



Filantropía externa y cambio interno en la atención de la salud en Colombia: el papel de la Fundación Rockefeller de 1920 a 1950*

CHRISTOPHER ABEL **

University College London

Traducción al español: Míriam Cotes Benítez

Trabajo fotográfico: Ernesto Monsalve

LA Fundación Rockefeller participó en la atención en salud y en la medicina en Colombia a partir de 1920¹. En 1916, el gobierno colombiano contrató a la fundación para hacer un estudio sobre un foco de fiebre amarilla y en 1920 la invitó a investigar sobre la infección por anquilostoma en Cundinamarca. A partir de ese momento, la fundación hizo presencia en el país de manera continua. Antes de 1945 su principal prioridad en Colombia era la atención en salud y medicina. Después de 1945 fue la agricultura, pero aun así el interés en los programas de atención en salud siguió vivo.

Este artículo, que forma parte de un proyecto de mayor amplitud para investigar la historia contemporánea de la atención en salud en Colombia, apunta a mostrar el impacto y el significado que tuvo la Fundación Rockefeller en la nación, y retoma un elemento al que se le ha dedicado poco interés en lo que se refiere a la relación entre Colombia y los Estados Unidos². La intención del artículo es vincular los cambios en lo internacional con los cambios en lo nacional y local, y explorar las conexiones entre las transformaciones en la ciencia, la tecnología y la educación y las transformaciones en la economía, la sociedad y la política. Para ello, examina un periodo de tres decenios e intenta relacionar las tendencias seculares con los fenómenos de corto plazo.

Este artículo comienza con una revisión de los objetivos de las actividades internacionales en salud de la Fundación Rockefeller y de sus problemas internos de estrategia, personal y organización. Seguidamente analiza la naturaleza y evolución de la forma en que operaba la fundación en Colombia, la colaboración entre sus funcionarios y las autoridades colombianas en todo el periodo, y los reveses prácticos, la resistencia política y la desorganización que la Junta Internacional de Salud (que más tarde se convirtió en División) encontró en la sociedad en su conjunto. Las dificultades más frecuentes surgieron de la práctica de financiar proyectos por un periodo acordado con el Gobierno Nacional y después retirarse dejándose los a los funcionarios para que siguieran adelante con ellos.

Página anterior:

Entrada al edificio de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, donado por la Fundación Rockefeller (Soriano Lleras, 1964).

* Tomado de: *Hispanic American Historical Review* 75:3. Copyright © 1995 Duke University Press. CCC 0018-2168/95.

** El autor quiere expresar su gratitud al director, Darwin Stapleton, al archivero, Thomas Rosenbaum, y al personal del Rockefeller Archive Center por su generosa ayuda. La donación para investigación que me otorgó este centro fue de gran ayuda cuando preparaba este artículo. El autor también está muy agradecido con el profesor David Bushnell, sin cuyo estímulo este artículo no se hubiera escrito.

1. Otras perspectivas de la atención en salud en Colombia se encuentran en el texto de Christopher Abel, *Health Care in Colombia, ca. 1920-1950: A Preliminary Analysis*, documento de investigación 36. Londres, Institute of Latin American Studies, 1994, y en Néstor Miranda Canal, Emilio Quevedo Vélez y Mario Hernández Álvarez, *Historia social de la ciencia en Colombia*, vol. 8, *Medicina (2) La institucionalización de la medicina en Colombia*, Bogotá, Instituto Colombiano para el

continúa

Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas (Colciencias), 1993.

2. En su texto *Colombia and the United States: Hegemony and Interdependence*, Athens, University of Georgia Press, Stephen Randall prestó atención a este elemento para el periodo comprendido entre 1920 y 1930. No obstante, Randall es inexacto cuando se refiere a un ministerio de salud en Colombia a finales de 1920, cuando no existía más que un departamento nacional de higiene. Un ministerio responsable de la higiene no se estableció hasta después de la Segunda Guerra Mundial y el nombre de Ministerio de Salud sólo se empezó a utilizar en 1950. Asuntos más amplios sobre la relación entre Colombia y Estados Unidos en este periodo y otros están incluidos en el texto de E. Taylor Parks, *Colombia and the United States, 1765-1934*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1935; en Antonio José Uribe, *Colombia y los Estados Unidos de América: el canal interoceánico, la separación de Panamá, política internacional económica, la cooperación*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1931; en Richard L. Lael, *Arrogant Diplomacy: US Policy Toward Colombia, 1903-1922*, Wilmington, Scholarly Resources, 1987; en Stephen Randall, *The Diplomacy of Modernization: Colombian-American Resources, 1920-1940*, Toronto, University of Toronto Press, 1977; en Paul W. Drake, *The Money Doctor in the Andes: The Kemmerer Missions, 1923-33*, Durham, Duke University Press, 1989 y en David Bushnell, *Eduardo Santos and the Good Neighbor, 1938-42*, Gainesville, University of Florida Press, 1967.
3. La sigla en inglés es IHB. En adelante, se utilizará la sigla de la traducción, excepto en las referencias de las notas de pie de página en las que se utiliza la sigla en su idioma original.
4. Algunos científicos rechazaron el término *fiebre amarilla de la selva* y optaron por *fiebre amarilla del bosque*, argumentando que la palabra *selva* se prestaba a confusiones, dado que la vegetación impenetrable no es el ambiente adecuado para la perpetuación del ciclo del mosquito. Con frecuencia, la infección se contrae en la frontera de la selva, y el ciclo típico se lleva a cabo dentro de los bosques tropicales y subtro-

continúa



Aspecto de algunos pabellones en el Laboratorio de Higiene (situado en Chapinero). Al fondo, el pesebre y departamentos para la preparación de la vacuna contra el carbón bacteridiano (El Gráfico, 1918).

Después, el artículo se centra en las campañas contra el anquilostoma que se llevaron a cabo con el auspicio de la Junta Internacional de Salud (Jis)³ en los años veinte, y las unidades sanitarias que siguieron en los años treinta. En estos años, la Jis también impulsó el desarrollo de laboratorios de salud pública en Bogotá y Barranquilla. En los años treinta y cuarenta, promovió investigaciones sobre la fiebre amarilla de la "selva", realizando investigaciones de campo y trabajo de laboratorio complementario en conexión con campañas de corto plazo para erradicación y control⁴. La fundación también contribuyó a la educación en las ciencias de la salud en Colombia. En los años cuarenta desempeñó un importante papel en el inicio de la educación moderna en enfermería en Bogotá y, a mediados del siglo, participó en la creación de una nueva escuela para especialistas en salud pública en Medellín y en el proyecto de una escuela experimental en Cali⁵.

En un artículo Marcos Cueto exploró los extensos archivos de la fundación y arrojó luces sobre un episodio de cuatro años en la historia de la medicina peruana⁶. El propósito del presente ensayo es otro: evaluar el significado de las actividades de filantropía externa desde una perspectiva de largo plazo. Puesto que el sello del trabajo en salud pública de la fundación era el programa de demostración, mediante el cual se transfería un abordaje científico y tecnológico para el control y erradicación de la enfermedad, la correspondencia de los funcionarios de la fundación analiza los asuntos de salud pública principalmente desde una perspectiva científica y tecnológica y no desde una perspectiva socioeconómica y política. No obstante, incluso la correspondencia entre los investigadores de campo y el personal de laboratorio en las ciudades contiene datos sobre temas sociopolíticos que trascienden lo meramente anecdótico.

TRABAJO EXTERNO Y PROBLEMAS INTERNOS

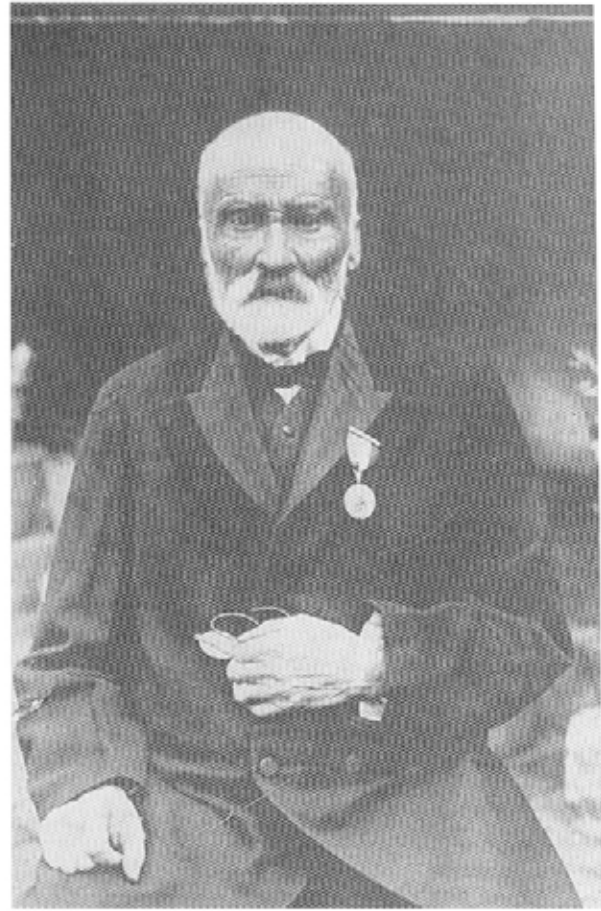
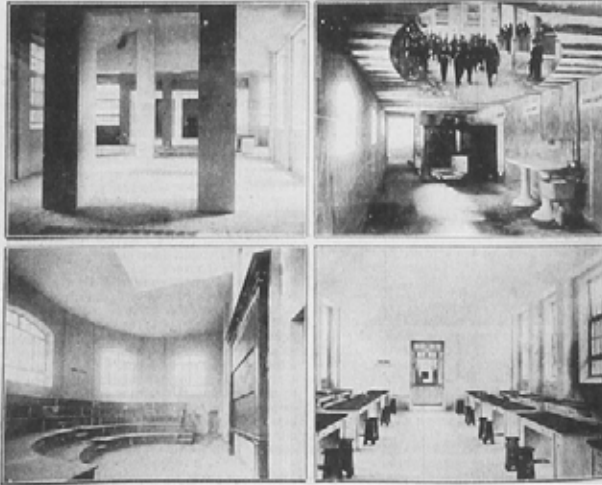
La Fundación Rockefeller se constituyó entre 1906 y 1913 a partir de un mosaico de instituciones filantrópicas que promovían la educación secundaria pública para

Uno de los números más atrevidos de los festejos del 20 de Julio lo constituyó la solemnidad inauguración de algunos pabellones de la Facultad de Medicina, grandes edificios que la nación está construyendo en el costado

opuesto del parque de los Mártires. Los pabellones inaugurados, que son apenas una tercera parte de la edificación, dan idea de la magnitud e importancia de la obra. Será una de las mejores de su género en Suramérica.



Fachada sobre la calle 10, del edificio para la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina. Arquitecto Sr. G. Lelarge.



Facultad de Ciencias Naturales y Medicina (arquitecto Gaston Lelarge). (El Gráfico, 1918).

Marco Fidel Suárez (Pérez).

los negros y los blancos pobres en el sur de los Estados Unidos, hacían campañas contra el anquilostoma, creaban granjas experimentales y desarrollaban la educación médica⁷. John D. Rockefeller era un bautista laico y ferviente cuyo ingreso a la filantropía estuvo motivado, al contrario de lo que sucede con los católicos romanos y los seculares, menos por un deseo de expiar culpas y comprar el favor público que por la ideología protestante de la generosidad voluntaria y por la convicción de que el cambio social racional que se consigue mediante la aplicación de la ciencia debe complementar el cambio económico. Para la familia Rockefeller, la posesión de riquezas no tenía que ver nada con la enajenación en tanto fuera manejada inteligente y racionalmente. Los recursos debían asignarse "de acuerdo con el principio de la generosidad científica" y no con base en impulsos casuales e intuitivos, toda vez que el liderazgo era considerado una responsabilidad divina⁸.

John D. Rockefeller y sus asociados hacían una distinción entre la filantropía organizada y deseable, como la que exhibían la Ymca o la New York Society for the Condition of the Poor, y la misericordia ineficaz, representada en limosnas para las parroquias locales. La Fundación Rockefeller se convirtió en una organización integrada que funcionaba fácilmente, a la que le preocupaban el tamaño, la eficiencia, las economías de escala y el riesgo del sobredimensionamiento, y que apuntaba a desarrollar una tradición y un espíritu de cuerpo entre sus empleados⁹. Las actividades filantrópicas de la fundación estuvieron sujetas a las fluctuaciones en la economía mundial: cuando los ingresos de los Rockefeller se redujeron por la depresión mundial, también se redujeron sus gastos en filantropía y sus programas se revisaron, se recortaron o se suspendieron.

picales. Richard M. Taylor, "Epidemiology", en George K. Strode (comp.), *Yellow Fever*. Nueva York, McGraw-Hill, 1951, págs. 427-528. Esta elaborada diferenciación no ha sido favorecida por muchos científicos y no se adopta en este artículo.

5. La Fundación Rockefeller también desempeñó un papel menos estudiado en los cambios en la agricultura en Colombia y un papel secundario en la evolución de las humanidades. En cuanto a esto último, le concedió a Gerhard Masur una pequeña donación para que preparara su importante biografía del Libertador, *Simón Bolívar*. Albuquerque, University of New Mexico Press, 1948. Escuela Normal Superior, Bogotá-Historia, 1943-1950, Rockefeller Archive Center, Pocantico Hills (N. Y.) (en adelante RAC), Rockefeller Foundation Archives (en adelante RFA), grupo de registros (en adelante RG) 1. 1 projects, ser. 311 Colombia, box 6, fol. 129.
6. Marcos Cueto, "Sanitation from Above: Yellow Fever and

continúa

Foreign Intervention in Peru, 1919-1922", HAHR 72:1 (feb., 1992), págs. 1-22. Contiene una admirable introducción bibliográfica a la historiografía de la medicina y la atención en salud en el siglo XIX y principios del XX en América Latina (pág. 1, n. 1). A este trabajo debe sumarse el texto de Sidney Chalhoub, "The Politics of Disease Control: Yellow Fever and Race in Nineteenth Century Rio de Janeiro", en *Journal of Latin American Studies*, 25:3 (oct. 1993), págs. 441-463; el de Ilana Löwy, "Yellow Fever in Rio de Janeiro and the Pasteur Mission (1901-1905): The Transfer of Science to the Periphery", *Medical History* 34:2 (abr. 1990), págs. 144-163; el de Eli Cherwin, "The Early British and American Journals of Tropical Medicine and Hygiene: An Informal Survey", *ibid.*, 31:1 (en. 1992), págs. 70-83; y el libro de Marcos Cueto, *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press, 1994. Cueto también es autor de una valiosa guía de los recursos latinoamericanos en el Rockefeller Archive Center, "El Rockefeller Archive Center y la medicina, la ciencia y la agricultura latinoamericanas en el siglo XX: una revisión de fondos documentales", en *Quipu* (Lima), 8:1 (en. abr. 1991), págs. 35-50.

7. La metáfora militar *campaña*, que denota el despliegue lógico y exacto de una ética y de una disciplina comprometidas que se les inculcan a los empleados más jóvenes, es totalmente apropiada. El director nacional de higiene de Colombia, Luis Patiño Camargo, escribió sobre el establecimiento de "una lucha *manu militari*" para erradicar el mosquito *Stegomyia* en la zona urbana de Barrancabermeja. Patiño Camargo, *Yellow service diary*, COL-1, vol. 1, pt. 1, 1936, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 12, fol. 108. El término *anquilostoma* usualmente se equipara al de *anemia tropical* en los textos británicos y al de *uncinariasis* en los escritos técnicos, tanto en español como en inglés. El término coloquial *tun-tun* es de frecuente uso en Colombia.

8. E. Richard Brown, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, Berkeley, University of California Press, 1979, esp. págs. 33, 36; Allan Nevins, *John D. Rockefeller*

continúa



Escuela de Enfermeras (Cromos, 1918). Cortesía Revista Cromos.

A partir de los programas en los Estados Unidos se desarrolló la Comisión Internacional de Salud de la fundación (que más tarde se llamó Junta y después División), cuyo objetivo expreso era "la promoción de la sanidad pública y la difusión del conocimiento médico científico" en el mundo¹⁰. La Jis llevó a cabo investigaciones, experimentos y trabajo de campo y promovió la institucionalización de la salud pública en aquellos países cuyos gobiernos querían "fomentar la batalla contra la enfermedad". Para conseguir estos objetivos, se comprometió con la epidemiología y la investigación orientada a la cura, especialmente en enfermedades, como la anquilostomiasis, que respondían bien al tratamiento. También impulsó programas de prevención y control y manufacturó y fabricó vacunas. En 1918, el trabajo de la Jis se amplió hacia el estudio de la fiebre amarilla, el control de la malaria y los programas de salud pública¹¹. Las actividades internacionales de la fundación estaban animadas por una ideología liberal progresista, particularmente la creencia en que el espíritu de cooperación, paz y armonía prevalecería sobre la guerra, la enfermedad, la ignorancia, la pobreza y el partidismo.

