

# ¿POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA INSALUBRES? DE LA HIGIENE A LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX\*

Emilio Quevedo V.\*\*

*Instituto de Salud en el Trópico - Universidad Nacional de Colombia*

## Resumen:

Este trabajo incluye los resultados iniciales de un proyecto de investigación mucho más amplio que vengo desarrollando como investigador del Instituto de Salud en el Trópico de la Universidad Nacional de Colombia. Dicho proyecto se centra en el estudio de la lucha entre las grandes metrópolis europeas y norteamericanas (Francia, Inglaterra y Estados Unidos) por la hegemonía en el campo de la Salud Pública y la Medicina Tropical en el Tercer Mundo durante las últimas tres décadas del siglo XIX y las primeras cinco del siglo XX, así como del papel de los actores e instituciones locales receptoras a nivel local. El proyecto pretende explorar las características de dicho proceso en Latinoamérica (México, Colombia y Brasil) y compararlas con las ocurridas en la India y Australia, con el fin de reconstruir la dinámica de las relaciones científico-técnicas entre las metrópolis y los espacios geoculturales periféricos. El trabajo concreto que presentamos corresponde a un enfoque preliminar del caso colombiano y se centra exclusivamente sobre el análisis de como las características del contexto internacional influyeron en el campo de la salud en nuestro país durante las últimas dos décadas del siglo XIX y las primeras cinco del XX.

## Palabras claves:

Colombia - Salud pública - Siglos XIX y XX - Estados Unidos - Fundaciones - Hegemonía.

\*\*\*\*\*

\* Este artículo fue publicado en el Volumen 16, N° 4, páginas 345-359 de la Revista *Biomédica* del Instituto Nacional de Salud de Colombia, y para su inclusión en esta publicación contamos con la debida autorización del Comité Editorial de esta publicación.

\*\* Este trabajo recoge parte de los resultados del Proyecto "El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia", financiado por el Instituto Nacional de Salud (código 19993300168), la Universidad Nacional (código CINDEC 809114) y Colciencias (código 2104-04-680-96), a través del Contrato INS-Colciencias N° 267-97.

## Introducción

Este trabajo incluye los resultados iniciales de un proyecto de investigación mucho más amplio que vengo desarrollando como investigador del Instituto de salud en el Trópico de la Universidad Nacional de Colombia. Dicho proyecto se centra en el estudio de la lucha entre las grandes metrópolis europeas y norteamericanas (Francia Inglaterra y Estados Unidos) por la hegemonía en el campo de la Salud Pública y la Medicina Tropical en el Tercer Mundo durante las últimas tres décadas del siglo XIX y las primeras cinco del siglo XX, así como del papel de los actores e instituciones locales receptoras a nivel local. El proyecto pretende explorar las características de dicho proceso en Latinoamérica (México, Colombia y Brasil) y compararlas con las ocurridas en la India y Australia, con el fin de reconstruir la dinámica de las relaciones científico-técnicas entre las metrópolis y los espacios geoculturales periféricos.

El trabajo concreto que hoy se presenta corresponde a un enfoque preliminar del caso colombiano y se centra exclusivamente sobre el análisis de como las características del contexto internacional influyeron en el campo de la salud en nuestro país durante las últimas dos décadas del siglo XIX y las primeras cinco del XX.

La recepción y asimilación local de la salud pública metropolitana, así como su proceso de institucionalización, las interacciones con los actores locales, las reacciones y conflictos sociales y políticas que ocurrieron en consecuencia, no son analizados aquí.

Un enfoque histórico y sociológico de este aspecto del problema, así como el análisis comparativo con las particularidades de dicho proceso en las otras regiones de América Latina, Asia y Australia que han sido incluidas en el proyecto global, serán discutidas en futuros artículos y en un libro que contendrá mucho más material comparativo adicional y una elaboración más detallada de cada uno de los aspectos aquí tratados, a partir del análisis de fuentes documentales más amplias.

