, comunicó que el gobierno colombiano aceptaba la oferta. De esta manera, en abril del mismo año, la FR envió una comisión dirigida por J.H. White, quien había representado a los Estados Unidos en la VI Conferencia de Montevideo, donde estableció contacto con García Medina, y quien además había sido nombrado en dicha Conferencia Vicedirector de la OSI. Los otros miembros de la comisión eran Olivier Potier

³⁸ Augusto Bernardino Leguía y Salcedo (Lambayeque, 19 de febrero de 1863 - Lima, 6 de febrero de 1932), político peruano. Ocupó la Presidencia del Perú en dos ocasiones, de 1908 a 1912 y de 1919 a 1930. tomado de la página de la Enciclopedia Virtual Wikipedia el día 17/05/2009. http://es.wikipedia.org/wiki/Augusto_B._Legu%C3%ADa.

³⁹ **ABEL**, Christopher, Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990, Instituto De estudios Políticos Y Relaciones Internacionales De La Universidad Nacional, 1996. p. 19.

y Wenceslao Pareja, este último Director General de Higiene de Guayaquil. Lo cierto es que White y los otros miembros de la comisión trabajaron en nombre de la Junta Sanitaria Internacional de la FR, que pagaba la mitad de los gastos que ocasionaran las medidas de profilaxis en Bucaramanga y las poblaciones vecinas. Las medidas que se adoptaron fueron dos: una sanitaria, de destrucción del *estegomya*, en la que colaboraría la Fundación con la mitad de los gastos; y otra, de asistencia pública, que consistía en atender los enfermos u hospitalizarlos, lo cual quedaba enteramente a cargo del gobierno colombiano. Así se dictó la Resolución 220 de 1923 en la que se nombraba una comisión para combatir la epidemia y se tomaban medidas especiales para ello⁴⁰. Estos brotes comenzaron a hacer pensar que la teoría de los centros claves y los descubrimientos de Noguchi, eran equivocados. Ante 10 años de fracasos contra la enfermedad, la FR intensificó sus investigaciones relacionadas con la presencia de focos selváticos de fiebre amarilla. El resultado fue que el Dr. Fred Lowe Soper, funcionario de la FR, logró descubrir en Brasil una forma de fiebre amarilla selvática, esta posibilidad ya había sido insinuada por el médico Colombiano Roberto Franco en sus investigaciones sobre la fiebre amarilla en Muzo, Boyacá, en 1907⁴¹.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX no era extraño que los venezolanos que iban a estudiar al exterior algunos realizaran estudios inexistentes en el país, simplemente porque las condiciones educativas internas eran limitadas. En algunos casos, un curso era suficiente para dar un prestigio inmerecido y en otros, por el contrario bien ganado. Los estudios que se hacían en el exterior y que permitieron preparar a los especialistas tuvieron 3 fuentes de financiamiento, tanto nacional como internacional, y la pública proveniente del Estado, Instituciones como la Oficina Panamericana de Salud, la

⁴⁰ La comisión de la FR también visitó Cúcuta, en donde no encontró fiebre amarilla pero sí un alto índice de *estegomya*, por lo que se recomendó realizar una campaña contra el mosquito. Igualmente dicha comisión conversó en Puerto Berrío con los médicos del Ferrocarril de Antioquia sobre casos sospechosos de fiebre amarilla, que se dieron en la zona a finales de 1922 y comienzos de 1923, 100 años de la OPS. Op. cit., p. 48, 49.

⁴¹ El Dr. Fred Lowe Soper, no había logrado identificar los posibles vectores y reservorios selváticos, descubrieron que la enfermedad podía ser transmitida por varias especies de mosquitos que vivían en las copas de los árboles, como el *Haemagogus*, que los monos selváticos podían ser reservorios naturales, y que las pequeñas comunidades sí mantenían la endemidad y podían contagiar a los grandes centros de población. QUEVEDO, Op. cit., p. 191.

Sociedad de Naciones, la Guggenheim, y la FR, esta última creó becas para la realización de estudios en Estados Unidos, el Dr. Arnaldo Gabaldón fue el primer médico venezolano en recibir una de ellas. Otras dependencias privadas empezaron a otorgar becas, como la Fundación Guggenheim. En la mayoría de los casos, éstas recayeron sobre candidatos propuestos por el gobierno o la Universidades. Con la cooperación de la FR se establecieron vínculos de trabajo que permitió traer a funcionarios de la fundación para diversas actividades, a partir de 1937 con la llegada de expertos internacionales y becarios de la FR interesados en conocer el trabajo que se hacía comenzó el primer curso internacional de Malariología y otras enfermedades metaxénicas. A él asistieron estudiantes de diversos países latinoamericanos: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela⁴².

5.4 INICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER Y EL APOYO EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA.

El proceso de profesionalización de la salud pública llevado a cabo en los Estados Unidos impactó a Colombia no sólo a través de la importación directa de campañas sanitarias de la FR sino con la influencia general que, en el Siglo XX, los Estados Unidos tenían tener en nuestro país en los ámbitos sociopolíticos, económicos y culturales. El proceso de implementación del modelo de salud pública en nuestro país fue lento, y errático, agencio otras dinámicas y adquirió un estilo nuevo acorde con las vicisitudes de una nación en construcción y un ámbito sanitario en obra negra. Durante el siglo diecinueve las enfermedades impidieron la consolidación del mercado nacional y la integración política. Las enfermedades endémicas y recurrentes en las tierras bajas plantearon obstáculos para introducir mejoramientos en el transporte y también para viajar por las vías existentes. Las enfermedades ahuyentaron la inmigración del extranjero y las migraciones internas, especialmente, entre las tierras altas relativamente salubres y las tierras bajas

⁴² **Ruiz**, Calderón Humberto. Tras el fuego de Prometeo. Becas en el exterior y modernización en Venezuela (1900 – 1996). Editorial Universidad de los Andes, Venezuela, 1997, p, 21 -156.

agobiadas por las enfermedades, la complejidad de la topografía colombiana estuvo a la par con la complejidad del perfil epidemiológico. Dada la falta de salubridad del medio⁴³.

El Estado Colombiano también comenzó a dar muestras, aunque leves, de cambio de actitud con relación a la higiene pública. Una de estas señales fue la participación del país en La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional⁴⁴. Con la creación de la Junta Central de Higiene (JCH) a través de la ley 30 de 1886, la cual comienza a funcionar el 17 de febrero de 1888 el Estado Colombiano entra a tomar decisiones en cuanto a higiene de los puertos, aplicación de cuarentenas, manejo de aguas, alimentos, control de establecimientos públicos, y el seguimiento de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas enfermedades epidémicas, y de algunos de los de la higiene privada,^{45, 46}. Otros de los aspectos destacados de la Junta fue el de hacer cumplir y aplicar los tratados internacionales, para la cuarentena, con el fin de evitar tanto la entrada al país de enfermedades infecciosas nuevas, como su aislamiento del comercio internacional. Especialmente, un Acuerdo sobre reglamento sanitario internacional, dictado el 28 de mayo de 1888. La JCH no pudo desplegar un trabajo realmente efectivo dada la precariedad de las condiciones económicas en las cuales elaboró y el poco poder que tenían sus decisiones en la medida en que sus disposiciones carecían de la fuerza de ley y sus recursos siempre fueron insuficientes, haciéndola funcionar hasta 1913,

⁴³ **ABEL**, Op. cit., p.18.

⁴⁴ El Gobierno Colombiano nombró al Doctor Pío Rengifo como representante; Quinta Conferencia que se celebró en Washington en 1881, con la participación de delegados de 10 países del Continente Americano, a partir de ese momento Colombia comenzó a participar en los acuerdos internacionales de salud, hecho que le dio una nueva dimensión a la participación del Estado en el campo de la salud, debido a los compromisos adquiridos, **QUEVEDO**, Op. cit., p. 62.

⁴⁵ **ESLAVA**. Op. cit., p. 30.

⁴⁶ La Junta tenía carácter consultivo, pero dictaba a su arbitrio acuerdos y reglamentaciones de forzoso cumplimiento, trabajaba sin una visión político – administrativa, clara de su labor. No manejaban presupuesto ni tenía fuero para hacer cumplir las normas que dictaba, Tampoco se ocupaba de las instituciones de salud como hospitales, asilos u hospicios, que estaban a cargo de las Juntas de Beneficencia, su actividad no estuvo destinada a promover grandes transformaciones higiénicas, sino a una modesta pero constante regulación de aspectos particulares puestos a su consideración, en 1888 la Junta comenzó con la publicación de su órgano oficial, la Revista de Higiene, los primeros trabajos en ella publicados consistían en general, en revisiones de textos extranjeros, especialmente franceses, sobre los temas a considerar y su adaptación a las condiciones locales. **QUEVEDO**, Op. cit, p. 66.

momento en el cual, mediante una propuesta hecha por el Médico y Senador por el Departamento de Antioquia, Jorge Enrique Delgado Samper, surge la Ley 33, la cual crea el Consejo Superior de Sanidad de ahora en adelante (CSS). Y que mediante la ley 84 de 1914, vuelve a llamarse JCH, con el fin de realizar con mayor eficacia las funciones de dirección y control de la higiene en el país. En 1918, se crea mediante la Ley 32, la Dirección Nacional de Higiene de ahora en adelante (DNH), quedando adscrita al Ministerio de Instrucción Pública ya bajo la Dirección de Pablo García Medina⁴⁷. El Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública quedaría conformado por seis secciones: la primera de Higiene General y Asistencia Pública Nacional; la segunda, el Instituto Nacional de Higiene; la tercera de Lazaretos; la cuarta de Uncinariasis; la quinta de Protección Infantil; y la sexta de Contabilidad.

Tabla 1. Dependencia de las instancias rectoras de la higiene en Colombia 1886-1953.

Períodos	Instancia	Dependiente de
1886-1913	JUNTA CENTRAL DE HIGIENE	Ministerio de Instrucción Pública
1913-1914	CONSEJO SUPERIOR DE SANIDAD	Ministerio de Gobierno
1914-1918	JUNTA CENTRAL DE HIGIENE	Ministerio de Gobierno
1918-1920	DIRECCION NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio de Instrucción Pública

⁴⁷ Debido a la consideración de la higiene pública como un asunto de política general que beneficiaba al mundo de los negocios del DNH pasó, en 1920, a ser dependencia del Ministerio de Agricultura y Comercio, colocando en evidencia la estrecha relación entre la práctica de la higiene y los anhelos de crecimiento económico y las dinámicas de incorporación del país en la esfera del mercado internacional., este cambio se dio justo en el momento en el cual comenzaba la campaña de Uncinariasis en el país, punta de lanza de la acción extranjera en el terreno de la salud pública. La búsqueda de la independencia institucional, las tensiones resultantes de las diversas concepciones de higiene y una naciente burocracia higienista, hacen que en 1913 la DNH volviera a ser dependencia del Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública, y mediante la Ley 15 de enero 31 de 1925 se cambiara el nombre al de Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública (DNHAP), estableciéndose dos grandes secciones: la sección de Higiene personal y administrativa y la de asistencia pública nacional. y, en 1931, por medio de la Ley 1^o del 5 de enero adquiriera su condición de Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública... delegándole dirigir y reglamentar la higiene pública y privada en todos los ramos y la asistencia pública de la Nación, reglamentar el servicio de sanidad marítima, organizar el régimen sanitario de los puertos y vigilar que las normas se cumplieran. La ley dio el poder para el cumplimiento de las decisiones emanadas cosa que no había logrado hasta el momento. **ESLAVA**. Op. cit. p. 31-35.