Los funcionarios de la fundación actuaban con base en actitudes de superioridad racial e intelectual, en especial la premisa de que los pueblos "civilizados" están obligados con los menos afortunados, y de que los profesionales entrenados en los Estados Unidos tenían un entendimiento superior del mundo natural, de los métodos organizativos y una mayor capacidad científica¹². El planteamiento general de la Jis en los países receptores constaba de tres partes: "Liberar de la miseria a las masas ignorantes", difundir los beneficios de la ciencia y la tecnología modernas y persuadir a los elementos receptivos de las elites nacionales y regionales de que el gasto prudente en salud pública constituía una inversión y no un desperdicio de recursos. La Jis identificaba áreas específicas en las cuales buscaba lograr estos objetivos: promoción del control de enfermedades específicas mediante la investigación de campo, demostraciones prácticas e investigación en laboratorios; desarrollo de la educación en salud pública y ayuda al gobierno central y local para consolidar el trabajo en salud. La mirada de los funcionarios más antiguos se en-



Antiguo claustro del Hospital de San Juan de Dios (Soriano Lleras, 1964).

carnaba en el punto de vista según el cual las bien probadas medidas de control del anquilostoma “constituían” uno de los mejores medios para ampliar el concepto y comprender lo que puede lograrse con las medidas modernas en salud”¹³.

La dimensión internacional de la Jis siempre estuvo presente. En 1929, los investigadores de un brote urbano de fiebre amarilla en Socorro (Colombia), mandaron tejido para diagnóstico a los laboratorios Rockefeller en La Habana¹⁴. En 1931, científicos colombianos consultaron a un patólogo en la Universidad de Toronto que analizaba tejidos de enfermos de fiebre amarilla, quien a su vez consultó a un profesor en la Universidad de Liverpool con una amplia experiencia investigativa en Jamaica¹⁵. A mediados y finales de los años treinta, los resultados de la investigación sobre la fiebre amarilla en Colombia se intercambiaron con informes de científicos en Rio de Janeiro sobre sus experiencias en Bahía y Ceará. La aviación hizo posible que en 1934 los laboratorios de Bahía recibieran tejidos de pacientes enfermos de fiebre amarilla, para análisis histológicos, provenientes de Quibdó (Colombia), Quiriquire (Venezuela), y Cuiabá y Cachoeirinha (Mato Grosso, Brasil). Ese mismo año, un especialista estadounidense visitante cumplió un papel vital en el inicio de los estudios sobre fiebre amarilla en Muzo. Lo acompañaban un argentino del Instituto Bacteriológico de Buenos Aires y un entomólogo brasileño del Instituto de Higiene de São Paulo, cuyo asistente había hecho una investigación entomológica en Mato Grosso¹⁶. En los países huéspedes, como Colombia, el personal más antiguo de los Estados Unidos y, en ocasiones, de Canadá, se complementaba con colombianos, generalmente con aquellos que habían recibido becas de la Jis y que habían estudiado y trabajado por fuera del país.

La mayoría de los empleados antiguos de la Fundación Rockefeller sabían trabajar en equipo, se comprometían con los objetivos y adherían conscientemente a los criterios de su empleador. Mantenían sus diarios oficiales en forma regular, recogían sistemáticamente las estadísticas, escribían minuciosos informes sobre su trabajo, buscaban asesoría en las oficinas centrales y regionales y compartían los da-

feller: The Heroic Age of American Enterprise, 2 vols., Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1940, t. II, págs. 614-643.

9. Daniel Yergin, *The Epic Quest for Oil, Money, and Power*, Nueva York, Simon and Schuster, 1993; John Ensor Harr y Peter J. Johnson, *The Rockefeller Century*, Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1988. Luchando por crear un espíritu de cuerpo entre los inspectores sanitarios, los funcionarios más antiguos redujeron, en 1925, su número, deshaciéndose de quienes rehusaron aceptar un puesto de tiempo completo. Wilbur A. Sawyer, *Public Health in Colombia 1925*, RAC, RFA, Re 5, IHB/D, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 166.
10. Rockefeller Foundation (en adelante RF), *International Health Commission, First Annual Report, Jan. 27, 1913-Dec. 31, 1914*, Nueva York, RF, 1915, pág. 7.
11. RF, *International Health Board, Sixth Annual Report, Jan. 1, 1919-Dec. 31, 1919*, Nueva York, RF, 1920, pássim.
12. Comparar la práctica imperial británica con la francesa en Michael Adas, “Scientific Standards and Colonial Education in British India and French Senegal”, en Teresa Meade y Mark Walker (comps.), *Science, Medicine, and Cultural Imperialism*, Londres, Macmillan, 1991, págs. 4-35.
13. RF, *International Health Board, Fifth Annual Report, Jan. 1, 1915-Dec. 31, 1918*, Nueva York, RF, 1919, págs. 19-20. Los resultados de la investigación sobre el anquilostoma se reseñaron en los productos científicos de la Jis. Véase por ejemplo, H[ector] H[oldbrook] Howard, *The Control of Hookworm Disease by the Intensive Method*, Nueva York, RF, IHB, 1919.
14. H. H. Howard, Nueva York, a George Bevier, Departamento de Uncinariasis, Bogotá, 26 de sept., 1929, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 Socorro, fol. 124.
15. Bevier a Howard, Dic. 31, 1931, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 10, fol. 91.
16. Fred L. Soper, Bogotá, a Frederick Russell, Nueva York, mar. 5, 1935, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 10, fol. 94.



Bernardo Herrera Restrepo, arzobispo primado de Colombia (El Espectador, 1919).

tos con sus colegas de otros países. Pese a esto, la debilidad en cuanto al objetivo era un temor recurrente. En Colombia, los funcionarios notaron el riesgo implícito de que la Jis violara su política general de trabajar intensamente dentro de los límites de sus programas y diluyera su impacto esparciendo magros recursos en áreas demasiado extensas. También temían que la institución que ellos habían fundado se deteriorara muy pronto por la realización de tareas rutinarias.

Los problemas de personal entrabaron los proyectos de la Jis. En 1924, los funcionarios más antiguos expresaron su recelo por la relación entre la oficina central, la oficina nacional y las actividades de campo, cuando la Dirección de Saneamiento de Suelos en Bogotá y 48 empleados participaron en la campaña contra el anquilostoma. En 1925, un director nacional le reprochó a su predecesor que no tuviera registros de los insumos proporcionados a los laboratorios viajeros o que no hubiera hecho inventarios al final de cada fase de trabajo, obstaculizando así el análisis de la eficiencia relativa de los técnicos, que estaban más interesados en tratamientos curativos con resultados inmediatos y tangibles que en el saneamiento preventivo de suelos y que, por lo demás, carecían de información completa sobre los procedimientos legales y el alcance de su autoridad legal. La disciplina de los empleados más nuevos necesitaba volverse más estricta, y a los empleados de nivel local se les negó la autonomía para escoger los purgantes y vermífugos¹⁷. Durante el auge de la economía colombiana de 1927 a 1928, no era fácil conseguir trabajadores, incluidos médicos, debido a las oportunidades de trabajo en las construcciones que impulsaba el sector público.

17. Bruce Wilson, Hookworm report, 3d qtr. 1924, narrativo y estadístico (en adelante abreviado como narr./stat.), RAC, RFA, RG 5, JIS/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 134.

Los problemas de personal estaban ligados a agudos problemas organizativos. El transporte y la comunicación obstaculizaban la coordinación de las actividades de campo. Viajes de ocho días al terreno evitaban que se hiciera una supervisión apropiada a quienes trabajaban en las campañas contra el anquilostoma. El tiempo que tenían que pasar a lomo de mula, la mayoría del cual era inevitable en los Andes colombianos, reducía el costo/efectividad¹⁸. Proveer de caballos a los inspectores sanitarios conllevaba gastos no sólo de forraje sino también de compra de los mismos¹⁹. Los medicamentos y los equipos importados eran retenidos en las aduanas, debido a la congestión, o en barcos varados cuando el nivel de agua del río Magdalena descendía. Aunque se estableció un coeficiente para asegurar insumos de seguridad, esta precaución no fue suficiente para garantizar existencias suficientes de bienes esenciales²⁰. En ocasiones, los suministros de vacunas contra la fiebre amarilla se dañaron porque se perdió la conexión aérea en Miami²¹. La utilización de correo por tierra en vez de correo aéreo hacía que se retardara la distribución de medicamentos de Bogotá a Medellín²². Antes de que se pudiera establecer una colonia satisfactoria en los laboratorios de salud pública en Bogotá en 1936, unos ratones para crianza que se habían pedido a Nueva York perecieron en su gran mayoría, probablemente debido a una infección por tifo contraída en el río Magdalena²³.

Con la depresión mundial surgieron nuevos problemas. La crisis fiscal en Colombia paralizó el saneamiento de los puertos, las medidas antimosquitos y otras actividades de salud pública²⁴. A mediados de los años treinta, los funcionarios de la Jis vieron los riesgos de crear una burocracia ingobernable e ineficiente y el peligro de que los funcionarios de saneamiento optaran por emplearse en el sector privado, debido a la inseguridad causada por la politización del sector público. En 1935, Fred L. Soper culpó a la pobre financiación y a la falta de personal en la sección de estudios sobre fiebre amarilla del fracaso en la consecución de un análisis de calidad que satisficiera los estándares que la fundación se autoimponía²⁵.

NEGOCIACIÓN, COLABORACIÓN Y RESISTENCIA

Los primeros funcionarios de la Fundación Rockefeller que visitaron a Colombia no encontraron una xenofobia muy enraizada. No quedaban muchos recuerdos de la escisión de Panamá en 1903. Puesto que la penetración económica era superficial y se circunscribía a ciertas regiones, el nacionalismo era moderado y esporádico. El gobierno colombiano estaba ansioso de demostrar que acogía los convenios internacionales de saneamiento y que informaba sobre las enfermedades de notificación obligatoria, ya que de no hacerlo se hubieran puesto en peligro la inversión extranjera y el comercio internacional. La Comisión de Fiebre Amarilla de 1916 declaró que la enfermedad no era endémica en Colombia pero que se necesitaba vigilancia en el puerto de Buenaventura, en el Pacífico, al cual la enfermedad había llegado proveniente de Ecuador²⁶. Impresionado favorablemente por el trabajo de la Jis, el gobierno del presidente Marco Fidel Suárez (1918-1921) contrató una investigación sobre uncinariasis, que se llevó a cabo en 1920. Su objetivo era determinar el índice de infección por anquilostoma y la distribución y gravedad de la enfermedad en Cundinamarca²⁷. Este proyecto trajo como resultado la expedición de un decreto ejecutivo que establecía el Departamento de Uncinariasis en el Ministerio de Comercio y Agricultura y que contribuyó, en forma decisiva, a moldear las actitudes a largo plazo.

En Nueva York, antes de su posesión, el presidente Pedro Nel Ospina (1922-1926) estableció una relación cordial con los funcionarios de la fundación al afirmar que

18. Bevier, Hookworm report, 1st qtr. 1930, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, JHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 135.
19. Wilson, Hookworm Annual Report 1924, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 134.
20. Carlos Uribe, Laboratory Sampler Martínez report, 3d qtr. 1927, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, report routine, subser. 311 K Colombia, box 137.
21. Soper, Rio de Janeiro, a Wilbur A. Sawyer, Nueva York, s.f. (probablemente 1937), RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 11, fol. 99.
22. Sawyer a Russell, Nueva York, Report on trip to Colombia, pt. 1, Barranquilla to Bogotá, Apr. 15, 1925, RAC, RFA, RG 5, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 112.
23. Annual report 1936, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 Colombia, box 132.
24. Hookworm annual report (incluye informes estadísticos trimestrales) 1931, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 135.
25. Fred Lowe Soper es autor de varios trabajos entre los que se destaca *Rural and Jungle Yellow Fever: A New Public Health Project in Colombia*, Nueva York, RF, 1935; originalmente fue una ponencia presentada en la Facultad de Medicina en Bogotá, el 3 de abril de 1935.
26. H. R. Carter, miembro de la Comisión de Fiebre Amarilla (Yellow Fever Commission), al general William C. Gorgas, presidente, Barranquilla, ag. 1916, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 165; W. E. O'Connor, Buenaventura, a Victor G. Heher, Nueva York, ag. 22, 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 165.
27. Infection Survey, 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, subser. 311 Colombia, box 132.



28. Louis Schapiro, Memorandum of Conference with President-elect Ospina, Republic of Colombia, Nueva York, may. 12, 1922, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 164.
29. Carlos Franco, Hookworm report, 3d qtr. 1934, informe narrativo, soil sanitation and hookworm control in Colombia, RAC, RFA, IHB/D, RG 5, ser. 3, reports routine, subser. 311 H, Colombia.
30. Annual report 1934, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 Colombia, box 132.
31. Por ejemplo, las donaciones para ayudar a la Facultad de Medicina Veterinaria (Universidad Nacional de Colombia), Bogotá, HMM 72, Dic. 15, 1949, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 A Colombia, box 6, fol. 56.
32. Véanse, por ejemplo, dos folletos ilustrados: República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Departamento de Uncinariasis, *Saneamiento del suelo. Instrucciones para la construcción de excusados de hoyo*, Bogotá, Tipografía Latina, 1930; Departamento Nacional de Higiene, Sección de Saneamiento Rural, *Un nuevo excusado de hoyo con piso y asiento de concreto (cómo debe construirse y usarse)*, Bogotá, Tipografía Latina, 1934. La revista para escolares *Salud y Sanidad*, en cuyos inicios la fundación desempeñó un papel vital, tuvo una circulación de 15.000 ejemplares en 1934, que subió a 30.000 en 1935.

Excusados sanitarios, según las indicaciones de los Laboratorios del Departamento de Uncinariasis (Miller, 1920).

la salud pública era una prioridad importante²⁸. En su mensaje presidencial de 1925, Ospina le dio la bienvenida a la cooperación con la fundación, argumentando que su presencia les garantizaba a los socios comerciales de Colombia la determinación que tenía la nación de reducir el índice de *Stegomya* con miras a asegurar la desaparición de la fiebre amarilla en el área urbana. En el primer periodo presidencial de Alfonso López Pumarejo (1934-1938), algunos de cuyos colaboradores habían avalado el compromiso de la Constitución mexicana de 1917 con la salud pública, el apoyo a la Jis provino tanto de la Federación Nacional de Cafeteros como de la Federación Nacional de Ganaderos. En 1934, López pidió a la Academia Nacional de Medicina, cuyo comité de saneamiento rural y de enfermedades tropicales estaba compuesto por aliados de la fundación, que realizara un informe de atención en salud²⁹. El aval de comentaristas radiales y líderes del Congreso al saneamiento, los proyectos de higiene y la "protección infantil" animaron a los funcionarios del proyecto³⁰.

A mediados de la década de los treinta, los empleados de la fundación habían establecido una base firme y una relación de trabajo fluida en Colombia. Al emprender campañas contra las enfermedades "tropicales" tales como la anquilostomiasis, los empleados de la fundación creían que estaban equipando a los colombianos para luchar por su propia salud pública. Al otorgar becas para estudios de posgrado en Estados Unidos a jóvenes colombianos para que estudiaran bacteriología o farmacología, y al financiar viajes de funcionarios colombianos para que visitaran proyectos como una escuela de inspectores de saneamiento en Jamaica, la Jis estaba difundiendo conocimiento científico y organizacional y fomentando servicios modernos en salud pública³¹. Apoyando la publicación de periódicos especializados y materiales escolares, la fundación tomaba parte activa en la concienciación del público sobre los asuntos de salud pública³².

Hubo problemas serios en las negociaciones, pero éstos sólo se cristalizaron en forma lenta. Rara vez el ejecutivo puso obstáculos. Más comunes eran las dificultades derivadas de las reorganizaciones ministeriales, las debilidades administrativas, los fun-

cionarios de bajo rango, la relación entre el centro y las regiones, y el carácter de la legislación. La responsabilidad general por la atención en salud pasó de ministerio a ministerio hasta que en 1946 se estableció la cartera de higiene. El fracaso del Departamento Nacional de Higiene para producir estadísticas vitales entre 1929 y 1934 debilitó la documentación empírica necesaria para la formulación de políticas³³.