### 1.- ANTECEDENTES: La Salud Pública en Colombia al terminar el siglo XIX.

El concepto de Higiene, que durante el siglo XIX fundamentaba las actividades de salud pública en Colombia (Quevedo et al, 1990; Quevedo,

Fernández & Miranda, 1993), clasificaba enfermedades en agudas (las cuales se entendían como causadas por el encuentro fortuito entre el individuo y los "miasmas", sustancias pútridas suspendidas en el aire que surgían de las aguas estancadas y malolientes y de los pantanos) (Corbin, 1987: 19-21; Cipolla, 1993: 145), y crónicas (las cuales se extendían como resultado de los hábitos personales y formas de vida) (Lain Entralgo, 1982: 45-54). Así, la Higiene Pública, considerada como responsabilidad del estado, estaba encargada del problema público de la prevención de las enfermedades agudas y sus causas. La Higiene Privada, encargada de la vida privada de los individuos.

El Estado colombiano entonces tomaba bajo su responsabilidad aquellos problemas catalogados desde tiempo atrás bajo el concepto de "Higiene Pública" (Quevedo y Vergara, 1988: 46-48). En el campo de la Higiene Privada, el estado sólo debía preocuparse por las acciones de instrucción pública, con el fin de inculcar en el pueblo los preceptos de la higiene personal y la urbanidad (Quevedo & al., 1990: 24-27). La recuperación de la salud en caso de enfermedad y, por tanto, el tratamiento de las enfermedades, era concebido como un problema de los individuos mismos, en tanto que hacia parte del ejercicio de su propia libertad. Dicho problema no tenía ninguna relación con la esfera del Estado. Este, sólo tenía que garantizar que el nivel técnico y jurídico de la práctica médica fuese el adecuado (Restrepo y Villa, 1980: 15-22).

A pesar de esos planteamientos, durante todo el siglo no existirá en nuestro país una estructura sanitaria estatal realmente capaz de asumir en la práctica el cumplimiento de tales propuestas, y el problema no parece ser simplemente ausencia de una capacidad técnica, la cual es innegable, sino también con las dificultades del Estado y de la dinámica socio-económica del país en su totalidad.

No obstante, durante los años comprendidos entre el final de la Guerra de los Mil Días y la Primera Guerra Mundial, se producen cambios destacados en nuestra economía. Así, la consolidación de la economía cafetera, el desarrollo industrial urbano y la apertura de vías férreas (Bejarano, 1980: 30) crearon nuevas formas de asentamiento y de movilización demográfica que potenciaron nuevas patologías tropicales, no comunes en los años anteriores, o aumentaron las ya existentes, y conllevaron necesariamente un cambio de actitud en el Estado colombiano frente a la salud de los pobladores y su traducción en decisiones políticas.

Pero el cambio no se debió sólo a una modificación de las condiciones sanitarias internas ni a la mutación en una actitud nacional, sino y de manera muy importante, a la confluencia de una serie de eventos y circunstancias internacionales que se venían configurando desde finales del siglo XIX y comienzos del XX y que favorecieron la intervención extranjera en el proceso de estructuración de la organización sanitaria nacional.

Tales eventos y circunstancias fueron: a) El desarrollo del comercio internacional y el papel protagonista cada vez más destacado de los Estados Unidos en esta carrera en América Latina; b) La competencia mundial de este país por el monopolio y la explotación del petróleo en los países periféricos como fuente de riqueza y de energía; c) La creación de las fundaciones filantrópicas norteamericanas, y más específicamente la Fundación Rockefeller; d) La constitución y consolidación de las organizaciones sanitarias internacionales, especialmente la de la Oficina Sanitaria Internacional; e) El desarrollo en Norteamérica de una nueva manera de entender el concepto de "salud pública"; y, como inmediata consecuencia, f) La constitución e institucionalización de una nueva especialidad científica, poseedora de una nueva concepción de su práctica. Aunque algunos de estos eventos ya han sido estudiados en general y de forma aislada y puntual, pretendemos hacer un enfoque integral de su interacción en el país. Analizaremos cada una de ellas y sus influencias en el campo de la salud en Colombia.

## 2.- La expansión económica norteamericana y la transición de la higiene a la salud pública

### 2.1. *Petróleo y expansión comercial norteamericana*

Los años que siguieron a la Guerra civil norteamericana, 1865-1914, fueron testigos del incremento absoluto que tuvo lugar en la producción estadounidense hasta 1929, que superó con creces el de las mayores potencias industriales del mundo, convirtiéndose en la primera potencia industrial del planeta (Degler, 1986: 7) y que requirió de la explotación de los recursos naturales y materias primas propias y de otros continentes, así como de la apertura de amplios mercados internacionales.