1920-1923	DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio de Agricultura y Comercio
1923-1925	DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio de Instrucción Pública
1925-1931	DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Ministerio de Instrucción Pública
1926-1931	DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Ministerio de Instrucción Pública y Salubridad Pública
1931-1931	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE Y ASISTENCIA PUBLICA	Independiente
1931-1934	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	Presidencia
1934-1935	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio de Gobierno
1935-1936	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio de Agricultura y Comercio
1936-1938	DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio de Educación Nacional
1938-1945	DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE	Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión social
1945-1946	DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUBRIDAD	Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión social

ESLAVA. Op. cit., p. 34.

Los primeros salubristas en el país fueron formados en escuelas extranjeras bajo los parámetros de la naciente salud pública norteamericana o iniciados en las acciones sanitarias impulsadas por profesionales extranjeros y su labor se insertó en la dinámica sanitaria nacional muy al unísono con las campañas sanitarias emprendidas por la FR. Esta importación de técnicos y de exportación de estudiantes fue la forma de suplir la ausencia de instituciones de formación locales y la manera como se inició el lento crecimiento de una masa crítica y de una idónea capacidad técnica.

Tabla. 2. Profesionales de salud colombianos becados por la FR en la primera mitad del siglo XX. Pág. 52.

Nombre:	Profesión:	Área especialización:	Lugar y año estudio
Enrique Enciso	Médico	Salud Pública	EU, 1920-22
Rubén García	Médico	Salud Pública	EU, 1922-23
Roberto Concha	Médico	Estadística Vital.	EU, 1925-26
P. Gómez Vega	Médico	Laboratorio	EU, 1926-27
Vicente Medina	Ingeniero	Ingeniera Sanitaria	EU, 1926-27
Ignacio Moreno P.	Médico	Salud Pública	EU, 1927-29
Pedro Almanzar	Médico	Laboratorio	EU, 1928-29
Alfonso Jaramillo	Médico	Salud Pública	EU, 1934-35
Tulio Arango Pérez	Médico	Laboratorio	Brasil, 1935
Ernesto Osorno	Médico	Entomología	EU, 1936-38
Andrés Soriano LI.	Médico	Laboratorio	EU, 1936-37
S.G. Noguera	Ingeniero	Ingeniera Sanitaria	EU, 1936-37
Jorge Boshell M.	Médico	Salud Pública	EU, 1939-40
Manuel Roca García	Médico	Laboratorio	EU, 1941-42
Hernando Groot	Médico	Salud Pública	EU, 1941-42
B. Parra	Médico	Nutrición	EU, 1942-43
Santiago Rengifo	Médico	Salud Pública	EU, 1944-45
Augusto Gast Galvis	Médico	Entomología	EU, 1945
C. Olivera	Nutricionista	Nutrición	EU, 1945-46
R. Otero Muñoz	Ingeniero	Ingeniería Sanitaria	EU, 1947-48
León Ugarte	Medicó	Salud Pública	EU, 1948-49
A. Ortiz Díaz	Enfermera	Nutrición	EU, 1950

ESLAVA. Op, cit. p. 52

Estos personajes ocuparon puestos de relevancia en el aparato sanitario nacional y desde allí ejercieron el papel de difusores y traductores de las pautas salubristas aprendidas en los EEUU. Pero igualmente, profesionales estadounidenses vinieron al país como asesores técnicos o directores de programas.

La influencia norteamericana comienza a sentirse mucho más en el plano nacional desde la primera década del siglo XX. El capital estadounidense estaba invirtiendo en la explotación de petróleo, minerales y algunos productos agrícolas como el banano y el café orientando el comercio colombiano cada vez más hacia ese país; En 1905, el Presidente, General Rafael Reyes entregó las primeras concesiones petroleras más por relaciones de compromiso políticos y familiar que por posibilidades empresariales reales. Al General Virgilio Barco, y Roberto de Mares. Como ninguno de los dos tenía la factibilidad económica de explotar dichas concesiones, en 1916, la Concesión de Mares fue negociada con la Standard Oil Company, quienes fundan la Tropical Oil Company, y la Concesión de Barco pasa en 1918 a manos de la Gulf Oil Company, quienes eran la competencia directa de la Estándar Oil Company en el ámbito internacional fundando así la Colombian Petroleum Company, por otra parte desde finales del siglo XIX y comienzos del XX, la producción cafetera se había comenzado a perfilar en Colombia como la principal actividad económica nacional, convirtiéndose en el núcleo más dinámico del desarrollo del país. Estados Unidos estaba interesado en el café, producto que ocupaba el primer rango, y casi el único, de las exportaciones colombianas hacia este país. Así, a mediados de la década de 1920 alrededor del 80% de las exportaciones se hacían a Norteamérica⁴⁸.

Simultáneamente con la consolidación del movimiento higienista colombiano en 1886, comenzaron a realizarse en el país las primeras investigaciones desde la perspectiva de la nueva teoría microbiana, recién propuesta en Europa. Este hecho representó un punto de partida, pues con él se demarcó, el comienzo del proceso de transito desde la higiene

⁴⁸ Todos estos nuevos asentamientos petroleros y fruteros norteamericanos, estaban localizados en zonas tropicales inhóspitas e insalubres y por tanto exigían acciones sanitarias inmediatas con el fin de erradicar y controlar las peligrosas enfermedades que podrían hacer daño a los trabajadores allí presentes **QUEVEDO**, Op. cit, p. 199,-204.

pública hacia la medicina tropical y la salud pública, Se abre la puerta para el desarrollo de la nueva Bacteriología, la cual tomó dos caminos distintos pero complementarios: por un lado, el descubrimiento de los gérmenes asesinos, causantes de enfermedad y de muerte permitiría diseñar una estrategia de guerra para exterminarlos, por otro lado, la elaboración de estrategias protectoras. La comprensión de los mecanismos de acción de los gérmenes en el cuerpo humano y la conciencia de la efectividad de la vacuna permitió pensar una estrategia de defensa militar contra estos enemigos mortíferos⁴⁹.

Con la implementación de políticas para mejorar la exportación de productos agrícolas colombianos (café y Banano), hacia el exterior especialmente Estados Unidos; se pretendía eliminar la mala imagen de los productos nacionales producida por la presencia de enfermedades endémicas en puertos, y cultivos, entre las políticas que se implementaron se encontraban: mejorar la salud de la población que habitaba estas zonas, “al estado le interesaba tener un mayor número de trabajadores, sanos y productivos creando un nuevo objeto de estudio: las condiciones sanitarias de la población, una actividad ocupacional dirigida a mejorar y mantener estas condiciones” el gobierno del Presidente José Manuel Marroquín (1903 – 1904)⁵⁰ adquiere ciertos compromisos con la OSI en la Conferencia Internacional de los Estados Americanos de México, (1901-1902), responsabilizándose en acatar las recomendaciones de las Convenciones Sanitarias:

- La transmisión rápida y regular a la OSI de “todos los datos de cada carácter relativo a las condiciones sanitarias de sus respectivas partes y territorios” y la cooperación en la “investigación de cualquier brote de enfermedades pestilenciales”
- La reducción del tiempo de detención y desinfección en las estaciones de cuarentena hasta el “mínimo tiempo posible consistente con la seguridad pública y de acuerdo a los preceptos científicos”

⁴⁹ Ibid, p. 73, 77.

⁵⁰ Tomado de la página de Internet de la presidencia de la República de Colombia el día 28/03/2009, http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/historia/josemanumarro.htm

- El uso de medidas empleadas en La Habana para la prevención de la fiebre amarilla, con base en el hecho de que la picadura de ciertos mosquitos era hasta entonces la única forma natural conocida como medio de propagación de la fiebre amarilla.
- La prevención del ingreso de la enfermedad por los barcos con personas infectadas conforme a los métodos empleados en tierra, aunque hubiera cuestiones relacionadas con la importación de mosquitos que requirieran mayor estudio antes de decidir recomendar cualquier modificación de las leyes de cuarentena.
- El estudio de la “distribución geográfica del mosquito del género *stegomya*”, vector de la fiebre amarilla, para que los resultados tuvieran en el futuro aplicación práctica.
- La destrucción de los mosquitos y otros insectos.
- La adopción de medidas para la disposición de la basura y restos para prevenir la difusión de la peste bubónica y otras enfermedades⁵¹.

Ya en futuras conferencias Sanitarias Internacionales la problemática dejó de centrarse en enfermedades como el: cólera, peste, fiebre amarilla y fiebre tifoidea, y pasó a centrarse en discutir problemas nacionales básicos como vacunación obligatoria contra la viruela, campañas contra la malaria, tuberculosis, centralización de la legislación sanitaria nacional y promoción de estudios científicos de las enfermedades tropicales.⁵²

Durante los años comprometidos entre 1920 y 1950, la comunidad internacional sintió una confianza cada vez mayor en Colombia, debido a que el Estado adquirió mayor competencia y Colombia disfrutó de un gobierno civil permanente, donde se logró importantes avances en la medicina “tropical” y aumentó considerablemente la cantidad de personal médico y paramédico calificado. Se amplió la asesoría de organismos

⁵¹ A esta primera convención le siguieron la II Convención Sanitaria Internacional realizada en Washington en 1905, y la III realizada en México 1907, la cual estableció las relaciones entre la OSI y la Organización Internacional de Higiene Pública (OIHP), con sede en París tratando básicamente con las tres enfermedades que preocuparon a los países desarrollados de entonces: cólera, peste y fiebre amarilla 100 años de la OPS Op. cit, p. 24.

⁵² Se hizo énfasis en parasitología, anatomía patológica, establecimiento de laboratorios en los puertos marítimos para diagnosticar los enfermos y realizar investigaciones en medicina tropical y patología general, de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades de salud. Ibid., p. 25.

internaciones, tanto filantrópicos como estatales; con el fin de poder combatir y controlar de manera efectiva la enfermedad a pesar de la crisis, de la depresión Mundial, la Segunda Guerra Mundial, y la violencia. El país que se insertaba tarde a la economía internacional, mediante el sector de exportaciones del café, el cual le brindaba ventajas. En el sector de la salud estas ventajas se reflejaron en la tendencia a modernizar la teoría y práctica profesionales, especialmente mediante estudios en el exterior, se insistió también en mejorar las condiciones sanitarias, principalmente en los puertos marítimos y fluviales, restando obstáculos a los movimientos del comercio internacional⁵³. A finales de la 1a década del siglo XX (1909) la FR llega a Colombia creando una Junta o Comisión Sanitaria cuyos propósitos y logros le permitieron una amplia acción en el campo de salud de varios países, Por medio de una dinámica política y económica internacional, liderada por los Estados Unidos, que estaba dirigida a resolver las múltiples necesidades de desarrollo socioeconómico interno, haciendo que los países que estaban siendo intervenidos por la hegemonía Estadounidense adopten y apliquen una especie de obediencia convirtiéndose en el vehículo a través del cual el Estado colombiano comenzó a incorporar la iniciativa de reglamentar la sanidad portuaria, y el concepto de higiene pública, el origen y crecimiento de los Estados Unidos como potencia mundial, económica y militar, causa que las naciones emergentes o envía de desarrollo desplacen a las naciones Europeas como principales compradores de sus productos. Lo mismo sucede en Colombia que no es ajena a la dinámica económica, sanitaria y social del momento convirtiendo a EE.UU. En el primer inversionista de capital, en especial con la explotación de petróleo, el cultivo del banano y los transportes⁵⁴.