A comienzos y mediados de los años treinta y cuarenta se dio una alta tasa de rotación entre los ministros y los funcionarios más antiguos. Cuando cambiaban los regímenes cambiaban también las prioridades; por ejemplo, del bienestar infantil y de las campañas curativas se pasó al saneamiento y la prevención en 1934. Cuando los funcionarios de la fundación le pidieron a López que creara una comisión con suficiente autonomía, respondió con resquemor que él tenía que enfrentar las mismas dificultades que ellos y que su "piedra en el zapato" eran los "técnicos americanos [estadounidenses]"³⁴. En 1935, la transferencia de la Escuela de Inspectores Sanitarios y la Sección de Saneamiento Rural de la fundación al gobierno causó una gran inestabilidad personal que hirió especialmente al responsable de la subdirección de propaganda de salud, quien, a partir de ese momento, se dedicó a realizar puras actividades de rutina³⁵.

Los cambios de poder y de responsabilidad en las autoridades nacionales, departamentales y locales empeoraron los retrasos. Los funcionarios de la Jis argumentaban que aunque era deseable, de cara a la eficiencia, concentrar los recursos en uno o dos departamentos geográficos, desde el punto de vista político era conveniente operar más ampliamente a fin de que los simpatizantes pudieran aglutinar a las mayorías para que aprobaran los presupuestos en el Congreso colombiano. Con frecuencia, los procedimientos legales demoraban las acciones en vez de facilitarlas. Gran parte de la legislación en salud era demasiado compleja.

Las premisas de la colaboración se establecieron durante la relativa estabilidad económica que se vivió en los años veinte. En teoría, las actividades de cooperación se basaban en acuerdos en cuanto al nivel y la duración. Progresivamente, la fundación retiró su apoyo financiero hasta que el control y la responsabilidad se transfirieron a las autoridades colombianas y los materiales y equipos que se habían comprado conjuntamente pasaron a ser propiedad del gobierno colombiano. Sin embargo, en los años comprendidos entre 1920 y 1930, los inesperados reveses económicos produjeron crisis recurrentes. Las contribuciones comprometidas en los presupuestos para las actividades de cooperación no llegaron. Los empleados recién vinculados, tales como los inspectores sanitarios, a los que de por sí se les pagaba con varios meses de retraso, tenían que viajar a Bogotá para recibir sus pagos. Para cubrir sus deudas, se veían obligados a vender los cheques de su salario a un precio menor³⁶. El personal de la fundación temía que la inestabilidad burocrática, que dejaba en el poder a personal interino que no quería comprometerse con decisiones políticas de largo plazo, frustrara la consecución de los objetivos de la fundación y que los contratos más firmes se disolvieran en medio del caos presupuestal.

Estas fueron circunstancias en las que los funcionarios trataron de mostrar comprensión con los dilemas colombianos. En ocasiones renegociaron contratos, burlando el principio general del retiro progresivo. Empero, también reflexionaban sobre si no estarían acolitando al gobierno colombiano cuando éste irrespetaba los contratos por razones fiscales o sobre si estaría bien soltar el control de un proyecto y, al mismo tiempo, continuar financiándolo o proporcionándole personal. Durante la difícil transición del régimen liberal al régimen conservador en 1946-1947, los directivos de la Jis consideraron que la fundación era una presencia estabilizadora porque garantizaba

33. Annual report 1934, cooperative health activities, RAC, RFA, IHB/D, RG 5, ser. 3, reports routine, subser. 311 Colombia, box 132.

34. López se quejó de que la segunda misión Kemmerer hubiera reducido la libertad de acción de los funcionarios más antiguos. Sobre las misiones del profesor de economía de Princeton Edwin W. Kemmerer, quien actuó como consejero sobre métodos de administración fiscal en Colombia y otros países andinos, véase Drake, *Money Doctor in the Andes*.

35. Annual report 1935, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 Colombia, box 132.

36. Bevier, Hookworm annual report 1929 (incluye informes estadísticos trimestrales), narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H, Colombia, box 135.

cierto grado de libertad en cuanto a la politización de la agenda, los cortes bruscos en la financiación y los cambios de personal en las áreas que ayudaba a financiar.

La oposición más fuerte vino del Congreso y de los profesionales de la medicina. Algunos líderes políticos querían utilizar las contribuciones colombianas para proyectar presupuestos que apalancaran el control sobre las actividades de cooperación. Entre tanto, en la medida en que el total de la población que vivía en las ciudades crecía y, con ello, la presión de grupos urbanos con poder político, los líderes del Congreso urgieron al gobierno central para que formulara iniciativas de política social para las ciudades. Esto contradecía las actividades de la Jis que, en los años veinte y treinta, trabajaba principalmente en los pueblos y en el campo. Algunos congresistas alegaban que una agencia extranjera no confiable estaba dominando la agenda de salud y que un aparato de higiene pública de segunda categoría (una categoría estaba bien fundamentada y alimentada por la experiencia externa, la otra no tenía buenos fundamentos y negaba la asesoría externa) se estaba conformando.

En los años treinta, los exponentes de políticas alternativas desafiaron a la fundación. En 1932, el senador Max Duque Gómez propuso que se establecieran dispensarios ambulatorios en toda Colombia para tratar cualquier tipo de enfermedad. En 1934, un ministro de Educación influyente, Luis López de Mesa, expuso un esquema general de mejoras cívicas en los pueblos pequeños como parte de una alternativa a las campañas contra blancos específicos como el anquilostoma. La característica más sobresaliente de su propuesta era que en cada pueblo hubiera un médico pagado por el gobierno que fungiera como médico local, inspector sanitario, funcionario de salud y profesor de biología e higiene en la escuela primaria. La fundación argumentó que la mayoría de los graduados en medicina no eran capaces de reconocer sus propias limitaciones en salud pública y prevención de enfermedades y que estas tareas requerían servicios públicos altamente técnicos que los médicos de pueblo no podían proporcionar.

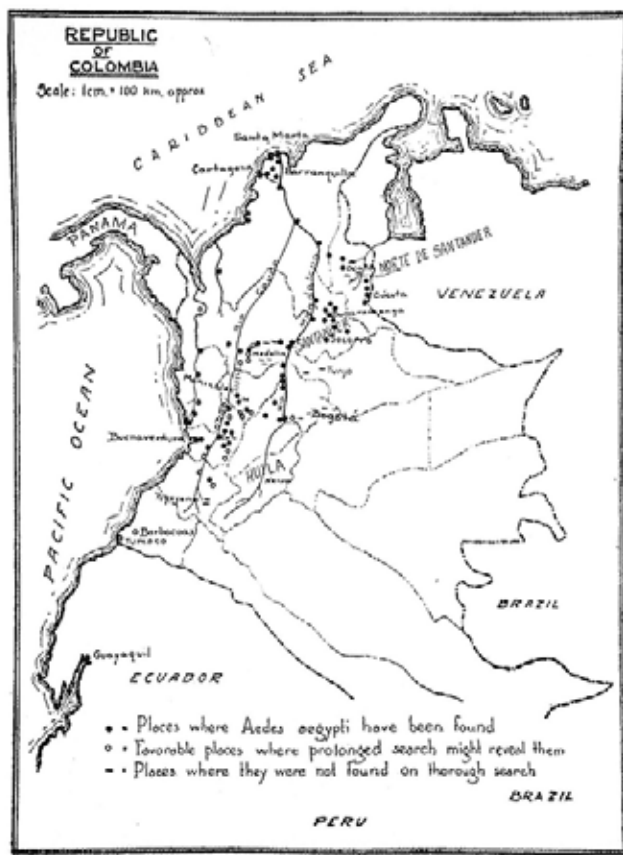
Los patrones de colaboración y resistencia de las elites regionales, las clases sociales, los partidos políticos y las empresas extranjeras variaban de acuerdo con el lugar y el momento. Los proyectos de saneamiento de suelos tenían mejor recepción en los departamentos más pobres (Norte de Santander, Nariño, Cauca y Boyacá) que en los más ricos (como Antioquia y Caldas). A comienzos de la década de los veinte, los terratenientes, convencidos de que las acciones contra los parásitos intestinales podían mejorar la fuerza de trabajo, apoyaron la campaña contra los parásitos intestinales (excepto cuando los inspectores sanitarios reclamaron el derecho a revisar sus viviendas). No obstante, durante la depresión mundial, los hacendados se resistieron a las medidas sanitarias y trataron de cargar a los aparceros y colonos con el costo de construcción de las letrinas.

Pese a que en los años veinte tanto los conservadores como los liberales simpatizaban con las metas de la Jis, de 1933 a 1934 el director del Departamento de Anquilostomiasis vio que ninguno de los dos partidos iba a ser el aliado que asumiera el liderazgo en la campaña rural. Sólo la Unir (Unión Izquierdista Revolucionaria), coalición radical de trabajadores urbanos, aparceros y trabajadores rurales en Cundinamarca y Tolima, liderada por Jorge Eliécer Gaitán, puso énfasis en el tema de la salud en su programa. La Unir cooperó ampliamente en Fusagasugá, una vez que se resolvió la violencia entre este movimiento y los liberales³⁷. Incluso las actitudes de las empresas estadounidenses frente a los programas de la Fundación Rockefeller eran variables. En 1936, cuando en el contexto de un programa de vacunación contra la fiebre amarilla se realizaron 2.537 vacunaciones, la Colombian

37. Franco, Hookworm report, 1st qtr. 1934, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 136.



Fiebre amarilla en Colombia, 1929 (Peña Chavarría, Serpa Nova y Bevier).



Distribución de *Aedes aegypti* en Colombia (Peña Chavarría, Serpa Nova y Bevier).

Petroleum and Engineers Limited mostró una cooperación “irreprochable” mientras que la South American Gulf fue mediocre en la ayuda que proporcionó³⁸.

La resistencia sistemática que la fundación había encontrado en México a finales de la década de 1910 nunca se presentó en Colombia³⁹. No obstante, en los años treinta sí hubo una resistencia sostenida en el ámbito regional. Después del apoyo inicial que dio un gobernador médico en 1927, la resistencia a las actividades de la fundación contra el anquilostoma en Caldas se hizo muy fuerte. Habiendo tomado el control de la administración más progresista en Colombia y denunciando el (i) “parasitismo” (!) en el Gobierno Nacional, las elites caldenses se volvieron intensamente regionalistas durante la depresión mundial y utilizaron un lenguaje nacionalista contra la fundación para disfrazar su oposición a Bogotá. Una facción de médicos/políticos, frustrados por no poder modificar la agenda de la fundación y resueltos a no soltar el control de las políticas de higiene a la capital, formularon un programa alternativo. Incluía un proyecto para darles zapatos a los trabajadores y la provisión de una serie de servicios de salud manejados por los comités de cafeteros, que competiría con la fundación. En consecuencia, por razones políticas, el trabajo de la fundación fue más lento en Caldas que en Norte de Santander. Desanimados, los funcionarios de la Rockefeller guardaban la esperanza de que la difusión de unidades sanitarias en Pereira, Armenia y Manizales iba a hacer que las elites caldenses se acogieran a la agenda de la fundación⁴⁰.

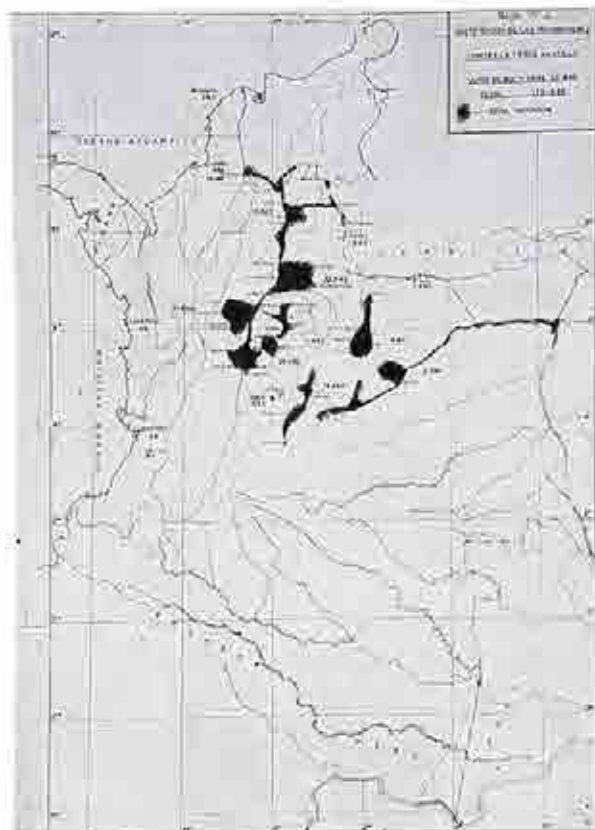
DESENROSCANDO EL ANQUILOSTOMA

La Jis definió sus métodos en el sur de Estados Unidos, Panamá, Puerto Rico, Cuba, Jamaica y México antes de hacer su ingreso en Colombia. La campaña contra el

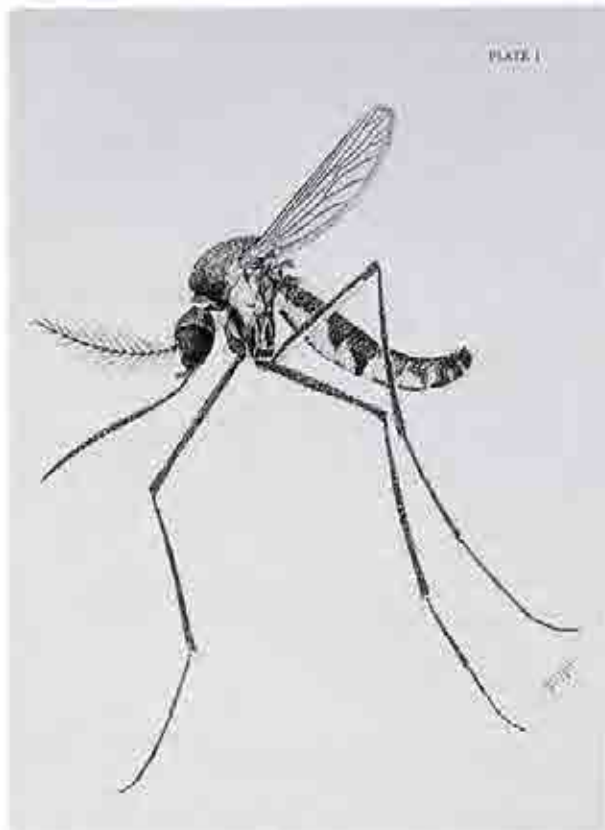
38. Hugh Smith, Yellow fever service diary, Col -1 vol. 1, pt. 2, 1936-38, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 13, fol. 10.

39. Armando Solórzano Ramos, “The Rockefeller Foundation in Mexico: Nationalism, Public Health, and Yellow Fever (1911-1924)”, (tesis de doctorado, University of Wisconsin, 1990).

40. Annual report 1934, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 Colombia, box 132.



Distribución de las vacunaciones contra la fiebre amarilla, junio 1937-abril 1940 (Facultad de Medicina, 1940).



Aedes aegypti (Kumm. Osorno Mesa y Boshell-Manrique, 1966).

anquilostoma en Cundinamarca, su más grande esfuerzo, combinaba el tratamiento de los trabajadores rurales con el saneamiento rural preventivo. En 1920, los grupos políticos e intelectuales de la elite gobernante del país estaban a favor de la campaña. Después que el prominente especialista en enfermedades tropicales Roberto Franco, quien había estudiado en Francia, hizo el primer diagnóstico de anquilostomiasis en 1905, los profesionales médicos presionaron al gobierno central para que llevara a cabo una campaña para prevenir y tratar la enfermedad. Franco y otro científico médico colombiano de avanzada, Jorge Martínez Santamaria, argumentaron vehementemente que más del 90% de los trabajadores del café y la caña y sus familias estaban infectados con el debilitante parásito. Un publicista médico hizo un llamado a que se le enseñara a la gente a utilizar los retretes. En 1911 se aprobó una legislación para organizar una campaña de tratamiento con base en los dispensarios, pero ésta no logró mucho⁴¹. En 1910, los periódicos dedicados a la agricultura contenían propaganda sobre el tratamiento de la infección por anquilostoma con timol, el cual producía efectos momentáneos pero no hacía nada por la prevención. En 1911, la legislación autorizó al ejecutivo para que organizara y regulara una campaña contra el anquilostoma⁴². Se creó la Dirección de Saneamiento de Suelos dentro del Departamento de Uncinariasis establecido en 1920.

Cundinamarca fue escogida porque era accesible a las autoridades nacionales y podía utilizarse como demostración, ya que allí se encontraba todo tipo de zona climática y epidemiológica. El axioma de la Fundación Rockefeller era que cualquier política sólida debía basarse en evidencias empíricas de la localidad en la que iba a trabajarse. Por ello, se recogieron datos tanto cuantitativos como cualitativos provenientes de agencias oficiales y de los empleados de la fundación. Éstos últimos valoraron los niveles de la infección, registraron los patrones de gasto en atención en salud, trazaron un perfil de la enfermedad y dibujaron mapas. Se cruzaron

41. Infection survey 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, subser. 311 Colombia, box 132.

42. Frederick Miller, Hookworm annual report 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 133.

datos de la población por sexo, edad y grupo étnico con información, por ejemplo, sobre la proporción de población en el área urbana y el número de niños que asistían a la escuela. Los empleados de la fundación anotaron los obstáculos para el lanzamiento de la campaña, tales como una epidemia de gripe o de disentería. El gobierno central facilitó el análisis de datos para áreas remotas proporcionando oficinas en Bogotá y otorgándoles privilegios a los empleados de la campaña.