Así, desde la primera década del siglo XX (Mesa, 1980: 14), la avalancha de empresarios norteamericanos que codiciaban nuestros recursos no se hizo esperar y la explotación petrolera será sin duda una de las actividades más

destacadas. En 1920, Harding, Presidente de los Estados Unidos, proclamaba que "llegará el día en que la hegemonía mundial pertenezca a la nación que posea petróleo y sus derivados" (Citado en: Villegas, 1975: 13). Igualmente, en 1919 el Departamento de Estado Norteamericano había declarado: "la importancia vital de asegurar abastecimientos suficientes de petróleo para las necesidades actuales y futuras de los Estados Unidos es un punto que ha merecido la especial atención de este Departamento. Se recomienda prestar toda ayuda legítima a los ciudadanos o a los intereses de los Estados Unidos que buscan concesiones o de derechos sobre petróleo" (Citado en: Villegas, 1975: 12). De la misma manera, en 1929, la Junta federal de Reservas Petrolíferas norteamericana considera conveniente que los Estados Unidos adquirieran yacimientos petrolíferos en diversas partes del mundo, especialmente en las naciones de América Latina (Citado en: Villegas, 1975: 13).

En este contexto, John D. Rockefeller (1839-1937), logró crear el mayor trust petrolero del mundo, la Standard Oil Company (Muñoz, 1937: 7) dominando no sólo la comercialización del petróleo sino también las compañías ferrocarrileras y transportadoras terrestres relacionadas con la distribución del crudo y ejerciendo su dictadura sobre el 95 por ciento del mercado del petróleo mundial (Muñoz, 1937: 7; Collier & Horowitz, 1986: 48-49).

Pero, para subsanar el impase que representaba el monto proporcional del impuesto, Rockefeller creó pequeñas empresas de explotación de productos renovables y no renovables en Latinoamérica, África y Asia, en donde encontraría economías débiles, generalmente agrícolas y con necesidades sentidas para el proceso de industrialización. Tales empresas asegurarían la disminución de impuestos e incluso, exención de los mismos en los países sede. La Standard Oil Company instala así múltiples empresas pequeñas a través de contratos con el Estado o con particulares con capacidad de inversión.

En Colombia, las concesiones petroleras que habían sido entregadas, en 1905, por el Presidente, General Rafael Reyes, al General Virgilio Barco, la primera, y a Roberto de Mares, la segunda, fueron vendidas a compañías norteamericanas en 1916, una vez terminada la I Guerra Mundial. La de Mares será negociada con tres testaferros de la Standard Oil (Bendum, Tress y Crawford), quienes fundan la Tropical Oil Company (Villegas, 1975: 32; Muñoz, 1937: 7-8; Pecault, 1989: 83). Igualmente, la Concepción Barco, pasará en 1918 a manos de la Gulf Oil Company, convirtiéndose así en la Colombian Petroleum Company (Villegas, 1975: 37-40). De otro lado, la United Fruit

Company, creada en 1899 con capital americano y cuyos cuarteles generales se ubican en Boston, había establecido sus enclaves bananeros en Centro América y en la Costa Atlántica Colombiana, en la llamada zona bananera del departamento del Magdalena (LeGrand, 1989: 184; Castrillón, 1974; Gaitan, 1972).

Pero esta expansión internacional traía consigo el problema de asegurar la salud de los trabajadores norteamericanos en estas inhóspitas e insalubres regiones tropicales y el tema de la salud se fue convirtiendo en una precaución importante de los empresarios y del Estado norteamericano. Era necesario, por una parte, impulsar el control sanitario en los puertos a donde llegasen barcos comerciales y militares norteamericanos y desde donde saliesen naves comerciales extranjeras hacia los Estados Unidos y, por otra, sanear las zonas continentales en donde se venían estableciendo dichos enclaves petroleros y fruteros.