El Estado en su proceso de modernización interviene en las relaciones económicas y sociales bajo la figura de libre mercado, favoreciendo la consolidación de capital de unos

⁵³ Simultáneamente se realizaron varias transiciones, se paso de ser u país de población rural, a convertirse en uno de población urbana, experimentando la “explosión demográfica”. Personas de importancia en la clase media y en los sindicatos adquirieron conciencia de que era importante tener una política activa en materia de higiene pública y fomentar la educación en materia de salud y nutrición. **ABEL**. Op. cit., p. 13.

⁵⁴ El desarrollo económico nacional desde el siglo XIX se baso en la exportación de materias primas y productos agrícolas, (Café, Banano), hacia EE.UU. los cuales contaban con los recursos económicos para pagar proyectos modernizadores, a pesar de la tensión que había por la intervención de EE.UU. en el canal de Panamá. 100 años de la OPS. Op. cit, p 26.

pocos, fortaleciendo el sistema capitalista y el sector empresarial de la época que cada vez más consolidado, comenzó a opinar e intervenir sobre el tipo de Estado que quería tomando conciencia de las ventajas que traería la normalización de las relaciones con los Estados Unidos, al punto que hicieron de este propósito el eje de la actividad internacional durante las administraciones de Rafael Reyes (1904-1909), Carlos E. Restrepo (1910-1914), José Vicente Concha (1914-1918) y Marco Fidel Suárez (1918-1921)⁵⁵.

El presidente Rafael Reyes orientó sus políticas, a mejorar las relaciones con los Estados Unidos, ya que estaba seguro del beneficio para la economía cafetera y la nueva sociedad burguesa de nuestro país. Por medio suyo el Estado colombiano comenzó a incorporar la iniciativa, originalmente norteamericana, de reglamentar la sanidad portuaria, por medio de la reglamentación jurídica, y la obtención de personal calificado para tal fin. “La Convención Sanitaria de Washington vendría a ser, el primer proyecto sobre sanidad que se proponía a la legislatura del país”⁵⁶.

Sin embargo no era suficiente garantía para combatir las enfermedades endémicas de la época, pertenecer a una comisión internacional, era necesario evitar la propagación de enfermedades que pudiesen llegar a invadir el territorio nacional, entonces la comisión decidió añadirle a la Ley, la creación de cuerpos de policía sanitaria marítima y terrestre, constituidos por personal de la JCH, las Juntas Departamentales de Higiene (JDH), los Inspectores de Sanidad, los Médicos de Sanidad, directores y subalternos de las estaciones sanitarias, sumado a ello se hace evidente la obligatoriedad de reportar cualquier caso de enfermedad transmisible, el compromiso de establecer estaciones sanitarias en los puertos de Cartagena y Buenaventura equipados con hospitales que contaran con aislamiento, aparatos de desinfección y laboratorio bacteriológico y químico⁵⁷.

⁵⁵ **CARDONA**, Op, cit., p. 95-97.

⁵⁶ Con esto el país se incorpora a la modernidad de la época iniciada por Europa, y perfeccionada y divulgada para todo el mundo por EE.UU. 100 años de la OPS. Op. cit, p. 27.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 27.

El cumplimiento en la declaración de obligatoriedad de las enfermedades origina discusión entre los médicos argumentando que los enfermos no acudirían al médico, por miedo de las consecuencias⁵⁸.

5.5 APOYO DE LA DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER CONTRA LAS ENFERMEDADES EPIDÉMICAS EN COLOMBIA.

El Estado fue el hermano menor de la iniciativa privada y filantrópica en lo referente a servicios de salud en algunos sectores fue el árbitro y juez que establecía normas y brindaba orientación. En consecuencia, la dirección quedó en manos de líderes profesionales, de organizaciones católicas y seculares de caridad, que manejaban hospitales y orfanatos, de empresas progresistas pertenecientes a ciudadanos extranjeros y nacionales que emprendieron experimentos en la prestación de servicios sanitarios administrados como un compañía, y también en manos de organismos externos tales como el Comité Internacional de la Salud (CIS), perteneciente a la FR. Las misiones extranjeras promovieron el orden fiscal y una estabilidad económica internacional más amplia que despertaron la confianza de los acreedores y los inversionistas. Los asesores de la FR ayudaban a elevar la capacidad de las autoridades nacionales y de las ciudades para manejar los problemas de higiene, tomando parte en la creación de laboratorios de salud pública en Bogotá y Barranquilla. Ellos trasplantaron modelos organizacionales y tecnología cuando se les pidió determinar la presencia de la fiebre amarilla en Colombia y asesorar sobre las modificaciones necesarias para los procesos de cuarentena. La asesoría de la FR fue valiosa en la práctica, al dar aprobación extranjera y aparentemente neutral a los diagnósticos que, sobre problemas de la salud pública, habían dado los funcionarios locales⁵⁹. La primera intervención de la FR en nuestro país se da entre los años de 1916 – 1917 según los autores consultados, con la visita de una comisión de investigadores estadounidenses integrada por médicos que, en

⁵⁸ Ibid., p. 34.

⁵⁹ El hecho de que los asesores de la FR confirmaran un diagnóstico de fiebre amarilla, realizado por los médicos bumangueses durante un brote de la enfermedad en Santander, motivó el desembolso de fondos para contrarrestar su difusión. **ABEL**, Op. cit, p. 63 – 15.

su mayoría y como solía suceder, trabajaban con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, los cuales cumplían tareas de organización y desarrollo de la OSI y las conferencias sanitarias continentales: “Dr. William G. Gorgas, Mayor General del Servicio Sanitario de los Estados Unidos de América, Director de los trabajos de santificación en Cuba y Panamá, Cirujano Mayor del Ejército Norteamericano y Presidente de la Comisión; Dr. Henry Carter, Inspector de Sanidad Marítima de los Estados Unidos y jefe del Servicio de Cuarentenas; Dr. Teodoro C. Lyster: Médico Militar de los Estados Unidos y Segundo Jefe Sanitario de la Zona del Canal de Panamá; Dr. Eugene R. Whitmore, Bacterilógista del Servicio de Sanidad Americano, Profesor de Anatomía Patológica y Parasitológica; Dr. William Wrightson, Ingeniero Sanitario y Secretario de la Comisión; y Dr. Juan Guiteras, jefe del Departamento de Sanidad de Cuba”. Hacían parte de la comisión que era financiada por la Fundación para el estudio de un posible brote de fiebre amarilla que tendría implicaciones comerciales. Los Estados Unidos establecieron la cuarentena para los barcos de Colombia y otros países que pasaran por sus puertos rumbo a Panamá; como parte de la estrategia puesta en marcha para estudiar la situación de la fiebre amarilla en América Latina, se hizo un estudio para determinar la presencia de la fiebre amarilla en el país. El objetivo era el de determinar la necesidad o no de la cuarentena impuesta a los barcos y a todos aquellos que tocasen nuestras costas, según las normas implantadas por la Oficina Sanitaria Internacional⁶⁰. El grupo investigador recorrió varias zonas del país en donde se habían detectado brotes de esta enfermedad, concluyendo que no existían focos epidémicos de la misma⁶¹.

El mérito general de la asesoría de la FR fue el de estimular en Bogotá y en varias capitales departamentales la tendencia a racionalizar la organización sanitaria, fortalecer las incipientes instituciones de la higiene pública y establecer criterios de costos y viabilidad en la formulación de políticas, y de competencia más bien que de filiación política partidista en la selección del personal. En un contexto en el que la iniciativa

⁶⁰ QUEVEDO, Op. cit, p. 202.

⁶¹ El gobierno colombiano preocupado por las limitaciones que esta medida imponía a la participación comercial con su principal socio internacional, solicita a la FR el envío de la comisión investigadora. 100 años de la OPS, Op. cit, p. 35.

privada nacional y filantrópica, habitualmente cooperaba con los que trazaban las políticas públicas, los asesores extranjeros eran fácilmente escuchados, la accesoría de la FR solo se refería a campos como la difusión del conocimiento científico mediante el desarrollo de laboratorios, donde la FR tenía un conocimiento especializado reconocido⁶².

Si bien algunos países europeos, entre ellos Inglaterra, Holanda y Francia, emprendieron el estudio de la fiebre amarilla en laboratorios en el continente y en diversos puntos de sus colonias tropicales, el líder indiscutible en este campo fue la Fundación Rockefeller a través de la IHB. De hecho, la fiebre amarilla habría de dominar los programas de la IHB desde 1916, y fue gracias a ellos que forjó su prestigio, ligando su nombre junto a la investigación en fiebre amarilla. El temor que existía de propagación de la fiebre amarilla despertó en 1914 con la apertura del Canal de Panamá, ya que ahora podía ser transportada por naves transoceánicas infectadas. Tal evento podría en teoría desatar epidemias catastróficas, dada la enorme población y la presencia en el continente del mosquito vector. La aparición de la fiebre amarilla en cualquier punto desataba el pánico en la población debido a la aparición de sus síntomas (fiebre, coloración amarilla de la piel, hemorragias que en los casos más severos producían vómitos de sangre) y su alta mortalidad (uno de cada tres afectados moría). Las epidemias paralizaban por completo el comercio debido a las cuarentenas obligatorias, causando enormes pérdidas económicas. Confrontado a este problema, Wickliffe Rose, director de la IHB, consultó con los expertos más importantes de la época: el General William Gorgas, quien dirigió el saneamiento de la zona del Canal durante su construcción, Henry Rose Carter y Joseph White. Gorgas estaba convencido de la posibilidad de erradicar la fiebre amarilla, y los otros expertos coincidieron en considerar el momento oportuno para vender la idea de la erradicación a la Fundación. Fue así como la IHB se comprometió con la erradicación de

⁶² La iniciativa filantrópica nacional, raras veces eficiente o efectiva en su cubrimiento y cada vez más incapaz de responder adecuadamente a la creciente población urbana, estuvo complementada por iniciativas filantrópicas internacionales, especialmente los proyectos de la FR, cuyas campañas contra determinadas enfermedades en ciertas regiones constaba de paquetes desarrollados en otros países, que los funcionarios de la Fundación trataban de adaptar a las circunstancias locales. Las campañas patrocinadas por la FR se imponían desde arriba una vez que las élites locales habían dado su aprobación, sin consultar a los pequeños finqueros y trabajadores rurales que iban a ser sus principales beneficiarios. **ABEL**, Op. cit, p.71.

la fiebre amarilla en las Américas. El programa contra la fiebre amarilla estuvo activo durante 34 años, con la participación de 76 miembros de la fundación⁶³.

La Comisión visitó los centros endémicos sospechosos en Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela. Ese mismo año visitó también los principales puertos de Brasil, como el de Río de Janeiro, concluyendo que el único centro endémico en Suramérica era Guayaquil (Ecuador). Esta teoría se conoció como la Teoría de los centros clave, fundamento científico del esfuerzo de erradicación. A mediados de los años 20 la fiebre amarilla era considerada una enfermedad en vías de extinción. Con recursos y expertos que ya no eran necesarios en América Latina, la Fundación abrió un nuevo frente en África occidental. En 1925 empezó a trabajar la Comisión de Fiebre Amarilla de África Occidental con objetivos muy específicos: determinar si la fiebre amarilla africana y la americana eran idénticas, y evaluar si las condiciones africanas eran favorables para un esfuerzo de erradicación similar al de las Américas⁶⁴.