La investigación concluyó que las tasas más bajas de infección se encontraban en Bogotá y en las poblaciones de la sabana vecinas de ésta. Los trabajadores del café exhibían la tasa más alta, 93%, entre las 5.795 personas clasificadas por ocupación y que habían sido diagnosticadas. A éstos les seguían los trabajadores de la caña y los peones de las fincas, mientras que los mineros mostraban una tasa baja de infección debido a que las minas estaban ubicadas en tierras templadas. La relativamente alta incidencia de la infección entre la policía, 66%, dejó sorprendidos a los investigadores, pero la distribución por grupo étnico no causó sorpresa alguna: 88,4% de negros, principalmente habitantes de las riberas; 84% de mestizos y 65,6% de blancos. La correlación entre ubicación geográfica, origen étnico y pobreza era clara⁴³.

El principal objetivo de la campaña de Cundinamarca era elevar la eficiencia de los trabajadores⁴⁴. El tratamiento incluía, especialmente, a los trabajadores migratorios de las montañas templadas. Por lo menos el 10% de esta población estaba permanentemente incapacitada y los empleadores enviaban de regreso a sus comunidades a muchos inválidos que, una vez allí, propagaban la infección⁴⁵.

Al lanzar la campaña de Cundinamarca, los funcionarios de la Jis apuntaban a convencer primero a las elites nacionales, luego a las locales y, finalmente, a los campesinos y trabajadores rurales. El presidente Marco Fidel Suárez, acompañado de prominentes ciudadanos, asistió a una presentación de diapositivas que se realizó para los curas párrocos del departamento. El director de campo dio una charla para los ministros del gabinete, los congresistas y los hacendados y banqueros líderes. Se ofrecieron conferencias públicas en La Mesa y Girardot, a las que asistieron médicos bogotanos⁴⁶. El gobernador brindó una ilimitada cooperación, amenazando incluso con destituir a los alcaldes que no respaldaran la legislación que ordenaba construir retretes sanitarios (varios alcaldes respaldaron la medida; el alcalde de San Francisco ordenó, incluso, la construcción de retretes sanitarios para uso público). El gobernador también tomó medidas coercitivas bien publicitadas contra los curanderos que defendían la resistencia, como un tegua de Guaduas. Tres teguas que se hacían pasar por funcionarios del Departamento de Uncinariasis y que vendían "específicos" fueron sentenciados a pasar de treinta a sesenta días en prisión.

Los funcionarios temían que la Iglesia católica viera la campaña como un reto a su casi monopólico manejo de la filantropía. Sin embargo, el arzobispo de Bogotá, Bernardo Herrera Restrepo, dio una cordial bienvenida a la campaña, alentando a los clérigos a que los domingos dieran conferencias públicas en las plazas de mercado en las que enfatizaran los méritos del saneamiento rural. Públicamente, Herrera Restrepo reprendió a un cura párroco que no estaba de acuerdo. Otros curas párrocos fueron de gran ayuda: el párroco de Viotá intervino en el rescate de la campaña cuando estuvo a punto de fracasar, debido a que habían ocurrido siete muertes por el tratamiento contra el anquilostoma.

Seis periódicos de Bogotá fueron entusiastas en el cubrimiento. Uno de ellos les recordó a sus lectores el papel positivo que la fundación había desempeñado en China, Canadá, Brasil y Tailandia y les informó que el hospital adjunto a la

43. Uncinaria infection survey of the State of Cundinamarca, Republic of Colombia. Informe enviado al Honorable Ministro de Agricultura y Comercio de la República de Colombia por Louis Schapiro, 1920. RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 160.

44. Compárese con la experiencia brasileña en Steven C. Williams, "Nationalism and Public Health: The Convergence of Rockefeller Foundation Technique and Brazilian Federal Authority During the Time of Yellow Fever, 1925-1930", en Cueto, *Missionaries of Science*, págs. 23-51.

45. Infection survey 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, subser. 311 Colombia, box 132.

46. *Ibid.*

University College, en Londres, que se había quedado corto de recursos durante la Primera Guerra Mundial, había aceptado el apoyo financiero de la fundación⁴⁷.

Algunos hacendados suministraron animales para que los inspectores los utilizaran, proporcionaron comida y alojamiento a los trabajadores sanitarios que estaban en sus tierras y se organizaron para que los hombres, mujeres y niños que trabajaban para ellos acudieran al tratamiento por orden de lista⁴⁸. Los funcionarios más jóvenes de la campaña acudieron a las autoridades locales para que los ayudaran a convencer a los padres de familia que se negaban a traer a sus niños desnudos a los dispensarios. Se les propuso que los niños se alternaran para ponerse el único vestido que tenían⁴⁹.

La campaña inicial fue tan exitosa que los líderes comunitarios, laicos y religiosos, mandaron telegramas desde los pueblos de la república (Valledupar, Riohacha, Tenza, Útica, La Mesa, Girardot, Fómeque) pidiendo que se les enviara, a la mayor brevedad, una comisión sanitaria. En 1921, Wickliffe Rose, director general, dijo lo siguiente: "Me llama mucho la atención que el gobierno y la gente estén cooperando tan cordialmente. En ningún otro país el trabajo ha sido tan bien apoyado desde sus inicios"⁵⁰.

Las políticas de la Jis fueron evaluadas a la luz de la experiencia de Cundinamarca y luego aplicadas en otros departamentos colombianos. Entre tanto, el Departamento de Uncinariasis del gobierno se expandió rápidamente y contrató a siete directores de campo y 65 inspectores sanitarios, divididos en siete brigadas que operaban en siete departamentos. Ahora el objetivo principal era la prevención: inculcar hábitos sanitarios y sanear las casas, las escuelas, los edificios oficiales y, en forma más general, las áreas rurales. A los propietarios de casas de habitación se les obligó a construir letrinas. No hacerlo máximo a los veinte días de notificados acarrearía multas entre los veinte y los cuarenta pesos. A todos los miembros del departamento de saneamiento se les facultó para imponer dichas multas.

En ese momento, las campañas tenían un componente explícitamente educativo que apuntaba a promover el conocimiento detallado de las enfermedades intestinales y su transmisión. Se daban charlas en las casas de las personas, se impartían conferencias ilustradas en las salas de cine, y en los días de mercado se llevaban a cabo conferencias públicas en las plazas de los pueblos. Los funcionarios de la campaña se jactaban de que en 1926 habían asistido a estos eventos 850.000 personas. Sin embargo, los funcionarios también enfrentaron obstáculos prácticos: en 1921 una fuerte temporada de lluvias ahogó la euforia inicial. Los alcaldes, argumentando que las letrinas que habían mandado construir eran terreno propicio para los mosquitos, instruyeron a los habitantes de sus municipios para que las rellenaran y exigieron a la fundación que les enviara urgentemente suministros de petróleo crudo⁵¹.

Antes de ampliar su cobertura geográfica, el Departamento de Uncinariasis les pidió a los gobiernos regionales que incluyeran la instrucción obligatoria en higiene en los currículos escolares y que crearan una organización de control permanente, totalmente financiada con fondos regionales. Por su parte, la oficina central conservaba la autoridad sobre el manejo técnico⁵². En 1924 había campañas sanitarias en Tolima, Huila, Boyacá, Santander y Antioquia, al igual que en Cundinamarca. Se adoptaron nuevos dispositivos de persuasión, que incluían la película *Desenroscando el anquilostoma* y afiches que se ubicaban en las calles principales. También se pusieron a circular folletos que describían diferentes tipos de retretes, tanques sépticos y letrinas. En 1925, 285.925 colombianos recibieron

47. Miller, Hookworm annual report 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 133. Véase también W. R. Merrington, *University College Hospital and Its Medical School: A History*, Londres, Heinemann, 1976, pág. 123. La ayuda monetaria se utilizó para el desarrollo del laboratorio y la ampliación de la facultad en 1919.

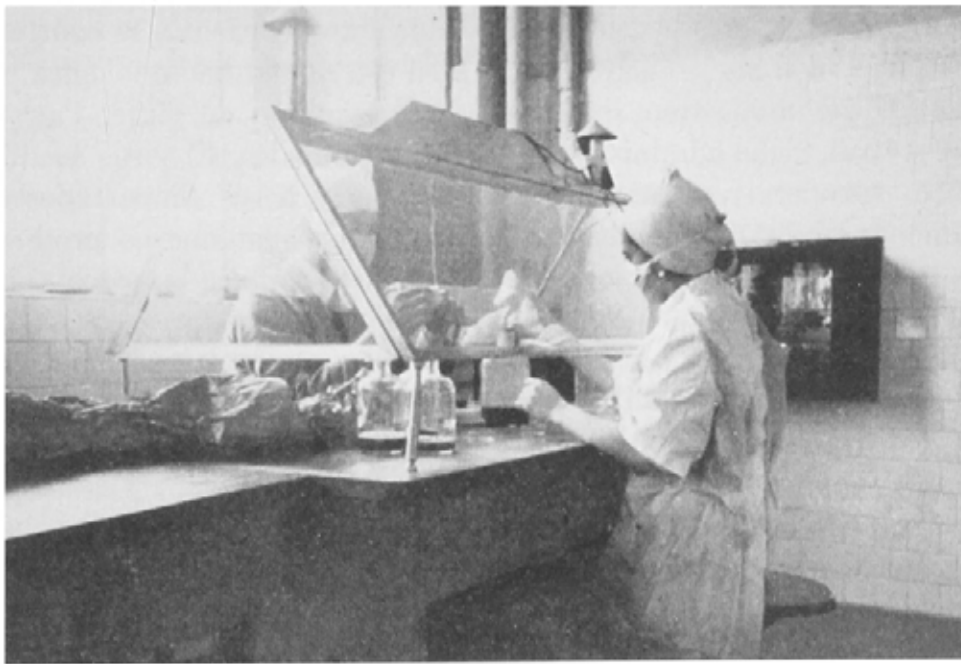
48. Miller, Hookworm report, 3d qtr. 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 133.

49. Wilson, Hookworm annual report 1925, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 134.

50. Miller, Hookworm annual report 1920, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 133.

51. Miller, Hookworm annual report 1921, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 133.

52. Wilson, Hookworm report, 2d qtr. 1925, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 134.



En el laboratorio, centenares de ampolletas de vacuna en la última etapa de desecación (Gast Galvis, 1961).

tratamiento para la anquilostomiasis, cifra que superaba abundantemente los tratamientos que habían recibido todas las personas tratadas en el contexto de otras campañas que la Jis había llevado a cabo en Estados Unidos, México, Jamaica, Puerto Rico, Guatemala, Nicaragua, Panamá, El Salvador y Perú⁵³.

En este periodo, la preocupación de los funcionarios más antiguos se centraba en los criterios para la evaluación del trabajo y en el costo/efectividad. Recolectaron nuevos datos sobre las cifras y las técnicas de tratamiento y el número de dosis, entre otros. Meticulosamente registraban los costos de los tratamientos y las curas (tratamientos iniciales y totales). Una reducción de los costos per cápita entre 1920 y 1924 fue motivo de autocongratulaciones.

Cuando la campaña sanitaria se llevó a Antioquia, los funcionarios se enteraron de que los habitantes del altiplano antioqueño, al contrario de los habitantes de la sabana de Bogotá, estaban infectados con enfermedades intestinales. El representante nacional de la fundación, Frederick Miller, optó por el tratamiento masivo, pese a la inexperiencia de la Jis en este terreno. Sin embargo, sus superiores insistieron en que el tratamiento masivo sólo era aceptable si se realizaba sobre una base científica y exigieron pruebas estadísticas de los tratamientos locales para verificar su costo/eficiencia⁵⁴. Sostenían que era una falacia juzgar el trabajo con el anquilostoma por el número de tratamientos, toda vez que un número reducido de tratamientos científicamente controlados era más valioso a largo plazo que un gran número de tratamientos menos controlados. Los oficiales rechazaron la estimación "impresionista", que era con creces "un asunto de opinión y testimonio", y buscaron métodos más lógicos de medir los beneficios permanentes del saneamiento y del tratamiento sistemático⁵⁵.

La fundación estableció, en el municipio de Palestina (Caldas), un área de demostración de control del anquilostoma y abrió una escuela de entrenamiento para empleados en 1929-1930. Los funcionarios llevaban a cabo sus habituales estudios del ambiente del área y los análisis estadísticos de los niveles y tipos de infestación. Se halló, por ejemplo, que los niveles de infección eran más bajos entre los depen-

53. Wilson. Hookworm annual report 1925, narr./stat., RAC, RFA, Re 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 134.

54. Hookworm report, 3d qtr. 1923, narrative, Miller, Barranquilla, a C. C. Williamson, Nueva York, dic. 1923, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 133; Willys M. Monroe. Hookworm annual report 1922, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 133; Miller, Hookworm preliminary annual report 1923, narr./stat., Russell, Nueva York, a Miller, Bogotá, feb. 8, 1924, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H, box 133.

55. Sawyer a Russell, Report on trip to Colombia, pt. 1.

dientes de almacenes, las costureras y otros empleados urbanos, que entre los trabajadores rurales. En 1929, el director de campo de la Jis, Carlos Franco, montó un equipo "casi militar" de inspectores sanitarios, que cubrió cerca de quinientas casas, supervisó la instalación de letrinas en el 95% de las moradas y preparó los primeros mapas completos del distrito que se realizaron. De acuerdo con Franco,

La mayor dificultad se relaciona con la resistencia de mucha gente a cambiar sus costumbres inveteradas. Estos cambios son especialmente difíciles porque estamos tratando con gentes que viven una vida primitiva [sic] y reciben las exigencias de los inspectores como si se tratara de actos de violencia contra su libertad, su comodidad, sus gustos y su bolsillo. Como ejemplo puede mencionarse la idea que expresó un miembro del consejo (y que nadie refutó) cuando dicho cuerpo estaba considerando el saneamiento de algunos establos en el área urbana. "No podemos reducirnos a aceptar las leyes sin temor a que el pueblo se quede vacío, ya que sólo podemos vivir por fuera y en contra de la ley" [!!!]⁵⁶.

El apoyo de los ciudadanos de la localidad a esta campaña se dio en forma gradual, especialmente en lo que tenía que ver con la construcción de letrinas⁵⁷.

El Departamento de Uncinariasis tenía la intención de que las prácticas diseñadas en Palestina se difundieran progresivamente a los municipios adyacentes de las partes prósperas de Caldas hasta que se estableciera una división sanitaria eficiente. Cuando la financiación se redujo en 1930-1931, el experimento de Palestina permaneció intacto. La campaña siguió operando en Caldas, Cundinamarca, Tolima y Valle, pero se abandonó en Norte de Santander debido a la distancia, en Antioquia por falta de cooperación y en Huila por la pobreza extrema del área⁵⁸.

De las campañas contra el anquilostoma de los años veinte surgió, entre 1932 y 1934, una Sección de Saneamiento Rural del Departamento Nacional de Higiene, que tenía que ver con la educación para la salud en los hogares y las escuelas, y con la inspección de las casas de habitación y de los predios adyacentes. La Sección de Saneamiento Rural decidió trabajar, principalmente, en las áreas productoras de café debido a su significado económico, su peso demográfico y la relativa facilidad de acceso. Los empleados de los comités departamentales de la Federación Nacional de Cafeteros no cobraron nada por ayudar a persuadir a los campesinos de que cambiaran sus hábitos, y la economía del café era lo suficientemente boyante como para suplir la mayoría de los costos de implementación de las medidas. Las prioridades de la sección incluían el saneamiento de los suelos en los traspatios, la protección de los pozos, las fuentes y los nacimientos de agua; la recolección de basuras y de aguas negras, la ubicación en corrales de los animales domésticos y el control de los mosquitos y de los lugares de cría de éstos. Esta ampliación de actividades causó alarma entre los funcionarios de la Jis, puesto que suponían que iban a reducirse los tratamientos para la anquilostomiasis a favor del desarrollo de servicios eficientes de inspección sanitaria⁵⁹.

Por su parte, la fundación amplió su trabajo en las áreas urbanas creando unidades sanitarias, como una unidad piloto en Pereira. En 1934, los funcionarios de la Jis rindieron un informe sobre la cantidad de viviendas que habían inspeccionado, la calidad del agua para uso doméstico, el drenaje de aguas negras y la recolección de basuras, el avance en la ubicación de los animales domésticos en corrales, la población de mosquitos, el saneamiento de suelos, la cantidad de conferencias sobre saneamiento, las visitas domiciliarias y las casas con y sin letrinas sanitarias, y el

56. Hookworm report; 2d qtr. 1930, narr./stat. (Bevier), app. 3, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 135.