En el año de 1918 la Junta Sanitaria Internacional de la FR da a conocer su quinto informe anual donde comunica que se había recibido una solicitud del gobierno de Marco Fidel Suárez (1918-1921)⁶⁵, para realizar una campaña contra la Uncinariasis, desarrollada por la FR en varios países y en los propios Estados Unidos, que debía comenzar en 1919 y se prolongaría hasta 1934. Dicha campaña fue planteada y promocionada por la Sociedad de Agricultores de Colombia (SAC) y por uno de sus directivos más notables, Jesús del Corral, quien llegó a ser ministro de Agricultura y Comercio del gobierno de Marco Fidel Suárez. La Fundación envió al doctor Louis

⁶³ El propósito inicial de la IHB en 1913, año de su creación, fue extender a América Latina, oriente y el Imperio Británico el trabajo en Uncinariasis que la Comisión Sanitaria de la Rockefeller había llevado a cabo en los estados sureños de Estados Unidos, pero debido a la magnitud de la fiebre amarilla en países africanos incorpora al poco tiempo medidas para implementar este programa. **MEJÍA**, Rodríguez Paola, De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948, En: Revista Dinamos Historia de la Medicina, Salud y Ciencias, Universidad Granada España, Vol. 24 año 2004. p. 126.

⁶⁴ Desde 1925 hasta finales de los años 30, más del 50% del presupuesto para enfermedades se asignó a la fiebre amarilla, en 1918 el control de la fiebre amarilla logra tener éxito en Guayaquil. Ibid. p. 127

⁶⁵ Tomado de la página Web de la presidencia de la República de Colombia el día 18/04/2009, http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/historia/4.htm.

Shapiro, cubrió las regiones cafeteras y algunas otras zonas, y “fue el punto de partida de la influencia directa y sistemática norteamericana en salud pública, la cual se prolongó a toda la primera mitad del siglo XX”⁶⁶. El sábado 13 de diciembre de 1919, es decir. Luego de la llegada de Schapiro al país, Pablo García Medina, desde la Dirección Nacional de Higiene emitió la resolución 44 la cual creaba una comisión sanitaria que sería la que trabajó con Schapiro en su estudio diagnóstico. (El Tiempo, 15 diciembre, 1919). La comisión debía practicar estudios para determinar el índice o grado de infección por Uncinariasis en varias poblaciones de Cundinamarca (La Mesa, el Colegio, Tena, Anapoima, Anolaima, Duitama, Zipacón, Girardot, Tocaima, Nilo, Nariño, Ricaurte, Jerusalén, Pulí, Sasaima, La Vega, San Francisco, Chía, Cajicá y Facatativá). Dicha comisión estaba compuesta por Gabriel Olóxaga recién graduado en Medicina, Campo E. Cortés, Rubén García jefe del laboratorio Santiago Samper del Hospital San Juan de dios de Bogotá, Gabriel Uribe ayudante del laboratorio, José Gregorio Franco, Francisco Vernaza, Antonio Peña y Alfredo Duarte quienes tenían experiencia gracias a sus prácticas realizadas en el laboratorio de Federico Lleras Acosta. Igualmente, la Academia Nacional de Medicina nombró en diciembre de 1919 una comisión para que, atendiera y presentara el concurso necesario a la FR, dicha comisión estuvo compuesta por Pablo García medina, entonces director de la Dirección Nacional de Higiene, Roberto Franco y José María Montoya. Así pues, en el estudio preliminar del representante de la FR tomaron parte tanto la comisión creada por la Dirección Nacional de Higiene (resolución 44 de diciembre de 1919) como la comisión establecida por la Academia Nacional de Medicina. El estudio arrojó la prevalencia de la Anemia Tropical o Uncinariasis, la Ascaridiasis y la Trichuriasis, en el Departamento de Cundinamarca, donde de cada 100 personas 95 albergaban alguno de los tres parásitos, entre un total de más de 8500 personas. Antes de terminar el estudio, Shapiro presentó a Jesús del Corral una

⁶⁶ La SAC y Jesús del Corral representaban básicamente los intereses de los exportadores de café, producto que para entonces ya se había convertido en la columna vertebral de la economía nacional, la campaña se adelantó con la creación de un departamento especial, adscrito a la Dirección Nacional de Higiene y financiado conjuntamente por la FR y el Estado colombiano, el cual se concentró en establecer instrumentos para crear y desarrollar un sistema de sanidad portuaria, marítimo, fluvial y terrestre, en relación con las enfermedades epidémicas, cólera, peste y fiebre amarilla, apoyándose en las directrices emanadas de “convenciones” y conferencias sanitarias continentales cuya dirección estaría a cargo de la FR. 100 años de la OPS, Op. cit, p.36.

propuesta de convenio que trabajo entre la Junta Sanitaria Internacional y el Gobierno Colombiano. Jesús del Corral Ministro de Agricultura y Comercio respondió positivamente 4 días después (El Tiempo, 22 enero, 1920), y dicho convenio fue aprobado por la comisión ejecutiva de la Junta Internacional de Higiene el 16 de febrero de 1920, el gobierno se compromete a:

- Organizar una Comisión sanitaria del suelo, que vigilará la construcción de excusados sanitarios, antes de emprender medidas curativas.
- Organizar un Departamento de Uncinariasis creado por el gobierno nacional días antes.
- Eximir de derechos de aduana todos los elementos necesarios; a transportar todo aquello que haya de usarse en la campaña, al transporte de todos los empleados, con excepción del Director,
- Dar una oficina central en Bogotá y oficinas en los Distritos donde se establezcan trabajos⁶⁷.

Desde el Departamento de Uncinariasis, la FR comenzó a ejercer sistemáticamente su influencia sobre la sanidad del país. Colombia, según los datos que poseía la IHB en 1917 aparecía como altamente infectada en todo el territorio correspondiente a la cadena montañosa andina que atraviesa el país de norte a sur. La campaña asumió la división político administrativa del país para organizar el trabajo de las comisiones de tratamiento y saneamiento. Las primeras financiadas por la FR y la segunda por el gobierno nacional, ambos frentes se acompañaban de actividades educativas. Estas dos comisiones hacían parte de uno de los métodos de trabajo que empleó la Junta Sanitaria Internacional

⁶⁷ La colaboración repartía responsabilidades entre el Gobierno Nacional y la Fundación e implicaba que esta última mantendría su apoyo hasta que el Gobierno estuviese en capacidad de tomar en sus manos la responsabilidad y el control del trabajo. El equipo comprado quedaría como posesión colombiana. La importancia que tenía para las elites nacionales la cooperación de la FR en esta campaña, determinó la rapidez y solicitud con la que actuaron tanto los estamentos burocráticos para crear el Departamento de Uncinariasis, como el cuerpo médico nacional. El gobierno cedió cuatro oficinas en el capitolio nacional para la dirección del Departamento de Uncinariasis, QUEVEDO, Op, cit., p. 208 – 210.

contra la Uncinariasis y se llamó “método intensivo” utilizándose durante los primeros años en nuestro país, el objetivo de dicho método era aproximarse a la curación y control completos de la enfermedad en un área determinada, la comisión de tratamiento, pagado por la FR, se encargaba del examen, tratamiento y educación del pueblo. Consistía en 1 médico a cargo, llamado director de campo, dos ayudantes, 4 microscopistas, 12 enfermeras y 1 o 2 vigilantes. El otro grupo sostenido por el gobierno, se dedica a introducir y mantener las medidas sanitarias necesarias designadas. La FR pretendía que las campañas sanitarias dieran origen a la construcción y organización de instituciones de salud estables en cada uno de los países blanco de su acción. Se esperaba que en Colombia este trabajo fuera la oportunidad para que el gobierno construyera una organización sanitaria tecnificada y permanente en forma gradual, según avanzara el trabajo de un área a otra y según se desarrollara un sentimiento permanente en el público. Hacia 1923, el método de tratamiento intensivo fue sustituido por el de tratamiento en masa, cuando la campaña se extendió a Antioquia, los oficiales encontraron que, a diferencia de los habitantes de la sabana de Bogotá, allí la población presentaba cierto grado de infección con otros parásitos intestinales. El entonces representante de la FR, Frederick Miller, optó por el tratamiento en masa, a pesar de la inexperiencia de la Junta Sanitaria Internacional en ello. Este método fue desarrollado por Darling y se basó en la observación de la relación estrecha que existía entre la infección humana y la intensificación del terreno, mientras mayor fuera el número de gusanos por persona en una comunidad dada, tanto mayor sería el grado en que el terreno se encontrara infectado, ahora se trataba de examinar la intensidad de la infección escogiendo en cada localidad un determinado número de personas que por sus costumbres o por sus métodos de trabajo se suponían más infectadas y calculando en ellas el número de parásitos que albergan, se determinaba el número de tratamientos que esa comunidad necesitaría y las medidas sanitarias que debían ponerse en práctica con carácter permanente para evitar la infección⁶⁸.

⁶⁸ Para finales de 1926, el total de tratamientos ascendió a 1'892.956, cifra que superaba a todas las naciones donde la FR trabajaba, La campaña, que inicialmente se había planteado para un periodo de 5 años, es decir, hasta el 31 de mayo de 1925, fue extendida por 5 años más, debido a que la organización estatal Colombiana era aún demasiado débil para asumir el control, *Ibid.*, p. 219, 220.

Los patrones de mortalidad y morbilidad estaban alterándose en forma significativa. En la década de 1920 las enfermedades asociadas con la infancia, la niñez y la desnutrición constituían una plaga permanente en todas las regiones, y las enfermedades tropicales que mataban, incapacitaban y debilitaban, eran endémicas o epidémicas en las tierras baja; Las crisis fiscales y políticas recurrentes con cambios frecuentes de los ministros encargados de la política social, limitaron el alcance de la iniciativa del estado para la ejecución de modestos proyectos prevaleciendo la práctica burocrática rutinaria. Al comienzo de la Depresión Mundial de 1929 a 1933 la posición colombiana en materia de higiene y sanidad estaba dada a que un contingente modesto pero permanente de estudiantes colombianos que regresaban de Paris, Londres, Liverpool, Edimburgo, y Montpellier brindaban la oportunidad a los líderes del gremio para absorber y difundir una cantidad cada vez mayor de conocimientos preventivos y curativos que se habían adquirido en las colonias británicas, francesas y en otros países latinoamericanos principalmente Brasil. Simultáneamente, la presencia de misiones de la FR significaba que Colombia tenía acceso tanto a la pericia técnica acumulada al conducir campañas contra las enfermedades tropicales en el sur de los Estados Unidos como a la experiencia en medidas de reforma sanitaria en Cuba, Puerto Rico, Jamaica y Panamá. Como beneficios de la visita de la comisión de la FR, y la filantropía personal de algunos laicos quedan en el Laboratorio Samper Martínez, fundado por Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría, el Centro Nacional del Conocimiento Higienista, cultivos de *leptoespira icteroide* de Noguchi y de *leptoespira icterohemorrágica* importados de Nueva York para el diagnóstico de la enfermedad, con lo que se consideraba que ya el país estaba en capacidad de resolver el diagnóstico de la fiebre amarilla.^{69, 70}. En 1923 Frederick Russell había tomado el liderazgo de la FR e iniciado una política de apoyo a los laboratorios de investigación biomédica en todo el mundo. Russell empezó a presionar para que se estableciera en los Estados Unidos un laboratorio central de fiebre amarilla

⁶⁹ 100 años de la OPS Op. cit, p. 49.

⁷⁰ El laboratorio permitió que la información endémica procedente del exterior y de las diferentes regiones del país pudiera recibirse de forma adecuada facilitando el transporte y distribución de vacunas en todo el país. El Director de la FR, Frederick Russell, comentó que el laboratorio era un modelo para el continente, comparable solo con los laboratorios de Río de Janeiro y Buenos Aires, por la calidad de su organización y prestación de los servicios. **ABEL**, Op. Cit, p. 41.

donde pudiera llevarse a cabo un trabajo más intensivo. En junio de 1923, dos habitaciones del Instituto Rockefeller en Nueva York se convirtieron en el Laboratorio de Fiebre Amarilla, como parte orgánica de la Junta Sanitaria Internacional el cual habría de reunir a los virus de África y Suramérica bajo un solo techo, donde pudieran ser estudiados en detalle por científicos altamente entrenados con equipos de punta a su disposición. Nueva York no sólo era equidistante de las dos áreas de prevalencia de fiebre amarilla, sino que estaba por fuera de la zona de presencia natural del virus, lo cual evitaría posibles confusiones, además la sede de la Fundación Rockefeller⁷¹. En el año de 1926, se fundó el Instituto de Higiene a partir de la compra del Laboratorio Samper-Martínez, por parte del Estado, para impulsar el servicio de la Higiene Pública. El Dr. Sawyer de la FR y Pablo García Medina, de la Dirección Nacional de Higiene, se pusieron de acuerdo para que el médico colombiano César Uribe Piedrahita (1896-1951), Quien contaba con una amplia trayectoria en el campo de la biomedicina y la parasitología, fuera el director del Instituto. El decreto 510 del 15 de marzo de 1926 reglamenta el Laboratorio de Higiene Samper Martínez. El cual se convierte, desde ese momento, en el laboratorio Nacional de Higiene Samper Martínez. Y convirtiéndose en 1928 en el Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez⁷².

El trabajo del Laboratorio de Fiebre Amarilla de Nueva York llevó al descubrimiento de una vacuna efectiva en 1937, la vacuna 17D, empleando una cepa modificada del virus de fiebre amarilla aislado de un paciente africano. La FR emprendió la fabricación masiva de vacuna antiamarílica. Existía un plan previo para producir vacunas contra la influenza en caso de que se presentara nuevamente una pandemia como la ocurrida durante la Primera Guerra Mundial; la influenza no regresó con las mismas proporciones, y las instalaciones permanecían inutilizadas. En un principio, la FR intentó persuadir a varias compañías para que fabricaran la vacuna contra la fiebre amarilla, pero no había grandes ganancias en perspectiva, y las compañías esperaban ganar al menos dos dólares por dosis. La FR podía producirla por 2 ó 3 centavos usando las instalaciones para la vacuna

⁷¹ **MEJÍA**, Op, cit., p. 128, 129.

⁷² **QUEVEDO**, Op, cit., p. 243, 245.

de la gripe, incluyendo los salarios del personal. La FR decidió entonces fabricarla ella misma como contribución al esfuerzo estadounidense durante la Segunda Guerra Mundial. Entre 1942 y 1946 se distribuyó la vacuna sin costo alguno a los gobiernos hasta que se transfirió la responsabilidad de la manufactura y distribución a las agencias gubernamentales del Brasil, Colombia, y de África⁷³.

Con respecto a la fiebre amarilla, podemos distinguir dos periodos en la intervención de la Fundación en Colombia: el primero iría entre 1916 y 1933, y que podría llamarse de “antecedentes de la campaña” periodo en que la Fundación participó de manera directa en la investigación, manejo y control de las epidemias de fiebre amarilla, El segundo periodo iría entre 1934 y 1948, o la “campaña” propiamente dicha, el cual se caracterizaría por el trabajo del laboratorio de investigación sobre fiebre amarilla de la Sección de Estudios Especiales establecida en Bogotá desde 1934. Donde se consolidó la institucionalización definitiva del modelo de investigación biomédica sobre enfermedades tropicales en Colombia⁷⁴.

La coincidencia entre la intención de la FR de emprender un estudio sobre la situación de la fiebre amarilla y la presencia de un brote en Bucaramanga condujo a que la FR ofreciera su cooperación técnica y financiera para el manejo de esta epidemia. Fue así como se acordó que tanto el gobierno nacional como la Rockefeller darían cada uno el 50% de los recursos necesarios para el establecimiento de una campaña con el *Aedes*, para el desarrollo de algunos programas de asistencia pública, y atención a los enfermos en los hospitales. La Dirección Nacional de Higiene emitió la resolución 220 del 23 de mayo de 1923 por la cual creaba una comisión para combatir la fiebre amarilla en Bucaramanga, y otras en Rionegro, Piedecuesta, la Florida, y Girón. La epidemia dio pie a que la campaña contra el mosquito se extendiera en Santander y en algunos Puertos

⁷³ MEJÍA, Op, cit., p. 132, 133.

⁷⁴ QUEVEDO, Op, cit. p. 274, 275.

como Girardot, Puerto Berrío, y Barranquilla. La campaña se extendió hasta junio de 1924, fecha en la cual se dejó en manos del gobierno nacional su manejo en los puertos.⁷⁵

El crecimiento de las exportaciones tuvo inmediatas consecuencias para la salud. Los trabajadores estacionales que migraban del altiplano a las tierras productoras de café de la tierra templada estaban expuestos a las enfermedades intestinales. El centro de producción de petróleo de Barrancabermeja y la zona productora de banano de Santa Marta fueron notables por su riesgo de enfermedades. Muchos trabajadores que construían los ferrocarriles para el transporte del café entre Medellín y el puerto fluvial de Puerto Berrío eran víctimas de la tuberculosis, causada por el hacinamiento y las condiciones antihigiénicas de vida y trabajo. Un brote de epidemia en un Puerto del Caribe o del Magdalena podía provocar un estancamiento del comercio debido a los procedimientos de desinfección y a los exámenes médicos, desviándolo hacia un Puerto rival, “La posibilidad de interrupción de las relaciones comerciales cuando la Comisión del Canal amenazaba con excluir los embarques de Buenaventura durante una epidemia, estimularon la acción rápida del gobierno colombiano”⁷⁶. El interés de la FR estaba centrado en poner en marcha el nuevo modelo en aquellas regiones donde existiese. Condiciones para garantizar su afianzamiento, de tal forma que se crease una estructura sanitaria nacional que luego se hiciese cargo de difundir y poner en marcha el modelo en otros lugares más apartados y difíciles del territorio nacional. La FR estaba más preocupada por el problema técnico de demostrar la importancia, la bondad de las acciones en salud pública y por el problema político de hacer evidente su interés en ayudar al país, que por erradicar la enfermedad en todas las zonas endémicas. Para la FR lo importante era que los Departamentos que de ella dependían lograsen los objetivos propuestos: que la demostración de las posibilidades de la salud pública como forma de control de las enfermedades fuese efectiva; que los programas sanitarios se realizaran en

⁷⁵ Ibid., p. 278, 279.

| ⁷⁶ ABEL, Op, cit. p 52.

las zonas de interés económico y político de la Fundación y que los técnicos y políticos locales aceptasen la intervención extranjera como hecho positivo.⁷⁷

Los nuevos métodos de laboratorio para la detección de la fiebre amarilla permitió el reconocimiento de que la enfermedad había estado presente en forma endémica en regiones hasta entonces desconocidas, zonas rurales y selváticas y que no era exclusiva de las ciudades y puertos. Esto hizo que la FR estableciera un programa de evaluación de la situación de la fiebre amarilla en América y su posible control en esta región. La FR escogió para estas investigaciones en Sur América al Dr. Fred Lowe Soper, quien vino a nuestro país entre el 16 y 23 de septiembre de 1933, aquí se entrevistó con el Director Técnico del Departamento Nacional de Higiene, Enrique Enciso, quien había estudiado Higiene Pública gracias a una beca concedida por la FR en 1920, con el Director Administrativo del Departamento Nacional de Higiene, Alejandro Vilal Álvarez, y con el representante de la FR en Colombia y Director del Departamento de Uncinariosis, George Bevier. La FR dio por terminado, a partir de 1933, al apoyo financiero que venía aportando para las campañas de Uncinariosis en Colombia, desde ese momento la FR viró sus intereses hacia el lado de la fiebre amarilla. En 1934 el Departamento de Uncinariosis se transformó en Sección de Saneamiento Rural, y la FR y el gobierno nacional crearon allí un servicio especial para el estudio de la fiebre amarilla⁷⁸.

Una herramienta adicional para el estudio de la fiebre amarilla fue el estudio histopatológico del hígado de las víctimas de fiebre amarilla. Las lesiones características de la fiebre amarilla en el hígado habían sido descritas desde 1890, pero fue Enrique da Rocha Lima, un patólogo brasileño que trabajaba en Alemania, quien publicó en 1912 una descripción detallada usando técnicas modernas de tinción. El estudio patológico empezó a utilizarse en Brasil a finales de los años 20, y hacia 1930 se perfeccionó una técnica para obtener muestras de hígado del cadáver de víctimas de fiebre amarilla sin necesidad de hacer una autopsia, mediante un instrumento relativamente sencillo, el viscerótomo,

⁷⁷ QUEVEDO. Op. cit., p. 226-227.

⁷⁸ QUEVEDO, Op. cit., p. 282.

que podía ser manipulado por personas sin entrenamiento médico. La técnica se denominó viscerotomía⁷⁹.

Contando ya con la iniciación de los puestos de viscerotomía, tanto el Gobierno Nacional como la FR firmaron un nuevo convenio en 1936 en el que se definieron e institucionalizaron las funciones del nuevo servicio de cooperación para realizar trabajos sobre fiebre amarilla, llamándolo la Sección de Estudios Especiales de ahora en adelante (SEE), La SEE constaba, en 1936, con un área de pruebas de protección, otra de cría de ratones, una de entomología y otra de anatomía patológica, teniendo como objetivos generales: Realizar estudios de Fiebre Amarilla y Paludismo.

El personal para 1936 estaba conformado por:

Huge Smith, Director de la SEE. Luis Patiño Camargo, Jefe de Servicios de Fiebre Amarilla. Jorge Boshell Manrique: Estudios de campo en la región del Meta. Tulio Arango Pérez: Ayudante en el Meta, quien fuera becario de la FR en 1935 en estudios de Anatomopatología. Manuel García Roca: Estudios de campo en la región de Muzo. Ernesto Osorno: Ayudante de estudios de campo en Muzo y quien fue becado por la FR en 1936 por dos años para realizar estudios de Entomología. La FR también becó en ese año a Andrés Soriano Lleras para estudiar procedimientos de laboratorio⁸⁰.

La SEE, inició en el país la vacunación contra la fiebre amarilla, desde 1937, La producción de la vacuna en el país se inició en junio de 1939, cuando se inauguró la nueva sede en un lote cedido por el Instituto Nacional de Higiene en la calla 55 entre Kr 10 y 13. se estableció entonces un servicio permanente de vacunación y se organizaron las comisiones encargadas de distribuir la vacuna por el país la preocupación por la

⁷⁹ MEJÍA. Op. cit., p. 132, 133.