57. Bevier, Hookworm report, 1st qtr. 1930, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 135. Algunos ricos terratenientes fueron multados por no construir letrinas. Bevier, Hookworm report, 2d qtr. 1935, narr./stat., anex. 3, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 135. Con el tiempo, algunos se enorgullecieron de sus letrinas, dotándolas de luz eléctrica, adornándolas con fotos y con materas con orquídeas.

58. Bevier, Hookworm report 1931, annual and 4th qtr., narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 H Colombia, box 136.

59. Annual report 1934, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3 records routine, subser. 311 Colombia, box 132.



Equipo de vacunación por escarificación (Gast Galvis, 1961).

incremento o reducción de cifras entre la primera y la segunda inspección⁶⁰. En la correspondencia de la fundación se hacía referencia a la lechería de Pereira, a la guardería, a la clínica para bebés y a la higiene escolar. Las recomendaciones a los gobiernos municipales cubrían asuntos tan diversos como los controles a los mataderos, las plazas de mercado y la quema de basuras, el nombramiento del médico local, la prevención de enfermedades venéreas y la difusión de información sobre este tema en las escuelas, y la inauguración de un laboratorio municipal. En 1938, los funcionarios proclamaron que la unidad piloto había excedido con creces las predicciones más optimistas de sus fundadores⁶¹.

CIENCIA, INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

La fundación expresó su compromiso con la ciencia mediante el apoyo al desarrollo de laboratorios y la investigación en enfermedades “tropicales” tanto en el laboratorio como en el campo. Al igual que la campaña contra el anquilostoma, estas iniciativas comenzaron con financiación gubernamental inicialmente complementada por la Jis. En 1918, los funcionarios de la fundación argumentaron que Colombia necesitaba un laboratorio moderno para servicios generales de diagnóstico. Advirtieron que las estadísticas nacionales de mortalidad no eran confiables y que las muertes por enfermedades como el tifo y la tifoidea estaban subregistradas, ya que no existían procedimientos de laboratorio para verificarlas. Los funcionarios propusieron la creación de un laboratorio que ampliara el suministro de la vacuna contra la viruela y que manufacturara productos biológicos, tales como la antitoxina para la difteria y el suero antiofidico, que no se producían localmente⁶². Con el apoyo de la Fundación Rockefeller, el Laboratorio Nacional de Higiene se fundó en 1926, cuando el Gobierno Nacional adquirió el bien equipado Laboratorio Samper Martínez.

En 1927 se disponía de una amplia gama de sueros inyectables y de vacunas biológicas y artificiales⁶³. Fueron muy útiles en una campaña urgente contra la difteria en Bogotá. Desafiando los planteamientos ortodoxos según los cuales ésta es una enfermedad comparativamente menos dañina en el trópico, la difteria demostró

60. Franco, Hookworm annual report 1934, informe estadístico, soil sanitation and hookworm control, 1934, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, 311 H Colombia, box 136.

61. Benigno Velasco Cabrera, “La sanidad en Colombia”, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 17:5 (may. 1938), págs. 199-201.

62. Sawyer a Russell, abr. 19, 1925, Report on trip to Colombia, pt. 2, Bogotá, abr. 1918, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 2, subser. 311 Colombia, box 27, fol. 161.

63. Laboratorio Samper Martínez, 1927, semiannual report, narr./stat. (Uribe), RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 K Colombia, box 137.



Vacunador colombiano (Gast Galvis, 1961).

ser, por medio de investigaciones bacteriológicas, más común y virulenta en grandes alturas de lo que se pensaba que era. Sin embargo, a mediados de los años treinta, los funcionarios más antiguos del Laboratorio Nacional de Higiene dudaron en asumir la responsabilidad de supervisar los laboratorios administrados por la fundación porque, de acuerdo con la ley, al instituto se le exigía que proveyera el equipo e hiciera las inspecciones necesarias, y éste no podía llevar a cabo ninguna de estas tareas en el contexto de las tensas circunstancias de este decenio. A pesar del final retiro de la fundación de la asunción de responsabilidades directas en la prestación de servicios de laboratorio, éstos continuaron creciendo en Bogotá hasta que, a finales de 1935, los exámenes de protección, la cría de ratones y los servicios de entomología y patología estaban funcionando plenamente y se disponía de un salón para manejar los animales experimentales infectados⁶⁴.

El resultado de esta serie de innovaciones fue el Instituto Carlos Juan Finlay. Dicho instituto, que surgió de un esfuerzo de cooperación entre la Fundación Rockefeller, la Agencia Panamericana de la Salud (APS) y el Estado colombiano, asumió responsabilidades en los campos de la epidemiología y el control de la fiebre amarilla y otras enfermedades virales, investigaciones y actividades de control en relación con el tifo, la fiebre tifoidea y la fiebre petequial, y la producción de las vacunas contra estas enfermedades. El Instituto Finlay también organizó la coordinación y la dirección de campañas para la erradicación del vector urbano de la fiebre amarilla, el mosquito *Aedes aegypti*, le hizo seguimiento a las tierras infectadas y probó insecticidas. Los fundadores lo veían como el laboratorio de servicios para el área del noroccidente de Suramérica. Exportaba vacunas y diagnósticos histológicos gratuitos, examen de muestras de hígado obtenidas mediante viscerectomía (autopsia parcial rutinaria de personas que mueren de fiebres), exámenes de protección en muestras de sangre y numerosas investigaciones de campo.

De acuerdo con los informes de los funcionarios, en sus primeros años el Instituto Finlay hizo progresos considerables, oscurecidos sólo por problemas temporales, tales como la producción de vacunas sin fecha de expiración en 1944. No obstante, en la medida en que dejó de ser controlado por la Fundación Rockefeller su acreditación

64. Annual report 1936, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 Colombia, box 132.

científica se vio amenazada. Las suscripciones a importantes publicaciones periódicas de carácter científico que incluían resultados de investigación recientes se cancelaron. En 1951, no había ningún miembro de la planta que fuera competente en el manejo del control rutinario de la fiebre amarilla y su joven equipo científico, interesado en la investigación pero carente de otras habilidades, era vulnerable a las presiones políticas. Mientras tanto, los conflictos entre las burocracias radicadas en Estados Unidos amenazaban la viabilidad del instituto. Los funcionarios de la fundación incluso acusaron a la APS de vacilar y no brindar apoyo al equipo directivo local⁶⁵.

El trabajo de Bogotá se complementó con un laboratorio fundado por la Rockefeller en Barranquilla, cuya intención era promover la salud pública sin competir con la iniciativa privada⁶⁶. Se trataba de que este laboratorio desarrollara funciones en toda la ciudad y que, además, asumiera responsabilidades en la costa caribe y en las islas de San Andrés y Providencia. Sirviendo a instituciones como la militar, el saneamiento portuario y el dispensario antituberculoso, el departamento de diagnóstico emprendió los exámenes de sífilis y otras enfermedades venéreas, tuberculosis, enfermedades intestinales, malaria, fiebres recurrentes y rabia⁶⁷. El departamento de serología producía sueros inyectables biológicos y artificiales, vacunas, tratamientos para la rabia y toxina diftérica para inmunizar a los caballos. El personal del laboratorio llevaba a cabo campañas de vacunación contra la viruela y la tifoidea, examinaba la producción de leche, su manejo y pasteurización, y dictaba cursos para las enfermeras visitadoras⁶⁸. Al ser pionera en el impulso de un laboratorio público bien equipado, la Jis pensaba que le estaba demostrando a la nación el valor de actualizar las instalaciones que ya existían y lo deseable de invertir en nuevas. Aun así, los funcionarios del gobierno se mostraron cautelosos en cuanto a asumir la responsabilidad del laboratorio cuando el contrato con la Rockefeller terminó⁶⁹.

Después de estas exitosas colaboraciones con las autoridades colombianas, la Jis buscó su cooperación en el empeño de “conquistar” la fiebre amarilla de la selva⁷⁰. En 1881, el médico cubano Carlos Juan Finlay había encontrado que la picadura del mosquito *Stegomyia fasciata* transmitía la fiebre amarilla urbana a los seres humanos sensibles. La comisión liderada por Walter Reed había confirmado sus hallazgos con pruebas de laboratorio que demostraban el vínculo etiológico entre el bacilo y la fiebre amarilla. Pese a esto, no se había avanzado mucho entre 1900 y 1927. El optimismo asociado a la proclamación de Hideyo Noguchi, en 1918, de que el *Leptospira* transmitía la fiebre amarilla se evaporó al demostrarse que sus hallazgos no eran válidos⁷¹.

A mediados de los años treinta, los funcionarios de la Jis, entusiasmados con la baja de los costos del control del mosquito vector de la fiebre amarilla urbana, decidieron asignar recursos para el estudio de la fiebre amarilla de la selva y se dedicaron a investigar si el *Stegomyia* producía el virus. A mediados de los años treinta, la Fundación Rockefeller financió estudios sobre la fiebre amarilla en Brasil, Guyana, cinco países andinos, Sudán, y en el Instituto Pasteur, en París. Roberto Franco había identificado brotes de fiebre amarilla en Muzo (Boyacá), en 1907 y, por ello, Colombia era una ubicación lógica para adelantar investigaciones más profundas. La fiebre amarilla detectada en Muzo tenía características particulares, entre las cuales el hecho de que se contraía en los bosques más que cerca de las casas y que la inoculación ocurría en las horas del día. Para la fundación, Colombia tenía una ventaja comparativa frente a Brasil: la comunicación aérea más rápida, que hacía más fácil la supervisión del trabajo en zonas apartadas, la vigilancia sobre transmisión del virus y el transporte de muestras de sangre⁷². Como puede verse en el cuadro 1, en 1938 Colombia recibió la segunda apropiación presupuestal más grande en América Latina.

65. Rolla B. Hill, Coconut Grove (Miami), a Andrew J. Warren, Nueva York, jun. 25, 1951, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 12, fol. 106.

66. Bevier, Barranquilla public health laboratory, 1933 annual report, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 K Colombia, box 137.

67. Óscar Vargas, Barranquilla public health laboratory, report, 1st qtr. 1933, narr./stat., RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 K Colombia, box 137.

68. Bevier, Barranquilla public health laboratory, 1933 annual report, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, records routine, subser. 311 K Colombia, box 137.

69. J. A. Kerr, Yellow fever service diary, 1936, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 13, fol. 109.

70. Strode celebra el trabajo de la fundación contra la fiebre amarilla de la selva en *Yellow Fever* (véase n. 3), texto que exuda autosatisfacción institucional y, al mismo tiempo, contiene interesantes pasajes autocríticos de científicos particulares.

71. Andrew J. Warren, “Landmarks in the Conquest of Yellow Fever”, en *ibíd.*, págs. 1-38; Hideyo Noguchi, “Yellow Fever Research, 1918-1924, summary *L. icteroides*”, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 28 (1925), págs. 185-93.

72. Soper, Bogotá, a Sawyer, Nueva York, mar. 5, 1935, RAC, RFA, IHB/D, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 10, fol. 94.

Cuadro 1. Presupuestos para fiebre amarilla (en dólares estadounidenses).

	Gasto, 1937	Apropiaciones, 1938
Brasil	200.000	200.000
Colombia	30.000	33.000
Resto de Suramérica	12.000	8.500

Fuente: Control e investigaciones de enfermedades específicas (sigue), estimaciones de 1938 de fiebre amarilla, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 10, fol. 90.

Los planes de 1933 para el trabajo de laboratorio y de campo incluían la recolección y examen de varios artrópodos sospechosos de ser vectores, la investigación sobre animales que posiblemente eran huéspedes y el seguimiento a la distribución de la enfermedad mediante exámenes de sangre, viscerectomías y estudios de campo⁷³. La investigación realizada en 1930 por Fred L. Soper y asociados contradujo los planteamientos ortodoxos según los cuales los seres humanos eran los únicos huéspedes vertebrados de la fiebre amarilla y demostró que el agente infeccioso podía transmitirse a algunos monos⁷⁴.

En ese momento, el gobierno colombiano tenía buenas razones para acoger la investigación sobre fiebre amarilla. Pese a que la enfermedad no era causa principal de mortalidad, las noticias de un brote bien podían paralizar el comercio y el transporte, provocar represalias en los socios comerciales y desviar las compras hacia rivales en este campo. Históricamente, la enfermedad se caracterizaba por epidemias repentinas que trascendían los focos endémicos, seguidas por periodos de ausencia o relativa quietud⁷⁵. Por lo tanto, los funcionarios de salud utilizaron la presencia de fiebre amarilla para persuadir al gobierno y al Congreso de que construyeran hospitales y organizaran esquemas de tratamiento. Aunque el gobierno se enorgullecía de cumplir con los estándares internacionales y de reportar las enfermedades de notificación obligatoria, era cauto en la toma de medidas severas en los puertos, que pudieran causar pánico en el público y obligaran a los socios comerciales de Colombia a imponer cuarentenas⁷⁶.

Aunque el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos había registrado 57 casos en Colombia en 1959, no registró ninguno o muy pocos entre 1930 y 1934 (véase cuadro 2). Sin embargo, el resurgimiento de la enfermedad, que probablemente reflejaba una mejoría en la recolección de datos estadísticos, hizo que los casos registrados se incrementaran en los dos decenios siguientes. No fue hasta 1949 cuando la cifra cayó nuevamente a cero. Entre 1929 y 1935, esta tendencia fue confirmada, con discrepancias menores, por la Sección de Salud de la Liga de las Naciones. Estas tendencias estimularon las acciones preventivas y les garantizaron a los investigadores científicos la colaboración oficial.

Rápidamente se emprendieron investigaciones, en el municipio de Restrepo, sobre el género *Haemagogus*, al cual los habitantes locales acusaban de ser especialmente maligno y al que llamaban el "mosquito azul"⁷⁷. Un laboratorio en Villavicencio, al este de Bogotá, complementaba el trabajo de campo. La investigación sobre la fiebre amarilla en Villavicencio se originó a partir de un brote de la enfermedad que confundió a los científicos porque, hasta ese momento, el único vector probado de la enfermedad era el *Aedes aegypti*, una especie que se desconocía en esta localidad. Una nueva carretera construida en 1937 y que conectaba a Bogotá con Villavicencio posibilitó la creación, en 1938, de un laboratorio patrocinado por la fundación.

73. Control and investigations of specific diseases, estimates 1938 yellow fever, South America, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 10, fol. 90.

74. William Coleman, *Yellow Fever in the North: The Methods of Early Epidemiology*, Madison, University of Wisconsin Press, 1987, págs. 3-24.

75. Wilbur A. Sawyer, "The Yellow Fever Situation in the Americas", en *Proceedings of the Eighth American Scientific Congress, Held in Washington May 10-18, 1940, under the Auspices of the Government of the U.S.A.*, Washington, D.C.: State Department, 1941, págs. 297-312; Fred L. Soper, "Present-day Methods for the Study and Control of Yellow Fever", en *American Journal of Tropical Medicine*, 17 (1937), págs. 655; ídem, "Yellow Fever: The Present Situation" (octubre de 1938) con especial referencia a Suramérica, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* (Londres), 32 (1938), pág. 295.

76. Bevier a Howard, sept. 26, 1933, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 10, fol. 88.

77. P. C. A. Antunes, "Informe sobre investigación entomológica realizada en Colombia", en *Revista de la Facultad de Medicina (Bogotá)*, 6:2 (ag. 1937), págs. 65-86; ídem, y Loring Whitman, "Studies on the Capacity of Mosquitoes of the Genus *Haemagogus* to Transmit Yellow Fever", en *American Journal of Tropical Medicine*, 17:3 (nov. 1937), págs. 825-31.

Cuadro 2. Casos de fiebre amarilla en Colombia, 1929-1950.

	Servicio de Salud Pública de Estados Unidos	Sección de Salud de la Liga de las Naciones
1929	57	51
1930	0	0
1931	4	0
1932	0	0
1933	0	0
1934	3	3
1935	17	10
1936	66	-
1937	53	-
1938	15	-
1939	10	-
1940	35	-
1941	47	-
1942	18	-
1943	31	-
1944	14	-
1945	23	-
1946	21	-
1947	66	-
1948	19	-
1949	0	-
1950	4	-

Fuente: Citado por Henry W. Humm, Escuela Universitaria John Hopkins, Baltimore, enc., a John E. Elmendorf, Jr., Bogotá, 7 de enero de 1951, RAC, RFA, RG, 1.1. projects, subser. 311.0 fiebre amarilla, box 12, fol. 106.

Tanto el trabajo de laboratorio como el de campo se vieron obstaculizados. En 1936, el cura párroco de Restrepo se opuso a lo que consideraba las prácticas bárbaras de la viscerectomía y la punción. Estas prácticas, declaró, eran equivalentes a la mutilación y la profanación de los sagrados restos de los muertos, y no podían justificarse, ya que la fiebre amarilla no existía en su parroquia. Luis Patiño Camargo, director del Departamento Nacional de Higiene, presentó el caso ante la secretaria general del arzobispado de Bogotá, quien estuvo de acuerdo en sugerirle al nuncio papal, superior inmediato del obispo de los Llanos Orientales, que el clima de Restrepo era perjudicial para la salud del cura y que debía ser trasferido a otra localidad⁷⁸. Otros problemas más prácticos iban desde la generación de electricidad hasta la “calidad de los embarques de monos”⁷⁹.

Pese a esto, el proyecto siguió adelante. En Villavicencio, los investigadores buscaron un vector entre los mosquitos y otros insectos (desde las termitas hasta las mariposas). La localidad presentaba excelentes condiciones: se percibía como un paraíso biológico virgen, rico en especies anofelinas y otros insectos, mamíferos, aves y reptiles. Como lugar de encuentro de tres zonas ecológicas, las laderas de los Andes, los Llanos Orientales y la selva amazónica, Villavicencio era un sitio ideal para estudiar la relación entre parásito, huésped y ambiente⁸⁰. Trabajando con la hipótesis de

78. Patiño Camargo, Yellow fever service diary, COL-1, vol. 1, pt. 2, 1936, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 13, fol. 109.

79. Smith, Yellow fever service diary, COL-1, vol. 1, pt. 3, 1938-39, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 13, fol. 110.

80. Laboratorio de Villavicencio, internal memo, 1949, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 12, fol. 105.



Jorge Boshell Manrique, médico epidemiólogo (1903-1976). (Rodríguez Toro, Velandía y Boshell, 2003).



Doctor Felipe González Camargo en la Clínica Dental Escolar de la Sociedad de Pediatría (Credencial Historia, 1999).

que los animales centinelas eran los medios más simples y confiables para determinar la presencia real de la infección, los investigadores capturaron dos mil animales para ver si se volvían inmunes a la fiebre amarilla o respondían a la inoculación del virus. La investigación estableció que la zarigüeya podía infectarse con fiebre amarilla e identificó reservorios temporales de infección en otros animales⁸¹.

En 1943 la principal prioridad en investigación era el análisis de las variaciones en el mecanismo básico de la fiebre amarilla de la selva. Los *Haemagogus* eran recolectados para investigación en lugares tan remotos como Brasil y el noroeste argentino. La documentación colombiana dio lugar a la hipótesis de que el mecanismo de propagación de la fiebre amarilla en la selva estaba asociado al ciclo del mamífero/mosquito, en el que los seres humanos sólo se veían afectados de manera incidental. En 1949, los científicos corroboraron esta hipótesis. La fiebre amarilla atacaba a los seres humanos cuando a éstos los picaban los insectos infectados de la selva, que normalmente picaban a los monos, pero que atacaban a los leñadores y a los constructores de carreteras cuando derribaban árboles⁸². Aunque los seres humanos eran los más afectados con la fiebre amarilla urbana, sólo eran víctimas fortuitas de la versión selvática.

Los trabajos sobre fiebre amarilla ilustran el significado, la utilidad y las limitaciones de relacionar la investigación de campo con la de laboratorio⁸³. En la población de Muzo y en las minas de esmeraldas cercanas, los estudios epidemiológicos demostraron la presencia del virus de la fiebre amarilla en el *Haemagogus* y su transmisión a los monos. En San Vicente de Chucurí (Santander), población dedicada al cultivo del café, un estudio similar descubrió dos prósperas especies de *Haemagogus*, dife-

81. Porter J. Crawford, a Sawyer, La Habana, ag. 8, 1949, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 11, fol. 100.

82. Warren, "Landmarks"; Wilbur G. Downs, "History of the Epidemiological Aspects of Yellow Fever", *Yale Journal of Biology and Medicine*, 55:3-4 (may-ag. 1982), págs. 179-186.

83. La temperatura, la intensidad de la luz y la humedad del bosque podían reproducirse en laboratorios, pero la composición y los metabolitos, como el dióxido de carbono, no podían reproducirse. John C. Bugher, "The Mammalian Host in Yellow Fever", en Strode, *Yellow Fever*, págs. 299-334.

rentes de la encontrada en los Llanos Orientales y hasta el momento desconocidas en Colombia⁸⁴. Investigaciones posteriores indicaron que el género *Haemagogus* era más complejo de lo que en principio se pensaba; una colonia de *Haemagogus equinus* propagada en un laboratorio de Bogotá demostró que éste se volvía doméstico y desempeñaba un papel similar al que cumplía el *Aedes aegypti* en el área urbana. La investigación en el oriente colombiano mostró que todas las especies de marsupiales examinados eran susceptibles al virus de la fiebre amarilla⁸⁵. Estos estudios inspiraron el apoyo a instalaciones mayores. En 1946 se contaba con un amplio servicio de viscerectomía, un laboratorio de patología, una unidad para manufacturar la vacuna contra la fiebre amarilla, comisiones para aplicar la vacuna en áreas estratégicas y una unidad para llevar a cabo exámenes de protección en ratones⁸⁶.

Los estudios sobre fiebre amarilla se descontinuaron en el laboratorio de Villavicencio en 1945, pero la biología del anofeles y los estudios relacionados con la malaria se siguieron realizando en lo que en ese momento se llamó el Instituto Roberto Franco. En 1947, la Jis quería retirarse de los acuerdos de cooperación, pero la estabilidad del instituto la preocupaba enormemente. El ministro de Higiene colombiano prefería que la fundación se quedara protegiendo a la agencia autónoma para que ésta no se subsumiera en la burocracia gubernamental. Las ambiciones profesionales y personales de los funcionarios colombianos y estadounidenses también representaban una amenaza, pero finalmente el instituto se salvó en 1948.

En la medida en que el laboratorio seguía cumpliendo su papel en el control de las enfermedades ("salvando vidas"), su meta de preservar un área natural para la investigación biológica no contaminada por medidas de control se volvió más problemática. La deforestación y una densidad de población cada vez mayor, causada por el crecimiento natural y por la emigración desde la cordillera Oriental hacia los Llanos Orientales, habían tenido un impacto en la vida salvaje, incluyendo a los mosquitos. Los compromisos con una combinación de observación exacta y experimentación en condiciones de campo tropicales, y con la yuxtaposición de laboratorio y campo con equipos complejos en un ambiente tropical, aún seguían manteniéndose. Los investigadores probaban nuevos medicamentos, insecticidas y repelentes y llevaban a cabo estudios interdisciplinarios de biología y enfermedades tropicales en conjunción con investigaciones aplicadas⁸⁷.

Las acciones contra la fiebre amarilla, posibles gracias a la vacuna desarrollada en la década de los treinta por científicos franceses, complementaban la investigación. En 1940, el gobierno colombiano estableció procedimientos para el control riguroso del mosquito *Stegomyia* en todos los aeropuertos militares y comerciales, al igual que en los principales puertos fluviales y marítimos. Los funcionarios vacunaban sistemáticamente a los aviadores civiles y militares, al personal de navegación de los ríos, a los obreros de las carreteras y ferrocarriles, y a los soldados y policías que se desplazaban de las montañas templadas hacia las riberas tropicales⁸⁸. Entre 1937 y 1942, más de 600.000 personas en todas las regiones del país, excepto la península de la Guajira, se vacunaron contra la fiebre amarilla. Para ello se utilizó la vacuna en sangre fabricada en Bogotá.

Se impulsó a los funcionarios a que captaran poblaciones ansiosas de recibir la vacuna. Los campesinos pobres del municipio de Jesús María (Santander), ubicado en las riberas del río Minero, sabían por experiencia propia que la emigración permanente a los fértiles valles ubicados a menos de 2.300 metros de altura era letal. Visitaban estas regiones por periodos breves: en marzo iban a sembrar maíz y en agosto iban a recogerlo. El científico Jorge Boshell no pudo encontrar a nadie que lo acompañara

84. John C. Bugher a Raymond B. Fosdick, Nueva York, feb. 2, 1942, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0 yellow fever, box 11, fol. 101.

85. John C. Bugher et ál., "The Susceptibility to Yellow Fever of the Vertebrates of Eastern Colombia: I. *Marsupalia*", en American Journal of Tropical Medicine 21:1 (mar. 1941), 309-33; Marston Bates and Manuel Roca García, "The Development of the Virus of Yellow Fever in *Haemagogus* Mosquitoes", ibíd. 26:3 (sept. 1946), págs. 585-605.

86. Controls and investigations, estimates 1946 yellow fever, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 11, fol. 101.

87. Para un trabajo accesible que incluya los resultados de la investigación hecha en Colombia y en otros sitios por un prominente biólogo en Villavicencio, véase Marston Bates, *The Natural History of Mosquitoes*, Nueva York, Macmillan, 1949.

88. Crawford, Bogotá, a Sawyer, Nueva York, ag. 8, 1940, enc. Yellow fever control and investigation 1941, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 11, fol. 98.



John D. Rockefeller y su esposa Laura, en 1910 (Courau, 1934).



Señorita Sofía Angulo Palau, símbolo de la Cruz Roja (Cromos, 1918). Cortesía Revista Cromos.

como guía para ir al valle porque, de acuerdo con la tradición oral, allí había habido contagio todos los años desde hacía más de un decenio. Habiéndose enterado de que una comunidad de inmigrantes alemanes vivía saludablemente en un área vecina después de haber sido vacunada en Bogotá, los campesinos santandereanos, para quienes colonizar estas riberas era un imperativo económico, solicitaron la vacuna⁸⁹.

EDUCACIÓN

La Fundación Rockefeller no participó en la promoción de las ciencias de la salud hasta 1940. En 1932, después de estudiarla cuidadosamente, la Jis rechazó la posibilidad de apoyar la educación médica en Colombia. Los funcionarios de la fundación confirmaron la idea de los médicos colombianos de acuerdo con la cual Bogotá tenía las mejores escuelas médicas en el norte de Suramérica. Los médicos más antiguos querían modernizar el hospital universitario: sus parientes más ricos estaban aprovechando los primeros viajes aéreos a Ciudad de Panamá y Ancón, porque se decía que las técnicas para operar, la enfermería, los equipos y el cuidado posoperatorio eran mejores. Sin embargo, los funcionarios de la Rockefeller estaban dudosos de participar. Es más: lo consideraban imposible, dado el "arraigado individualismo" de la elite médica⁹⁰.

No obstante, a principios de los años cuarenta, la fundación modificó radicalmente su posición. Aunque siguió marginándose del apoyo a la educación médica, cooperó con la APS y el gobierno central en la fundación y manejo de una escuela

89. Smith, Yellow fever service diary, COL-1, vol. 1, part. 2, 1938-39, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311.0, box 13, fol. 110.

90. Annual report 1934, cooperative health activities, enc. Gregg, anexo al informe de la visita a Colombia, nov. 1923, RAC, RFA, IHB/D, RG 5, ser. 3, reports routine, subser. 311. Colombia, box 132.

nacional de enfermería en Bogotá⁹¹. Las discusiones sobre la posibilidad de financiar una escuela médica se interrumpieron en 1930 debido al advenimiento de la depresión mundial. En este decenio, se habían fundado varias escuelas privadas de enfermería, todas ellas de mala calidad, excepto una. Al abrir una institución que priorizara los aspectos preventivos y sociales de la medicina y que sirviera de ejemplo a las regiones colombianas y como imán para los países del norte de Suramérica, los directivos de la Jis creían ofrecer un valioso servicio. Por lo tanto, se aprestaron a colaborar con la educación y la práctica de la enfermería y a ayudar a educar a los trabajadores sociales y a las parteras⁹².

La Escuela Nacional de Enfermería se inició con 43 estudiantes en 1944. Se llevaron a cabo conferencias, demostraciones y prácticas en el hospital de San José, al igual que estudios de microbiología en un laboratorio adjunto al Departamento Nacional de Higiene⁹³. Las condiciones sociales, ciertamente, favorecieron la profesionalización de la enfermería: surgió un gran interés en la clase media alta, que no se había visto en otros países de Suramérica, se amplió la conciencia de dos generaciones de médicos y cirujanos sobre el valor de la enfermería profesional y se posicionó el deseo entre la elite civil de ser identificada con Occidente en la era de la posguerra⁹⁴. Por lo demás, la recién creada Universidad Nacional tenía la intención de desarrollar nuevas áreas de estudio al igual que disciplinas tradicionales. En consecuencia, se convirtió en un techo bajo el cual podía refugiarse la innovación: para que se las reconociera oficialmente, a partir de 1936 a las escuelas de enfermería se les exigió que ajustaran sus currículos y reglamentos a los de la Universidad Nacional⁹⁵.

El ímpetu que tuvo la Escuela Nacional de Enfermería en sus primeros años se mantuvo debido a la presión que ejercieron los hospitales departamentales para que se ampliaran los servicios de enfermería profesional. La Dirección Municipal de Higiene de Bogotá decidió nombrar una enfermera como directora, argumentando que daría mejores resultados que un médico⁹⁶. Un mayor ímpetu surgió de la imagen favorable de la escuela que se presentó en un programa de radio en el que se entrevistaron enfermeras, y del cubrimiento periodístico que se le dio a un pequeño grupo de enfermeras colombianas que hizo trabajo de campo en el Centro de Higiene de Cerro Barón en Santiago de Chile y que regresó para establecer un programa de capacitación⁹⁷. El éxito obtenido en Bogotá propició la creación de otras escuelas de enfermería en las capitales de los departamentos. Según se informó, las estudiantes trabajaron más duro en un curso en Cali que en uno previo que se había ofrecido en Bucaramanga, porque se dieron cuenta de que sus conexiones personales y políticas no iban a ayudarles si perdían el examen⁹⁸.

Con todo y esto, las nuevas escuelas también enfrentaron serios problemas desde su surgimiento. Los directivos más antiguos de la Jis, encargados de nombrar a las consultoras en enfermería, no eran lo suficientemente bilingües y tampoco muy versados en las complejidades de la relación entre las agencias oficiales y las agencias filantrópicas nacionales o extranjeras⁹⁹. De 1943 a 1946, los empleados de la fundación debieron enfrentar demoras legislativas, exceso de estudiantes por cada profesor tanto en las salidas de campo como en las clases prácticas, admisión de muchas estudiantes sin bajar los estándares de ingreso, "elementos bolcheviques [...] que incitaban a las huelgas", bajos estándares éticos entre ciertas estudiantes que hurtaban medicinas y el mantenimiento del currículo por fuera del control de los médicos¹⁰⁰. El director de la escuela informó que, dado que los padres de las "niñas bien" desanimaban a sus hijas para que no estudiaran, la escuela estaba fracasando en obtener el reconocimiento nacional, que de no ser así habría sido seguro. La ansiedad por obtener estatus también se reflejaba en el hecho de que las estudiantes de enfermería se

91. Descrito en el decreto 466 de 1943 (mar. 4, 1943), que establecía legalmente la Escuela Nacional de Enfermería, y el decreto 1073 de 1944 (abr. 19, 1944), que instituía un curso de higiene pública para trabajadores sociales.

92. Johanna Schwarte y Helen Howitt, Bogotá, a Mary Elizabeth Tennant, Nueva York, nov. 19, 1942, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 25 (las tres eran consultoras en enfermería); Bugher, Bogotá, a Crawford, La Habana, dic. 19, 1942, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 25.

93. RF, International Health Division, *Annual Report*, 1944 (Nueva York: RF, 1944), 2, 3, 12-19, 123; *Annual Report*, 1945 (Nueva York: RF, 1945), 15-19, 112. La investigación sobre fiebre amarilla en Colombia recibió más atención que el desarrollo de la educación en enfermería en el informe anual de la Jis.

94. Sobre el interés de la clase media, véase Tennant, Bogotá, a Howitt, Panama Hospital, Ciudad de Panamá, abr. 14, 1942, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 24.

95. Decreto 645 de 1936 (mar. 16, 1936).

96. Schwarte y Howitt, Report, dic. 1944, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 11 C nursing, box 3, fol. 27; Report of public health nursing activities, Colombian field survey, julio 1947, enc. Howitt, informe de actividades de la Escuela Nacional Superior de Enfermeras, julio de 1947, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 29.

97. En lugar de comportarse sólo como enfermeras jefas que se sentaban ante el escritorio a dar órdenes, tomaron parte activa en el trabajo de rutina de las visitas domiciliarias. Colombian field survey, ag. 1947, enc. Schwarte, Report of public health nursing activities, ag. 1947, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 32, fol. 29.