⁸⁰ QUEVEDO. Op, cit., p. 285.

vacunación contra la fiebre amarilla estuvo fuertemente relacionada con la necesidad de proteger la inversión extranjera, principalmente la industria petrolera en Santander, donde se encontraba instalada, las labores mineras como la Frontino Gold Mines y la Pato Mines en Antioquia y Choco, a las empresas afiliadas a la Tropical Oil Company (filial de la Standard Oil Company), y el Norte de Santander, donde operaba la Colombian Petroleum Company. También favorecía a grandes empresas con capital norteamericano vinculadas a explotación de caucho como la Rubber Reserve. La FR tenía pues una clara actitud filantrópica y humanitaria pero abiertamente dirigida a sus propios intereses y coterráneos residentes en Colombia⁸¹.

El diario El Tiempo registra la noticia el día 18 de Septiembre de 1942, bajo el título "Lucha contra el paludismo va a iniciar la misión Rockefeller"., en ella se destaca la importancia de la llegada al país de Nelson Rockefeller nieto del ya extinto magnate, quien haría un viaje oficial a Sur América, como representante de la Oficina de Relaciones Interamericanas, con el fin de estudiar los problemas creados por la Segunda Guerra Mundial y establecer programas de cooperación en diferentes áreas. Nelson Rockefeller llegó a Bogotá el 23 de septiembre de 1942 y durante los días 23, 24 y 25 se destacó la noticia en primera plana de la visita de Rockefeller quien venía de Brasil y Chile (El Tiempo, sep. 23, 1942), este personaje hace declaraciones como: "la misión de todos estos países es la de intensificar la producción de materias primas para la industria bélica"... "Estos países deben restringir sus necesidades como lo hacen los EEUU. Allí existe un gran espíritu de colaboración entre el gobierno y el pueblo." (El Tiempo, sept. 24, 1942 1 y 15) Con estas y otras declaraciones, queda en evidencia la intención de incentivar en Latinoamérica el sacrificio para la participación en la guerra reiterando la necesidad de orientar la producción de materias primas para la industria bélica⁸².

⁸¹ El éxito de las actividades de vacunación contra la fiebre amarilla y la producción de la vacuna en los laboratorios de la Sección de Estudios Especiales en Bogotá y Villavicencio fue tal, que en el año de 1941, los gobiernos de Inglaterra y Estados Unidos solicitaron la vacuna para los habitantes de Trinidad y Tobago y la Zona Central de Panamá, En 1944 la SEE, pasó a llamarse Instituto de Estudios Especiales Carlos Finay, donde la FR entregó al gobierno nacional la responsabilidad de la continuidad de los trabajos del laboratorio. Si bien el contrato de cooperación entre la FR y el gobierno expiró en ese año, el gobierno nacional emitió el decreto 322 en febrero de 1949 en el que dispuso, entre otras cosas, que el representante de la FR continuara utilizando sus oficinas y siguiera actuando como asesor y consejero técnico. Ibid, p. 287.

⁸² Con la visita de Rockefeller se propuso la creación de un servicio técnico especial que se conocería como el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de ahora en adelante (SCISP), y que serviría como intermediario para la cooperación entre el Gobierno de Colombia y el Instituto de Relaciones Interamericanas,

6. APORTES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN ENFERMERÍA

6.1 EL CASO DE ESTADOS UNIDOS.

En este último segmento se dedica una parte a conocer y resaltar el apoyo y participación de la Fundación Rockefeller en el desarrollo de la profesión de enfermería, mostrándola como aliado económico y científico elemental,

Entre 1918 y 1930 varias divisiones de la FR contribuyeron aproximadamente \$ 2.3 millones de dólares a la educación, la práctica y el desarrollo profesional de enfermería en los Estados Unidos. Con la ayuda de la Fundación se desarrollaron escuelas de enfermería universitarias, entre ellas Yale y Vandebilt. Es de anotar que el Informe Gold-Mark sobre Educación de Enfermería, considerando la contraparte del Informe Flexner de Medicina, permitió a las líderes de enfermería viajar dentro y fuera del país desarrollando, definiendo y perfeccionando conceptos antes no anticipados sobre enfermería; igualmente sobre la práctica y la investigación⁸³.

6.2 EL CASO DE BRASIL.

La Fundación Rockefeller intervino en Brasil entre 1916 a 1942. En 1916 la FR, detecta la falta de profesionales especializados en salud pública en Latinoamérica, esto conduce a que la FR se preocupe en crear organizaciones de salud, a nivel global por medio de la formación de personal calificado. En 1890, se crea en Brasil la Escuela Profesional de Enfermeros y Enfermeras (Escola Alfredo Pinto): ese año las hermanas de la caridad y algunas mujeres comienzan a ser educadas en la escuela, cuyo objetivo era preparar enfermeros y enfermeras para los hospicios de hospitales civiles y militares del país. En

siendo una entidad separada pero dependiente directamente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Se propuso que el SCISP interviniera en el saneamiento de puertos, el dominio de las enfermedades endémicas, establecimiento de centros de higiene, el mejoramiento de la nutrición y la preparación de personal colombiano en salubridad, ingeniería sanitaria, enfermería, administración de hospitales y otros ramos similares. Ibid, p, 297, 298.

⁸³ DURANA, Op, cit., p. 44.

medio de la crisis, los guardias y militares comenzaron a ser educados en la escuela, El modelo inicial de educación se caracterizó por la enseñanza de médicos quienes formaban a los enfermeros y enfermeras, este modelo fue modificado por la FR la cual pretendía formar enfermeras privilegiadas de género femenino preferiblemente, a través del entrenamiento y control de enfermeras norteamericanas contratadas por la Fundación. a partir del año de 1922 se crea el Servicio de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), en 1923 se crea la Fundación de la Escuela de Enfermeras del DNSP, bautizada en 1926 como Escuela de Enfermeras D. Anna Nery (decreto 17.268/26). Con esto se genera una perspectiva de una carrera construida por y para los profesionales de enfermería, eso sí con el consentimiento de los médicos, que tenían la potestad de decidir y seleccionar quienes ascendían por merito, esto condujo a que se organizara el trabajo fijando la jerarquía en la acción y atención directa al paciente; poco a poco se delegó al personal técnico y auxiliar con formación básica social y cultural dicha atención, el papel de las profesionales era de entrenadoras y educadoras al personal técnico, en este proceso de institucionalización de la profesión de enfermería en el Brasil existen actores claves como son: los médicos de la DNSP, el grupo de enfermeras enviados por la FR y las estudiantes que se estaban formando en la Escuela de Enfermeras.

Un primer documento, datado de 1925, presenta un cuadro histórico de aproximación entre la DNSP y la IHB, con el objetivo de fundar un profesional de enfermería en el país. La IHB estaba trabajando en Brasil desde 1916, con gran reconocimiento por parte de las autoridades y la población. Los esfuerzos en este sentido comenzaron en enero de 1921, cuando el entonces director del Departamento de Tuberculosis, Dr. Plácido Barbosa, consultó con el director general de la IHB sobre la posibilidad de establecer un servicio de enfermería en el Brasil, de modo organizado y oficial. Las opiniones de Barbosa para luchar contra la tuberculosis, llevó a favorecer la creación de una escuela de enfermería en el Brasil, En enero de 1921 Wickliffe Rosse envió una carta de invitación a Ethel Parsons, que era entonces director de la Oficina del Niño Higiene y Salud Pública del Departamento de Enfermería de Texas. Comunicando los intereses del gobierno brasileño de crear un centro de capacitación para enfermeras visitadoras en el estado de

Río de Janeiro, relacionada con la Facultad de Medicina con sede en la capital. Habiendo recibido la confirmación personal del Presidente para apoyar el programa, Hackett decidió cubrir, con dineros de la BHI, el costo de los sueldos y la capacitación de enfermeras de salud pública hasta que dicho presupuesto fuera aprobado por el Congreso y el Gobierno del Brasil.

En el marco del Departamento Nacional de Salud, había una escuela de enfermería (para hombres y mujeres), donde se ofreció un curso de dos años sobre la tuberculosis infantil, la higiene y las enfermedades venéreas. El curso era totalmente teórico, e incluía casi todos los asuntos de medicina, pero no incluía nada de enfermería o trabajo social. Los requisitos para la admisión consistían en tener un bajo nivel educativo y que pudieran pagar una pequeña cuota anual. En aquella época no había libro de texto, y la mayoría de los estudiantes no sabían leer ni escribir. Este curso se suspendió a finales de 1921.

En 1926, se establecieron cuatro objetivos con miras a fortalecer el Departamento de Enfermería de Salud Pública en Brasil: la continua sustitución de personal de enfermería norteamericano por el de Brasil, concesión de becas en el extranjero, la adopción de una ley que regulara el registro de la profesión (que sólo ocurrirá en 1955 con la promulgación de la (Ley No 2604/55), la cooperación del Departamento de Enfermería, con las divisiones del Departamento Nacional de Salud y, por último, "el aumento de la eficiencia de las enfermeras a través de la adopción de criterios más estrictos, que las normas actuales de la Escuela de Enfermería en el Brasil los cuales estaban por debajo de los exigidos en las escuelas de los Estados Unidos⁸⁴.

6.3 EL CASO DE VENEZUELA.

⁸⁴ **NUNES**, Moreira, Martha Cristina, A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República, artículo publicado en la Revista, História, Ciências, Saúde Manguinhos, V.5 N.3, Rio de Janeiro nov. 1998/fev. 1999, p. 621-645.

La reducida presencia de mujeres en el grupo de personas que salieron a estudiar, expresa el sentido que la educación de las mujeres tenía en la sociedad venezolana. Cuando las mujeres lograron estar entre quienes recibieron becas del gobierno, los estudios que hicieron se orientaron hacia la atención a los más desvalidos de la sociedad (enfermos y niños): enfermería, trabajo social y pediatría fueron las especialidades que cursaron en el exterior. A partir de 1934, bajo la supervisión de la FR, comenzaron a salir las primeras mujeres, las adelantadas fueron egresadas de las dos escuelas de enfermeras que existían para la época en Caracas. Realizaron estudios en el Hospital Santo Tomas de Panamá; también en la Ciudad de Toronto; en la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico y en la Universidad de Columbia, los estudios realizados fueron en su gran mayoría cursos de licenciaturas y posgrado, aunque también realizaron actividades de menor extensión y visitas a instituciones de sanidad pública⁸⁵.

6.4 EL CASO DE COLOMBIA.

La crisis de la Depresión Mundial causó alarma sobre un posible retroceso en el gasto público, pero no logró frenar la tendencia hacia la inserción en una economía política internacional de servicios de salud y medicina. “La tendencia a principios de la década de 1940 consistió en el aumento de las especializaciones en los Estados Unidos, esto se dio gracias a que un grupo de estudiantes costeo sus estudios de postgrado por su propia cuenta en los EEUU; durante las décadas de 1920 – 1930. No es de extrañar que el Dr. García Medina y el Dr. José M: Montoya, notaran la carencia de enfermeras capacitadas para dotar los servicios sanitarios y buscaran en la FR por medio de Nary Beard graduada del New York Hospital School of Nursing en 1903. Y que en 1924 aceptó la oferta de la FR para el cargo de Asistente del Director, posición desde la cual se la reconoció como perteneciente a una generación inspirada en buscarles horizontes a jóvenes con talento⁸⁶. el Dr. Pablo García Medina, quien organizó a principios de 1930 la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras creada por decreto 905 de 1931 desde la Dirección Nacional de

⁸⁵ **RUIZ**, Calderón Humberto. Tras el fuego de Prometeo. Becas en el exterior y modernización en Venezuela (1900 – 1996). Editorial Universidad de los Andes, Venezuela, 1997, p, 251, 252.