98. Henry W. Humm, Bogotá, a Tennant, Nueva York, feb. 17, 1944, enc., RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 26.

99. Bugher a Crawford, dic. 10, 1942, RAC, RFA, IHB/D, RFA 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 25.



Médico colombiano en la Cruz Roja.

En la Ambulancia americana establecida en Neulley se encuentra prestando sus servicios el joven médico colombiano, doctor Lisandro Leiva, quien hizo sus estudios profesionales en la Universidad de Bogotá y hallándose en Europa en momentos de empezar la guerra, no vaciló en ofrecer sus conocimientos en favor de las víctimas de la guerra. Aparece en las fotografías en uniforme inglés y en medio de los heridos y enfermeras de la sala a su cargo.

Lisandro Leiva, médico colombiano en la Cruz Roja (El Porvenir, 1916).

interesaban en la nutrición como una actividad intelectual pero veían la preparación de comidas como un trabajo de baja categoría. La ausencia de un buen manual de enfermería dificultó la enseñanza hasta que el Servicio Interamericano de Cooperación (Sic) patrocinó la publicación de un manual traducido del inglés.

Las tensiones entre las agencias vinculadas a la escuela también obstaculizaron su desarrollo. La embajada de Estados Unidos provocó una ofensa al dar la falsa impresión de que una consultora en enfermería iba a ser nombrada en la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja y otra en la escuela privada de San José para dar un curso de administración hospitalaria. Ambas sugerencias eran contrarias a la decisión compartida de las tres agencias patrocinadoras de desarrollar un programa nacional de enfermería en el sector público. Las tensiones volvieron a surgir cuando un miembro del equipo de la APS habló de “lujos” en la escuela de enfermería y cuando la oficina del gerente de negocios del Sic demoró los balances de gastos mensuales sin explicación alguna, provocando comentarios agudos de los colombianos sobre la “famosa eficiencia estadounidense”¹⁰¹.

La oposición sexista abierta a la profesionalización de la enfermería no causó muchas dificultades. La afirmación hecha por el médico de la policía de que “las mujeres están hechas para el hogar, para parir y criar niños, [para] hacer felices a los marido[s], etc.” fue una excepción¹⁰². La filiación política fue mucho más problemática, especialmente cuando los conservadores retomaron el poder en 1946. El aliado más cercano de la escuela entre los funcionarios de salud era un liberal anticlerical, Luis Aconcha, quien en 1947 desempeñaba el cargo de secretario general del Ministerio de Higiene. No obstante, la visita a la escuela de enfermería del presidente electo Laureano Gómez por invitación del embajador de Estados Unidos, William L. Beauclac, fue exitosa. Gómez estuvo de acuerdo en que la escuela de enfermería era la mejor de Suramérica y en que todavía no había ningún colombiano preparado para dirigirla y agregó que la escuela debía seguir siendo manejada por los Estados Unidos. Beauclac informó que el periódico laureanista, *El Siglo*, se había referido a la directora de la escuela, Helen Howitt, como una “enfermera estadounidense muy experta”¹⁰³.

100. Hill, Coconut Grove, a G. H. Strode, Nueva York, ag. 13, 1947, enc., RAC, RFA RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 9; John E. Elmendorf, Jr., Bogotá a Tennant, sept. 3, 1951 RAC RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 4, fol. 311 C nursing project.
101. Schwarte y Howitt, Report, nov. 15-dic. 31, 1942, RAC, RFA, RG 1.1 project subser. 311 C nursing, box 3, fol. 26.
102. Schwarte a Tennant, nov. 18, 1943, RAC, RFA, RG 1.1 projects, subser. 311 C nursing, box 3, fol. 26.
103. “Colombian Government Desires, in Principle, To Render Agreement for Health and Sanitation Program”, U.S. National Archives, Department of State, RG 59, 821.55, 4 2750, Dispatch No. 379, abr. 5, 1950, William L. Beauclac, enc. memoria de conversación (con Laureano Gómez), abr. 11, 1950.

A finales de 1940 y principios de los años cincuenta, las principales proveedoras de servicios de enfermería preprofesionales, las órdenes religiosas de mujeres, quienes eran profundamente hostiles a los laicos, iniciaron su campaña para recuperar la influencia perdida¹⁰⁴. En 1951 la desvinculación de Aconcha de su cargo, “un archienemigo de vieja data” del recientemente consagrado arzobispo de Bogotá, Crisanto Luque, les dio a las religiosas la oportunidad de reclamar el control de la escuela de enfermería. En ese año, un consultor informó que las monjas estaban regando el chisme de que la escuela era atea, protestante y propensa a practicar abortos a sus estudiantes¹⁰⁵. Howitt temía por su seguridad, toda vez que la autoridad rutinaria se le fue de las manos y pasó a ser ejercida por personal nominalmente subordinado. La escuela ya no atraía a estudiantes de “buena familia”, debido a su aparente protestantismo y porque algunas estudiantes se habían vuelto protestantes mientras estudiaban allí. Sólo el nombramiento de una directora católica romana aplacó la hostilidad de los arzobispos de Bogotá y Medellín¹⁰⁶.

Al mismo tiempo que eran cautelosos sobre el futuro a corto plazo de la escuela, los directivos de la Rockefeller se sentían lo suficientemente confiados en su prospecto a largo plazo como para emprender otro proyecto, la Escuela Nacional de Higiene Pública. Configurada en Medellín entre 1949 y 1952, esta empresa apuntaba a producir profesionales con una formación general en salud pública (es decir, no especializados en ninguna enfermedad en particular) que recibieran cursos de epidemiología, estadística en biología y salud, administración en salud pública, higiene materna e infantil, entomología, parasitología y saneamiento. El principal impulso a este proyecto vino de dos lados. Uno fue el del ministro de Higiene, Jorge Bejarano. Muy bien impresionado por escuelas similares en México, Costa Rica y Chile, Bejarano estaba resuelto a establecer una en Colombia. No obstante, en 1946 el proyecto fue archivado a causa de los problemas administrativos ocasionados por la creación del Ministerio Nacional de Higiene¹⁰⁷.

La otra fuente de presión era la Fundación Rockefeller misma, que había desempeñado un papel principal en la creación de la escuela chilena y que consideraba que Colombia era un sitio apropiado para establecer una escuela similar en el norte de Suramérica. El caso de la escuela se debatió en función de la profesionalización de la salud pública, de la que carecían los 1.450 empleados de los doscientos centros de salud creados para las campañas contra el anquilostoma y para el saneamiento en la década de los treinta. Estos trabajadores también tendían a optar por los tratamientos curativos, para los que habían sido entrenados, y sólo atendían superficialmente las actividades de prevención¹⁰⁸. Finalmente, los directivos de la fundación esperaban que la nueva escuela extendiera su rango de influencia a los países vecinos.

Por ello, pese a la política general de reducir operaciones y financiación en Suramérica después de la Segunda Guerra Mundial, y a la dificultad de mantener las actividades habituales por la demora en los contratos, la fundación apoyó la escuela e incluso contribuyó a la compra de textos en Buenos Aires¹⁰⁹. El primer director de la escuela ya se había asociado desde hacía un buen tiempo con la Jis y pasó varios meses de preparación visitando las escuelas de higiene de México y Chile¹¹⁰.

Se presentaron varios problemas, aunque pocos de ellos probaron ser insuperables. La escuela tenía un fuerte núcleo de instructores bien entrenados pero carecía de facultativos capaces de enseñar administración en salud pública y sus salarios no eran lo suficientemente buenos como para atraer profesionales de altas calidades. La amenaza tanto del Ministerio de Educación como del de Higiene

104. Hill a Tennant, Mar. 16, 1951, RAC, RFA, RG 1.1 projects, ser. 311 C nursing, box 4, fol. 31.

105. *Ibid.*

106. *Ibid.*

107. Hill a Strode, Jun. 24, 1948, enc., RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311 Colombia, box 15, fol. 99.

108. Crawford a Warren, Nueva York, mar. 4, 1946, RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311 Colombia, box 15, fol. 99.

109. Sobre las políticas de posguerra (Segunda Guerra Mundial), véase Hill, Coconut Grove, a Strode, jun. 24, 1948, RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 99. Sobre el apoyo a la escuela, véase Elmendorf a Hill, oct. 9, 1949, enc. Adela Calderón de Lahr, Librería Kraft, Buenos Aires, a Fundación Rockefeller, Nueva York, s.f., RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 99.

110. RF, International Health Division, Annual Report, 1949, Nueva York, RF, 1949, pág. 179.

segua viva y, por ello, no se presentó ningún aspirante apropiado a las becas que ofreció la fundación en 1952. Los directivos de la fundación expresaron su temor de que los trámites y conflictos entre las agencias que tenían que ver con la gerencia de la escuela, el Ministerio de Higiene, la oficina del rector de la Universidad Nacional, el decano, el consejo directivo de la Facultad de Medicina y el de la Escuela de Higiene, obstaculizaran su desempeño eficiente¹¹¹. Pese a la renovada intención de constituir un servicio civil no partidista, los graduados de la escuela todavía estaban en riesgo de tener que abandonar sus puestos oficiales debido a las presiones políticas y a las condiciones de trabajo. Por lo demás, en 1952 la escuela había fracasado en su objetivo de introducir un curso avanzado de higiene que incorporara suficiente entrenamiento de campo, que integrara los cursos detalladamente y que atrajera a estudiantes de fuera de Colombia.

Pese a esto, la escuela demostró ser mucho más que un sueño. En 1952 se informó, confidencialmente, que la gerencia se había podido llevar a cabo con continuidad y que se habían capacitado setecientos estudiantes en tres años. No se había elegido a ningún profesor con base en su filiación política. Todos se habían contratado como de tiempo parcial, de tal forma que ninguno requiriera aprobación ministerial. La escuela había hecho una contribución positiva al crecimiento del interés en la salud pública y la higiene. El balance era más bien optimista¹¹².

Mientras la Escuela Nacional de Higiene se consolidaba, los directivos de la Jis comenzaron a planear una escuela experimental de ciencias de la salud en Cali, que tomó forma a mediados de 1951. Las amargas rivalidades profesionales que prevalecían en las ciudades "viejas", especialmente en Bogotá, no supusieron un obstáculo para la iniciativa de Cali. Esta escuela apuntaba a priorizar la salud pública en la formación de los profesionales de la salud y a integrar estas profesiones de manera más estrecha. El primer paso fue modernizar la educación en enfermería abriendo una escuela para ello, ligada a un nuevo hospital para niños. El aval de la fundación a este esquema demostró ser útil para los reformadores de la salud pública en la ciudad: validó lo que El Siglo llamó un "desacostumbrado movimiento civil" y persuadió a la elite regional del Club de Leones para que ayudaran a financiar la iniciativa¹¹³.

CONCLUSIONES

¿Cuáles fueron los logros de las misiones de la Fundación Rockefeller entre 1920 y 1950? La documentación proveniente de épocas tan tempranas como 1928 indica que la campaña contra el anquilostoma fomentó un movimiento más amplio para controlar las enfermedades "sucias", el depósito de desechos humanos e inculcar la idea de que la salud de la comunidad puede mejorarse mediante la salud pública¹¹⁴. A mediados de los años treinta, los funcionarios de la fundación afirmaron haber hecho surgir una demanda popular por los servicios de salud y haber despertado en ciertos grupos el interés por invertir en el saneamiento rural y en las campañas de higiene¹¹⁵. Igualmente, a partir de la década de los veinte, la transferencia que hizo la fundación de tecnología en vacunas le permitió a Colombia el acceso a productos esenciales que sola no habría podido fabricar. Sólo a finales de los años cincuenta y sesenta se hicieron manifiestas las ambiguas connotaciones de la transferencia de tecnología en la medida en que las corporaciones transnacionales y sus afiliados empezaron a comerciar con los productos farmacéuticos y el equipo de hospital.

Pese a las desilusiones, el pesimismo de los directivos de la Rockefeller entre 1947 y 1951 no fue en ascenso. No redujeron las operaciones de cara a un contexto

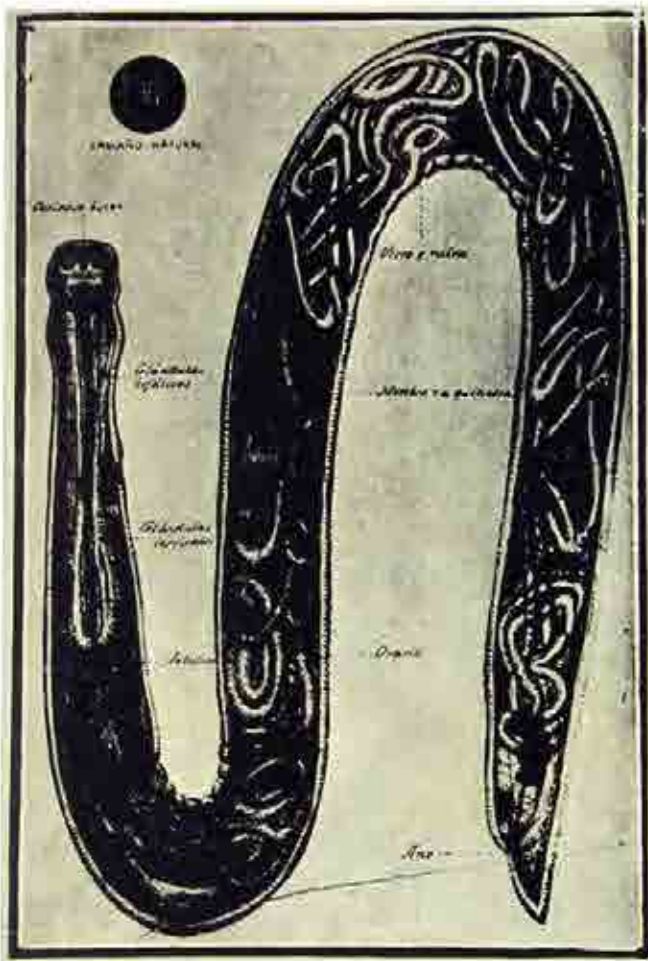
111. Hill a Strode, dic. 27, 1950, enc. Elmendorf a Hill, dic. 20, 1950, RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 99.

112. Memo, Colombia-National School of Hygiene (Bogotá), ene. 1, 1947-dic. 31, 1951, RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 99.

113. Memo interno, National School of Hygiene, s.f. (probablemente 1952), enc. El Siglo (Bogotá), 120, mar. 23, 1952, RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 100.

114. Bevier, Hookworm annual report 1928, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser. 3, reports routine, subser. 311 H Colombia, box 135.

115. Annual report 1934, cooperative health activities, RAC, RFA, RG 5, IHB/D, ser., reports routine, subser. 311 Colombia, box 132.



Uncinaria duodenalis, agente de la anemia tropical (Boletín del Departamento de Uncinariasis, 1929).



Enfermos de uncinariasis (Boletín del Departamento de Uncinariasis, 1929).

sociopolítico que se veía desfavorable. En su lugar, revaluaron el rango, el alcance y la calidad de sus programas. El gobierno colombiano había dado buenas muestras de respetar los contratos con las organizaciones internacionales, y las dificultades, más bien, provinieron de la incertidumbre electoral, los cambios de régimen y la discontinuidad burocrática, pero no de un deseo de interponer obstáculos. En 1946, los funcionarios de la Rockefeller afirmaron que las campañas contra el anquilostoma de los años veinte habían tenido un impacto duradero en las actitudes de los escolares que se volvieron adultos en la década de los treinta, y que los proyectos de saneamiento de suelos de dicho decenio habían generado un aprecio permanente por unas mejores condiciones de vida y de trabajo¹¹⁶.

En 1951, los directivos de la Jis confiaban en que, dados sus problemas inmediatos, la Escuela Nacional de Enfermería podía ser un éxito a mediano plazo y que a partir de este éxito podrían impulsarse cambios más radicales en la educación en salud¹¹⁷. Su confianza parecía estar justificada por la decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) de poner sus nuevos programas de capacitación para parteras y sus programas de salud infantil bajo la dirección de la escuela. Una creencia similar coloreaba las discusiones de la Escuela Nacional de Higiene Pública, una institución que la fundación apoyaba con la esperanza de que hiciera una contribución sustancial a la investigación científica y al cambio social. Irónicamente, las grandes decisiones como ésta, con frecuencia se basaban más en las convicciones que en la observación científica y en los datos cuantitativos en los que los funcionarios se fundamentaban incluso para tomar decisiones menos importantes.

116. Crawford a Strode, Mar. 4, 1946, enc., RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 99.

117. Internal memo, Colombia National School of Hygiene, Bogotá, mar. 26, 1951, RAC, RFA, RG 1.2 projects, ser. 311, box 15, fol. 99.