⁸⁶ **DURANA**, Op. cit., p, 44.

Higiene, con la cooperación del Dr. José María Montoya Camacho, y dos enfermeras visitadoras norteamericanas, las señoritas Jane Louis Cary White y Carolyn Tenney Ladd, de las Universidades de Michigan y Yale, seleccionadas cuidadosamente por la enfermera y directora asistente de la FR, de quienes se informa que se embarcaron en el barco Santa Cecilia en New York para llegar a Buenaventura en Octubre 15 de 1929⁸⁷ sumado a ello, la clausura de las oportunidades de estudio en Europa, principalmente en Francia, así como la creciente disponibilidad de becas, para estudiantes latinoamericanos, otorgadas principalmente por las FR y KELLOGG y el Pan American Sanitary Bureau, para estudiar, amplió las cifras a finales de la década de 1930 principios de 1940⁸⁸. En 1930 la incipiente organización de la higiene nacional, representada entonces por el Departamento Nacional de Higiene, que en materia de presupuesto figuraba como apéndice de un Ministerio y cuyo director era el doctor Pablo García Medina, se dio cuenta cabal que para emprender campañas de asistencia y de higiene se requería indefectiblemente enfermeras. Además las enfermeras del Instituto Rockefeller llevaron a las alumnas a las clínicas hospitalarias y a los dispensarios para la enseñanza práctica y efectuaron visitas domiciliarias para enseñarles a las madres el cuidado de los niños. El personal de Enfermeras visitadoras fue siempre muy selecto por todos aspectos y junto con el que se formó en la Cruz Roja Nacional, comenzaron a servir en las campañas que el Gobierno procuró intensificar desde 1931⁸⁹.

El decreto 429 de marzo 9 de 1932, tiene especial importancia por cuanto su resolución 42 de 26 de febrero, reorganiza la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras y se nombra como médico director al académico Dr. José M. Montoya, y como secretaria a la

⁸⁷ Ibid., p, 35.

⁸⁸ A mediados de la década de 1940 los beneficiarios de becas en el exterior retornaron a trabajar en el servicio de epidemiología, en el servicio de fitopatología (enfermedad de las plantas) y en la estación agrícola experimental de Roldanillo, Valle. Sin embargo, había la preocupación de que los especialistas en salud pública que se habían capacitado en el exterior no estaban obligados por contrato a trabajar en la misma rama a su vuelta al país y de que algunos se sentían inclinados a trabajar en su consultorio por falta de empleos en el sector público debido a limitaciones fiscales impuestas por la guerra. ABEL, Op. cit., p. 93, 95.

⁸⁹ PEDRAZA, Héctor. La enfermería en Colombia. Reseña histórica sobre su desarrollo. Editorial Minerva, Bogotá 1954. P, 34- 37.

señorita Paulina Gómez, quien había sido la única mujer becada por la FR para adelantar estudios de postgrado, en la Universidad de Johns Hopkins, en 1926⁹⁰.

La profesionalización de la enfermería fue un tema recurrente de debate público; pero sólo se llegó a logros duraderos en la década de 1940. En la década de 1940 la situación de la enfermería cambió radicalmente, gracias a una serie de iniciativas que consistían en la capacitación de enfermeras que se dedicaran a la enseñanza, a ocupar altas posiciones y a establecer jerarquías de enfermeras auxiliares, parteras y visitadoras de salud. Las primeras etapas de la iniciativa colombiana se complementaron con la asesoría de la FR, y del gobierno de los EEUU con el fin de lograr un programa que consolidara una base moderna en educación para enfermería la cual duró 20 años para realizarse. El decano y varios profesores de la escuela de Enfermería (más tarde facultad) de la Universidad Nacional venían de los Estados Unidos y del Canadá entre 1945 y 1958, Estas influencias externas significaban la introducción de un régimen disciplinario que correspondía a la tradición de Florence Nightingale. Se exaltaba la responsabilidad, la diferencia, el orden, los ideales sanitarios y el trabajo práctico así como la división sexual del trabajo. En 1946, se diseñaron leyes nuevas para que los hospitales y los médicos dejaran de certificar a las enfermeras con base en su experiencia en el trabajo, reemplazando ese certificado con una educación y profesionalismo formales., estableciendo categorías claras de Enfermera General, Enfermera de Hospital, Enfermera Auxiliar, Enfermera Partera, y Visitadora de Salud Sin embargo, el cumplimiento de estas decisiones estuvo influido por la falta de escuelas de Enfermería, ya que solamente estaba reconocida la de la Universidad Nacional, esto llevo a que abrieran varias instituciones privadas que se hacían llamar “escuelas de enfermería”. La escasez de profesionales de la enfermería competentes para enseñar hizo que los resultados de las escuelas de enfermería situadas fuera de Bogotá se consideraran como “algo menos que deficiente”⁹¹.

⁹⁰ DURANA, Op, cit., p, 42.

| ⁹¹. Sin embargo, el cumplimiento de estas decisiones estuvo influido por la falta de escuelas de Enfermería, ya que solamente estaba reconocida la de la Universidad Nacional, esto llevo a que abrieran varias instituciones privadas que se hacían llamar “escuelas de enfermería. ABEL. Op. cit. p. 99-100.

El Comité Sanitario Panamericano financió el trabajo de un médico de los EEUU que colaboró con las autoridades colombianas encargadas de la higiene en su lucha contra la poliomielitis, mientras tanto, se estableció en 1942 y 1943 el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), agencia local del Instituto de Asuntos Interamericanos, auspiciada por el Departamento de Estado de los EE.UU. Este ayudó a construir la Escuela Nacional de Enfermería, algunas plantas de tratamiento de agua y centros de higiene, iniciativas que se tomaron con la idea de que organismos colombianos asumirían más tarde la responsabilidad financiera y administrativa de los mismos⁹². La creación del SCISP fue autorizada por la Ley 36 de 1942 y se creó finalmente mediante el Decreto número 41 de 1943, como organismo aparte, pero dependiente del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Entre los proyectos y actividades realizadas por el SCISP desde 1943 hasta 1952 se pueden mencionar.

1. Ingeniería Sanitaria: donde hay una ampliación de centros de Higiene en el litoral, del 42 al 44 terminación del Laboratorio del Instituto Nacional de Epidemiología, construcción de plantas físicas para hospitales. En 1949 culminación del edificio para la Escuela Nacional de Enfermeras. Del 44 al 45 las entidades que toman parte en la Escuela son:
 - Gobierno Nacional quien contribuye con la mitad de los gastos.
 - Instituto de Asuntos Internos quien contribuye con la mitad de los gastos para el nuevo edificio y los sueldos de la Directora y la Directora asociada.
 - Fundación Rockefeller.
 - Se capacitaron 34 Visitadoras de Higiene Pública y fueron nombradas 13 en los Centros de Higiene bajo la dirección del SCISP en Popayán, Buenaventura, la Dorada y Montería, 8 fueron al Patronato Infantil de Barraquilla y 12 a los centros de higiene de Bucaramanga, Tunja, Fusagasugá, Girardot y Agua de Dios.

⁹² *Ibid.*; p, 83.

2. Entrenamiento de Personal: becas: Este programa comprendía el envío de médicos, ingenieros, Inspectores, Enfermeras y odontólogos a estudiar diferentes ramas de la salud pública a EE.UU.; México, Puerto Rico, Haití, Chile, Venezuela y Brasil ejemplo de ellos son: Dr. Daniel Rodríguez Herrera en parálisis Infantil. DR. Gómez Plata en Administración y Epidemiología de la lepra.
3. Campaña Odontológica: se elaboró un reglamento con el fin de unificar la atención sanitaria en los centros de salud del país con un carácter preventivo, planeación atención a las escuelas, elaboración de ficha dental con fines asistenciales y estadísticos.
4. Apoyó la Escuela Nacional Superior de Enfermeras. Por resolución No 341 de 1942, en el año de 1942 fueron enviadas al país dos enfermeras, las señoritas Helen Howitt, canadiense graduada en Albert Collage Ontario, en 1919, y Johanna Schwarter, de Salud Pública, quienes tenían conexión con la oficina Sanitaria Panamericana. Estableciendo el plan, organización y pensum de la Escuela, además para que asesorasen en materia de enfermería al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. En sus campañas higiénico asistenciales. La escuela, en el principio, funcionó en el local llamado Palacio de la Higiene (Esquina de la calle 6 con cara 12), el cual entregó el Ministerio del Gobierno Dr. Echandia, quien lo tenía ocupado con una dependencia gubernamental, y que fue adaptado para la escuela por el SCISP; la financiación de la escuela en cuanto se refería a la construcción del edificio y sostenimiento de ella en los 5 primeros años, se haría con fondos del Gobierno Nacional, en cooperación con la oficina Sanitaria Panamericana, la FR y el SCISP. Se comenzaron taras el 13 de marzo de 1944 con unipersonal de 49 alumnas becadas; el 30 de octubre del mismo año se efectuó la ceremonia de Imposición de Tocas a las alumnas que cursaron el primer año.; el alumnado ocupó en el mes de noviembre los pabellones Sáenz Pinzón y la Pola del hospital San José en Bogotá, provistos de 32 camas cada uno. Según convenio con la Sociedad de Cirugía, el SCISP arregló y equipó tales pabellones. Por convenio especial con el ministerio, la escuela quedó técnica y

administrativamente bajo su directa dependencia y control, desde enero de 1945. Por el decreto N0 83 de 19 de enero 1945. Quedó financiada para dicho año con un presupuesto de \$75.000.00, de los cuales \$ 60.000 aportó el ministerio y el resto la FR, En el curso del año de 1944 se llevó a cabo la elección n del lote en la Ciudad Universitaria para la construcción del edificio de la escuela; se formalizo el contrato respectivo con la Universidad y se llevo a efecto la iniciación de los trabajos de construcción⁹³. En 1947 se inicia la construcción de la Escuela en un lote cedido por la Universidad Nacional, el servicio con sus propios fondos construye tres pabellones la dirección técnica y administrativa está a cargo del Ingeniero Henry C. Hudqins. En el año de 1952 participa en los gastos de la Escuela: impermeabilización de techos, mantenimiento de los edificios.⁹⁴.

Una vez preparados los documentos respectivos, el Presidente López Pumarejo expidió el Decreto No 466 de marzo de 1943, por el cual se crea la Escuela Superior de Enfermeras, "a partir de 1948, fecha en la cual se trasladó la Escuela a la Ciudad Universitaria. Y más adelante: "En 1968, el edificio que había utilizado la carrera de enfermería durante dos décadas, fue parcialmente remodelado y asignado para Residencias Estudiantiles Femeninas". La ya consolidada Facultad de Enfermería se trasladó al quinto piso del edificio de Medicina, que había sido remodelado para tal fin.⁹⁵

El apoyo de las fundaciones privadas norteamericanas en particular la FR, y agencias gubernamentales norteamericanas como el Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI). En particular, con la "política del buen vecino" del presidente Roosevelt, da un viraje fundamental a la acción de cooperación técnica entre Estados Unidos y Colombia generando nuevos proyectos y programas. El SCISP fue organizado para que sirviera como una institución de fomento de las relaciones de amistad entre Colombia y EE.UU., para asistir a las actividades de Salud Pública y Saneamiento en Colombia, y para estimular el intercambio de conocimientos, experiencias y sistemas técnicos en el campo

⁹³ **PEDRAZA**, Op, cit., p, 51- 54.

⁹⁴ **QUEVEDO**, Op, cit., p. 314 - 316.

⁹⁵ **VELANDIA**, Ana Luisa. Historia de la Enfermería en Colombia, Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia, 1995, p. 92 – 93.

de la salud pública y saneamiento, entre los dos países. La financiación del SCISP se obtendrían mediante la contribución bilateral entre el IAI y el Gobierno colombiano, con una suma no mayor a un millón de dólares americanos por parte del IAI, y una suma no mayor de un millón de pesos colombianos por parte del Gobierno, como lo refiere Anthony Kranaskas, director del SCISP en los años 50, pero desde 1943, por cada dólar aportado por los EE.UU. el Gobierno colombiano aportaba el equivalente a diez dólares en pesos colombianos⁹⁶.

Tabla 3. Presupuesto del SCISP y distribución porcentual según actividad

Actividad	Presupuesto (miles \$)	%
Centros de Higiene	690	25.2
Escuela Nacional de Enfermeras	500	18.2
Campañas contra enfermedades específicas	493	18.1
Obras Sanitarias	340	12.4
Restaurantes populares	280	10.2
Estudios e Investigación	205	7.4
Sostenimiento de Oficinas	200	7.4
Instituto epidemiología	30	1.1
TOTAL	2.738	100

ESLAVA. Op, cit., p. 66.

7. CONCLUSIONES

Gracias a la recolección de información y de hechos homologados por otros autores, se puede concluir que Desde muy temprano, comienzos del siglo XX, América Latina se convirtió en un campo de pruebas de los conceptos y técnicas de la salud pública que se

⁹⁶ **ESLAVA.** Op, cit., p. 65.

estaban desarrollando en los EE.UU. Allí, a partir de los trabajos de saneamiento y de control de enfermedades infectocontagiosas, se instituyó un estilo de asumir la salud pública con un claro enfoque biomédico, una rigurosa disposición administrativa, una creciente necesidad tecnológica y un vínculo financiero muy fuerte con la acción filantrópica, en especial de la FR. La cooperación técnica por parte de la Junta Sanitaria Internacional de la FR comenzó en el año de 1916, cuando por solicitud del Gobierno Nacional una comisión norteamericana se encargó del estudio de la presencia de fiebre amarilla en el territorio nacional, sin embargo esta cooperación se concretó de manera definitiva con la campaña en contra de la Uncinariasis iniciada en 1920.

Puede decirse que en lo referente al patrocinio de la educación y de la organización de producción de expertos en distintos campos del saber, las fundaciones filantrópicas jugaron un papel muy importante en los Estados Unidos, papel que el Estado desempeñó en Europa (Quevedo Emilio, 2004), y que en los países de Latinoamérica, se trató de infundir (imponer), bajo las directrices norteamericanas, ratificando que las medidas para facilitar la penetración imperialista a las economías en vía de desarrollo, en aquella época calificada como “subdesarrolladas”, por medio de la figura de colaboración, apoyo en la detección, control, tratamiento y erradicación de aquellos problemas de salud pública que afectaban la producción o que impedían el acceso a aquellas zonas todavía no explotadas pero con amplios recursos naturales. “Puede decirse que el capitalismo utilizó y lo sigue haciendo, los descubrimientos y avances en las ciencias, especialmente las de la salud para ayudar a subordinar aún más a las economías en vía de desarrollo, a fin de incrementar la acumulación de capital de los países desarrollados, los programas de salud pública de la FR en los países extranjeros han tenido por objeto ayudar a los Estados Unidos a desarrollar y controlar los mercados y recursos de esas naciones”⁹⁷.

Con el objetivo de expandir la reforma a la educación establecida en el informe de Abraham Flexner (1910), la Fundación Rockefeller optó por tres líneas de acción: la concesión de becas en los Estados Unidos para la formación de estudiantes de medicina, neutralizando el predominio de la influencia del sistema médico francés, la promoción de

⁹⁷ **Rojas**, Soriano Raúl, Crisis, salud, enfermedad y práctica médica. Editorial Plaza y Valdés, 1990, p. 43.

nuevos centros para la educación y la investigación independiente de las escuelas de medicina a través de la donación de equipos de última tecnología, asumiendo los costos de las investigaciones realizadas por las instituciones.⁹⁸

Este nos hace reflexionar acerca de como los Estados Unidos aprenden a utilizar la salud pública como un mecanismo para garantizar la consolidación de sus acciones comerciales e industriales en América Latina y más específicamente en nuestro país, pero si se analiza cuidadosamente los hechos históricos, se puede evidenciar, que el Estado Colombiano desde finales del siglo XIX, y principio del XX, no le interesaba asumir el rol de líder en la implementación de estos modelos, y por tal motivo, en su afán de salir del paso, buscó asesoría con organismos internacionales como la FR, liberándose de todo el compromiso, según Emilio Quevedo En Colombia, sin embargo, con la Ley 715 de 21 de Agosto de 1908 se aprueba una Convención Sanitaria y se dictan algunas disposiciones relativas al cumplimiento de ella, todavía en la segunda década del siglo XX estas acciones no se estaban llevando a cabo de una manera clara, es de esta manera que Federico Lleras Acosta, médico destacado del momento por su reconocimiento social como científico y quizás por ser el único que, hasta la década de los 30s logró movilizar recursos del estado para realizar investigación biomédica, demostró tener una visión más crítica respecto a la campaña e iniciativa de la FR, el cuestionaba que se aceptara sin discusión la injerencia de las acciones filantrópicas norteamericanas, consideraba que lo que Schapiro había demostrado no era sino la confirmación de aquello que los médicos nacional ya habían hecho y reclamaba, por ello, el debido reconocimiento. Igualmente, cuestionó la retórica de quienes resaltan el trabajo de Schapiro pues ellos no habían dado el debido reconocimiento al grupo de personas con las cuales éste hizo su trabajo⁹⁹.

⁹⁸ **Benchimol**, Jaime. Missionaries of sciences: the Rockefeller Foundation and Latin America, artículo publicado en la Revista, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, V.2 n.1 Rio de Janeiro mar./jun. 1995 Pág. 162, 163

⁹⁹ **Quevedo**, Op, cit., p 211.

Paralelamente, a los intereses económicos de la FR, que evidentemente beneficiaba a los de los Estados Unidos, surge una élite de burgueses nacionales, que en su afán de obtener capital, vende, negocia los servicios de salud, el análisis de estos hechos, lleva a pensar, que desde aquella época en la que se comenzaba a implementar el modelo, ya se comenzaba a negociar con la salud, convirtiéndola en uno de los medios para adquirir capital.

Sin embargo, y paradójicamente, este intercambio de valores, entre económicos y científicos hace que se cree la necesidad de fortalecer. Algunos frentes para el óptimo y adecuado desarrollo de los modelos, Héctor Pedraza nos da una noción de ello al afirmar que: “la falta de profesionales de enfermería es la causa del estancamiento de la medicina en muchos países. Los médicos reconocen sus fracasos por falta de cuidados de enfermería a sus pacientes”, (Pedraza, 1954), esto demuestra que en el desarrollo del concepto de salud, y sobre todo el de salud pública el cual fue el abanderado en las primeras décadas del Siglo XX., debe ir de la mano con el desarrollo científico, técnico, humano y social, de las profesiones que hacen parte de él. Enfermería, Medicina, Nutrición entre otras. Este desarrollo se dio aunque de forma lenta en nuestro país pero fue el que nos posicionó hoy en día como lo que somos y nos da y reafirma nuestra identidad, y finalidad.

Finalmente se debe resaltar la influencia del modelo americano en salud, el cual ayudó a que las ciencias de la salud, se transformaran, y como por medio de un grupo de profesionales, especialistas en sus áreas, con experiencias y formación previa en el exterior, comienzan a liderar lo que hoy en día seguimos tratando de fomentar, llamado investigación, y formación de nuevos talentos que tomarán dicho liderazgo.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, Christopher, Ensayos de Historia de la Salud en Colombia 1920-1990, Instituto De estudios Políticos Y Relaciones Internacionales De La Universidad Nacional, 1996.

ALTED, Vigil Alicia, **SÁNCHEZ**, Belén Juan A. Métodos y técnicas de investigación en historia moderna e historia contemporánea, Editorial Ramón Areces, 2005.

BURNS, Nancy, **GROVE**, Susan K. Investigación en Enfermería, Editorial Elsevier, España, 2004.

CARDONA Álvaro, Historia, ciencia y salud-enfermedad, editorial Zeus Asesores, Bogotá, 1995, 292.

DURANA, S. Inés. Reabriendo la historia de la enfermería profesional. Un tributo a la academia Nacional de Medicina y a Pablo García Medina (1858 – 1935), En: Temas Médicos. Vol. XVI. Academia Nacional de Medicina. Bogotá, D.C., 2003.

ESLAVA, Juan Carlos. Buscando el Reconocimiento Profesional, La Salud Pública en Colombia en la Primera mitad del Siglo XX, Universidad Nacional de Colombia, año 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y el Estado Colombiano cien años de historia 1902 - 2002, Bogotá, Octubre de 2002.

PEDRAZA, Héctor. La enfermería en Colombia. Reseña histórica sobre su desarrollo. Editorial Minerva, Bogotá 1954.

QUEVEDO Emilio y Colaboradores, Café y gusanos, mosquitos y petróleo, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública, 2004.

ROJAS, Soriano Raúl, Crisis, salud, enfermedad y práctica médica. Editorial Plaza y Valdés, 1990,

RUIZ, Calderón Humberto. Tras el fuego de Prometeo. Becas en el exterior y modernización en Venezuela (1900 – 1996). Editorial Universidad de los Andes, Venezuela, 1997.

VELANDIA, Ana Luisa. Historia de la Enfermería en Colombia, Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia, 1995.

Referencias de artículos

Benchimol, Jaime. Missionaries of sciences: the Rockefeller Foundation and Latin America, En: Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos, V.2 n.1 Rio de Janeiro mar./jun. 1995.

MEJÍA, Rodríguez Paola, De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948, En: Revista Dinamos Historia de la Medicina, Salud y Ciencias, Universidad Granada España, Vol. 24 año 2004.

NUNES, Moreira, Martha Cristina, A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República, En: Revista, História, Ciências, Saúde Manguinhos, V.5 N.3, Rio de Janeiro nov. 1998/fev. 1999,

RODRÍGUEZ, Ocaña Esteban: La Intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España, En: Revista Española de Salud Pública, Vol. 74 año 2000.

WEINDING, Paúl, La Fundación Rockefeller y el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas, En: Revista Española de Salud Pública, Vol. 74 año 2000.

Referencias electrónicas

Página Web de la Fundación Rockefeller donde ellos mismos realizan un recuento histórico desde su fundación hasta la fecha, tomado el día 16/03/2009 http://www.rockfound.org/about_us/history/rf_history0207.pdf.

Página de la Enciclopedia Virtual Wikipedia, donde hace una reseña histórica del Señor Augusto Bernardino Leguía y Salcedo, tomado de la el día 17/05/2009. http://es.wikipedia.org/wiki/Augusto_B._Legu%C3%ADa.

Página de Internet de la presidencia de la República de Colombia, donde se muestra el archivo histórico de los Presidentes de la República de Colombia. Tomado de la el día 28/03/2009. http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/historia/josemanumarro.htm