Las actividades de atención en salud que llevó a cabo la fundación en estos decenios en Colombia demuestran tanto las posibilidades como los límites de la filantropía en otros países. Al haber venido a Colombia con el compromiso de difundir la ciencia moderna, los representantes de la fundación eran forasteros privilegiados. El medio intelectual era receptivo a las inyecciones importadas de ciencia para propósitos específicos, pero no tenía la suficiente voluntad o capacidad como para asignar recursos o crédito a la educación o a la investigación científica sostenida. Al visualizar una sociedad en la que la recepción de servicios de salud fuera el derecho de la mayoría y no el privilegio de la minoría, los directivos de la Rockefeller se apartaban de las ortodoxias que priorizaban la práctica privada y la medicina curativa sobre las medidas de salud pública y la acción preventiva, alienando así a muchos médicos. Por lo demás, los funcionarios llegaron con fuertes ideas sobre su neutralidad como científicos y expertos, pero no eran conscientes de las amplias consecuencias ideológicas de sus actividades y no estaban preparados para el regateo político que exigía el logro de sus objetivos. Por ello, su eficacia se vio impedida. Sin disfrutar ni de una base de poder en Colombia ni del apoyo activo del Departamento de Estado de Estados Unidos, los representantes de la fundación se sentían vulnerables. Estaban aislados en un país pobre, donde los gobiernos sucesivos procedían de dos supuestos de política social: que la inversión social no se justificaba y que las mejoras sociales se alcanzaban por una combinación de caridad y estrategias económicas que facilitarían un aumento del ingreso.

Al contrario incluso de lo que los mismos representantes de la fundación incluían en sus informes, la reacción a la presencia de ésta es escasa en las revistas médicas. Algunas incluyen informes de empleados de la fundación, extranjeros y colombianos, pero rara vez hacen comentarios a éstos y, cuando los hacen, son corteses y no controversiales pero muestran poco interés. Las revistas médicas dejan la clara impresión de que los líderes profesionales de Bogotá y Medellín, aunque no eran entusiastas de la fundación, la aceptaban pragmáticamente. Consideraban oportuno, por razones fiscales y técnicas, delegarle a la Jis áreas de influencia en las que su experiencia fuera reconocida, al mismo tiempo que mantenían un control nacional irrefutable en materias cruciales tales como la regulación de la práctica médica, la administración hospitalaria, la inspección de las fábricas y de los alimentos, las acciones contra la tuberculosis y el sarampión, el tratamiento del cáncer y el control de la lepra.

¿Hasta dónde es posible referirse a las actividades de la Rockefeller como imperialismo en "salud" o "científico"? La pregunta es difícil de responder, en parte porque la literatura sobre esta materia carece de matices. Esta literatura todavía tiene que abordar cuestiones tan simples de periodización como establecer si en la década de 1930 el "imperialismo científico" se había retirado completamente o estaba en receso¹¹⁸. Las actividades de la fundación eran "imperialistas" en varios sentidos. Las instituciones de salud pública que se habían conformado en un ambiente se transfirieron a otro. La tecnología de las vacunas se llevó de un país rico a un país pobre. La fundación cimentó vínculos económicos internacionales mediante su campaña contra el anquilostoma, buscando estabilizar una fuerza de trabajo dócil, elevar su nivel de eficiencia y conseguir aliados entre los comerciantes y los profesionales. Los representantes de la fundación desempeñaron un papel importante en las conceptualizaciones de la enfermedad, en la organización de la respuesta del gobierno y de la sociedad frente a la enfermedad, y en las relaciones de poder internas y externas del personal y las instituciones de salud¹¹⁹.

Aun así, la Fundación Rockefeller estaba más preocupada por abrir la economía colombiana a la influencia externa, preservando la estabilidad de la economía mun-

118. Para un análisis de los temas referentes al imperialismo económico, véase Christopher Abel y Colin M. Lewis (comps.), *Latin America, Economic Imperialism, and the State: The Political Economy of the External Connection from Independence to the Present*, Londres, Athlone Press, 1991, págs. 269-287.

119. Saúl Franco-Agudelo, "The Rockefeller Foundation's Antimalarial Program in Latin America: Donating or Dominating?", en *International Journal of Health Services* 13:1 (1983), págs. 51-67.



La lucha contra la anemia tropical. El profesor Luis Shapiro con el ministro de Agricultura y los doctores José María Montoya, Luis Zea Uribe, Jorge Martínez Santamaría, Roberto Franco y Pablo García Medina presenciando los trabajos de laboratorio en la última excursión que el miembro del Instituto Rockefeller hizo a La Mesa para practicar investigaciones sobre la uncinariasis en aquella región (El Espectador, 1920).

dial y protegiendo la salud del personal de Estados Unidos, que en la explotación directa¹²⁰. Aunque Colombia defraudó las predicciones de comienzos de los años veinte según las cuales pronto iba a convertirse en una gran productora de petróleo, la ayuda para salud proveniente de la Rockefeller se mantuvo y se dirigió hacia áreas como la producción de café, en las que el imperio Rockefeller no tenía ningún interés como negocio. El personal de la Jis desempeñó un papel en la definición y el fortalecimiento de estándares de profesionalismo y, al elevar las habilidades técnicas, difundió dichos estándares a la sociedad colombiana en su conjunto. En la medida en que Colombia se volvió “segura” para la inversión de la metrópoli, la ciencia desempeñó una función que no puede considerarse ni desinteresada ni imparcial¹²¹.

La experiencia colombiana de asesoría de la Rockefeller fue un ejemplo importante de penetración externa, que no llegó a convertirse, en el periodo estudiado, en un control hegemónico. El gobierno colombiano tenía varias opciones autónomas. Pudo haber rechazado la asesoría de la Rockefeller totalmente o pudo haber adaptado las instituciones influenciadas por la Rockefeller a las necesidades locales, una vez que la Jis se retiró. También pudo haber buscado consejo en otras partes y recurrir, pragmáticamente, a otros modelos en competencia. Hizo esto en otras áreas en este periodo, invitando a los británicos a que lo asesorara en la marina, a los chilenos en cuanto a la policía nacional, a los belgas en lo referente a educación primaria, a las misiones Kemmerer para las políticas fiscales y de impuestos y, también en el sector salud, en lo relacionado con la educación médica, a una misión francesa liderada por André Latarjet¹²². La Jis no controló de ninguna manera las políticas de salud pública, porque quedaron muchas áreas sobre las que no ejerció influencia alguna. Otros modelos menos estudiados fueron significativos, especialmente el francés, cuyas *gouttes de lait* (centros de bienestar infantil) inspiraron la apertura de *gotas de leche*, y cuya Misión Pasteur a Rio de Janeiro exportó un modelo de ciencia bacteriológica y creó instituciones científicas “modernas” que se ajustaban a los rigurosos criterios profesionales establecidos en París¹²³.

120. E. Richard Brown, “Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad”, en *American Journal of Public Health*, 66:9 (sept. 1976), págs. 897-903.

121. Cf. Marcos Cueto, introducción a *Missionaries of Science*, 1-22; Teresa Meade, “Cultural Imperialism in Old Republic Rio de Janeiro: The Urban Renewal and Public Health Project”, en Meade and Walker, *Science, Medicine, and Cultural Imperialism*, págs. 95-119.

122. Para comparaciones de la asesoría de la Kemmerer con la de la Rockefeller y también con la de Latarjet, véase Abel, *Health Care in Colombia*, págs. 33-34, 48-50.

123. Löwy, “Yellow Fever in Rio de Janeiro”.



Propaganda de la vacuna antitífica, preparada por el Laboratorio de Higiene de Samper & Martínez (El Tiempo, 1919).

¿Qué tan apropiado era el modelo que los representantes de la fundación exponían, dada la extrema pobreza de Colombia y la mala distribución del ingreso en este país? Este artículo sostiene que mientras la fundación intentaba implantar las transformaciones radicales que sus más ardientes defensores esperaban, obtuvo algunos logros tangibles, beneficiosos y duraderos, que estaban en consonancia con el enfoque gradual del gobierno colombiano y los objetivos de los reformistas decisores de la política externa de los Estados Unidos.

En Washington, los defensores de un consenso liberal apoyaban la idea de llevar la diplomacia mediante la ayuda humanitaria y crear instituciones de política social que hicieran algo más que promocionar estrechos intereses partidistas y sectoriales¹²⁴. En Colombia, las elites reformistas avalaban ideas y técnicas, filtradas por la fundación, que no significaban ninguna amenaza de violencia revolucionaria o contrarrevolucionaria, tales como la aplicación del conocimiento científico para mejorar las condiciones de vida de los campesinos pobres sin desafiar los intereses de los latifundistas. Para los decisores de política colombianos, la fundación resultaba útil en tres aspectos: promovía la racionalidad administrativa en el aparato médico estatal, establecía el principio de la intervención estatal en la salud pública y, sobre todo, ampliaba la autoridad del Estado. El Estado extendió sus funciones tutelares más allá de la educación primaria hacia nuevas áreas, en las que, como sus homólogos brasileño y mexicano, se proyectaba a sí mismo como altruista y "progresivo"¹²⁵.

El significado duradero de la fundación en las relaciones entre Colombia y Estados Unidos fue proyectar una imagen positiva de los Estados Unidos en áreas que sobrepasaban las preocupaciones formales del Departamento de Estado en cuanto a la diplomacia y el comercio¹²⁶. Las pruebas de que los diplomáticos estadounidenses apoyaron las actividades de atención en salud de la fundación son débiles, pero esto no sorprende: una sobrentendida confluencia de intereses no requiere comentarios. La filantropía externa entre 1920 y 1950 ganó aliados para el gobierno de los Estados Unidos en el gobierno colombiano, en la administración pública, entre los profesionales y las universidades y en amplios sectores del electorado. La filantropía externa se volvió más valiosa para el gobierno de los Estados Unidos en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando el sentimiento antiestadounidense se hizo mayor a medida que las oportunidades de Colombia de afirmar su autonomía mediante el regateo pragmático con los Estados Unidos y los poderes europeos se redujeron.

124. Edward H. Berman, *The Influence of the Carnegie, Ford, and Rockefeller Foundations on American Foreign Policy: The Ideology of Philanthropy*, Albany, State University of New York Press, 1983, págs. 1-2, 16.

125. Cf. Luis Antonio de Castro-Santos, "Power, Ideology, and Public Health in Brazil, 1889-1930" (tesis de doctorado, Harvard University, 1987), y Armando Solórzano "The Rockefeller Foundation in Revolutionary Mexico: Yellow Fever in Yucatán and Veracruz", en Cueto, *Missionaries of Science*, págs. 52-71.

126. Randall, *Colombia and the United States*, pág. 132.

Las condiciones nacionales cambiaron significativamente en este periodo. Los proyectos iniciales de la fundación prefiguraron muchas instituciones estatales y se anticiparon a las políticas sociales y a las estrategias de desarrollo. Sin distorsionar los patrones de expansión en la atención en salud, entre 1920 y 1930, la fundación reconoció que el peso demográfico de la población colombiana estaba concentrado en el campo y en los pueblos, y de alguna manera trató de rectificar el desequilibrio en las ciudades con la provisión de atención allí. A finales de las décadas de los cuarenta y los cincuenta, la fundación quiso identificar áreas de flexibilidad en un débil y resquebrajado pero, aun así, autoritario régimen conservador que buscaba retardar e incluso revertir algunos cambios sociales y que osificó mucho de la práctica administrativa.

Los programas de base, que ofendían a los poderosos que apoyaban el régimen, al despertar la conciencia popular sobre la pobreza y la miseria, salieron de la agenda de la fundación. Su política cambió radicalmente: de promover modelos que favorecían en forma directa a los pobres e incluían a empleados de modestos ingresos, como los inspectores sanitarios, pasó a implementar proyectos que ponían el énfasis en la educación superior y que propendían a la creación de un estrato de profesionales de elite con una ideología basada en la tecnocracia y el mérito.

Estos proyectos correspondían a las políticas centradas en lo urbano y dirigidas a la industrialización del periodo inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, y a las prioridades de los gobiernos conservadores en Colombia y de los dirigentes conservadores de Washington en los primeros años de la guerra fría. Las innovaciones institucionales y la educación en ciencias de la salud les resultaron útiles a los gobiernos colombianos porque contribuían a contener la presión de las clases medias y prometían subsanar algunas de las injusticias que denunciaba la clase trabajadora. El papel activo de la fundación en Cali y Medellín disminuyó un poco el riesgo de que fuera sobreidentificada con el impopular gobierno central en momentos en que el regionalismo y el localismo resurgían en forma intermitente. Al contar con unas estructuras institucionales relativamente elásticas, las ciudades de Medellín y Cali acogieron con entusiasmo algunas innovaciones del sector público que el gobierno central ahogaba en Bogotá.

Los ejecutivos de la fundación se sentían instintivamente más atraídos hacia el exuberante liberalismo colombiano (que emulaba el ejemplo político, la ideología y los logros materiales del *New Deal* estadounidense) que hacia el conservatismo autoritario de la década de los cincuenta. Sin embargo, en este decenio, el marco político colombiano cambió radicalmente. Había, simultáneamente, agencias gubernamentales innovadoras y otras bastante ineficientes. Las débiles comunicaciones intergubernamentales dieron lugar a estrategias pobremente sincronizadas y a programas implementados fragmentariamente¹²⁷. Aun así, ahora se contaba con el Ministerio de Higiene, que estaba a la cabeza del inicio de una dolorosa transición entre un enfoque político desarticulado y selectivo hacia uno más comprensivo. Un sentido incipiente de los derechos sociales se articuló en políticas de seguridad social, y un compromiso retórico con la medicina preventiva, que reconocía las relaciones entre el ambiente físico, la economía y las condiciones sociales, se tradujo, así fuera de manera incompleta y azarosa, en políticas más generales. La Fundación Rockefeller y los funcionarios colombianos habían establecido un récord de cooperación y habían conseguido una congruencia más estrecha en los objetivos y en el lenguaje que la que tenían veinte o treinta años antes. Aunque el escenario inmediato parecía muy reacio a la reforma social, el entorno a largo plazo era mucho más prometedor.

127. Problemas similares en la historia de la implementación de políticas sociales se estudian en Christopher Abel y Colin M. Lewis (comps.), *Welfare, Poverty, and Development in Latin America*. Londres, Macmillan, 1993.

BIBLIOGRAFÍA

Imágenes

- Boletín del Departamento de Uncinariasis, núm. 4, Bogotá, Editorial de Cromos, marzo, 1929.
- COURAU, R., *John D. Rockefeller, roi des pétroles*, París, Payot, 1934.
- Credencial Historia, núm. 118, Bogotá, octubre de 1999.
- Cromos, vol. VI, núm. 132, Bogotá, 21 de septiembre de 1918.
- Cromos, vol. VI, núm. 143, Bogotá, 7 de diciembre de 1918.
- El Espectador, Bogotá, 22 de mayo de 1919.
- El Espectador, Bogotá, 13 de enero de 1920.
- El Porvenir, Cartagena, 17 de mayo de 1916.
- El Gráfico, serie XL, año VIII, núms. 391-392, Bogotá, 9 de febrero de 1918.
- El Gráfico, serie XLIII, año VIII, núm. 424, Bogotá, 27 de julio de 1918.
- El Tiempo, Bogotá, 3 de mayo de 1919.
- GAST GALVIS, Augusto, *Una década de labor del Instituto Carlos Finlay de Colombia* (reimpreso del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 1, núm. 1, enero de 1961), Instituto Carlos Finlay, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, 1981.
- KUMM, Henry W., Osorno Mesa, Ernesto y Boshell-Manrique, Jorge, *Studies on mosquitoes of the genus haemagogus in Colombia (diptera, culicidae)*, reimpreso de The American Journal of Hygiene, vol. 43, núm. 1, enero, 1946.
- MILLER, Frederick A., *Uncinariasis o anemia tropical. Manera de hacerse examinar y tratar*, Imprenta y litografía de Juan Casis, Bogotá, 1920.
- PEÑA CHAVARRÍA, Antonio, Serpa Novoa, Roberto y Bevier, George, *Yellow fever in Colombia with special reference to the epidemic in Socorro in 1929*, en The Journal of Preventive Medicine, vol. 4, núm. 6, noviembre, 1930.
- PÉREZ, José Joaquín, Galería de notabilidades, Biblioteca Luis Ángel Arango.
- Revista de la Facultad de Medicina, vol. IX, núm. 1, Editorial Cromos, Bogotá, julio, 1940.
- RODRÍGUEZ TORO, Gerzaín, Velandia, Martha y Boshell, Jorge, *Fiebre amarilla. La enfermedad y su control*, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, 2003.
- SORIANO LLERAS, Andrés, *Crónica del Hospital de San Juan de Dios desde su fundación hasta su administración por la Junta de Beneficencia de Cundinamarca, 1564-1869*, Bogotá, Italgraf Ltda., 1964.