Surgieron así dos grandes estrategias: en primer lugar, la implantación de una intervención estatal tendiente a la creación de una oficina sanitaria de carácter internacional encargada de coordinar programas sanitarios adecuados en los países periféricos y, segundo, el apoyo por parte del capital privado a la investigación médica sobre enfermedades tropicales y a la intervención sanitaria en dichos países.

## 2.2 *El papel del Estado norteamericano en el desarrollo de las nuevas Organizaciones Sanitarias.*

Los intentos de una nueva organización sanitaria se habían venido dando desde la primera Conferencia Sanitaria Internacional reunida en París en 1851, pero, debido a las múltiples dificultades de aunar criterios y conocimientos técnicos, solamente hasta 1912 la 12ª Conferencia Sanitaria Internacional suscribirá una convención que reglamente la cuarentena para el cólera y la peste. Sin embargo, en ella escasamente se mencionará la fiebre amarilla y la malaria, principales problemas de salud que entorpecen el desarrollo de los enclaves económicos norteamericanos en América Latina (Howard-Jones, 1977: 436).

Ya en 1880 el Congreso norteamericano había autorizado al presidente de los Estados Unidos para convocar la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en la ciudad de Washington "con la finalidad de organizar un sistema internacional de notificación en cuanto a la verdadera situación sanitaria de los puertos y plazas" con los cuales esta nación ejerce su comercio (Howard-

Jones, 1980: 396). Nuevamente, la divergencia de intereses y de Estados Unidos y Europa no permitieron llegar a acuerdos sustanciales durante esta reunión.

Sin embargo, el gobierno norteamericano continuó con su política y convocó a la Segunda Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en ciudad de México, para 1901, en cuyas conclusiones se recomendó que se convocase a una convención de representantes de las administraciones sanitarias americanas para formular acuerdos y reglamentos sanitarios con el objeto de poder reducir al mínimo los requisitos de cuarentena respecto del cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica, la viruela, y otros brotes pestilíferos de gravedad (Howard-Jones, 1980 a: 397-398).

El método de la cuarentena que había sido impuesto por las organizaciones sanitarias europeas se había constituido en importante obstáculo para el comercio internacional pues obligaba a los barcos a permanecer por varios días anclados en los puertos antes de poder desembarcar, con el fin de asegurar que no eran portadores de enfermedades infecciosas peligrosas para el bienestar de las poblaciones.

Esta nueva convención se celebró efectivamente en México en 1902 y el comité organizador se convirtió en la Oficina Sanitaria Internacional (la misma que más tarde, en 1947, se transformará en la Oficina Sanitaria Panamericana). Tres de sus siete miembros serían funcionarios norteamericanos, incluyendo al Director General de Sanidad de los Estados Unidos. Esto aseguraría el control norteamericano de la nueva organización sanitaria (Howard-Jones, 1980 b: 453).

Un ejemplo claro de esta hegemonía norteamericana durante dicho período lo constituyó el Dr. Hugh S. Cumming, quien desempeñaba los siguientes cargos para esta época: Director del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (1920-1936), Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1920-1947), Miembro Directivo de la Liga de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (1919-1923), Miembro Directivo del OIHP (1924-1946), Miembro del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones (1924). En pocas palabras, participó en todas las organizaciones sanitarias internacionales del momento y manejó la salud pública norteamericana durante 16 años.

Más adelante veremos como esta nueva organización sanitaria actúa en Colombia, pero echemos primero una mirada a la segunda estrategia.

### 2.3 *Petróleo, filantropía, investigación médica y salud pública*

Simultáneamente a todos estos movimientos de carácter estatal, Rockefeller andaba muy preocupado pues los métodos competitivos que había utilizado para desplazar del mercado a sus competidores y asegurar la consolidación de la Standard Oil, le habían hecho acreedor a la mala fama de "Barón Ladrón". Sin embargo, en su condición de estudioso del Evangelio y como fiel miembro de la iglesia baptista que era, conocía muy bien el versículo I de San Pedro que decía: "La caridad puede ocultar muchos pecados" y con el paso de los años le iba aumentando el sentimiento místico de que había sido elegido personalmente para ser el frágil depositario de aquella gran fortuna para el bien de la humanidad. Por tanto, debía ganar más y más dinero para emplearlo en bien de sus semejantes (Collier & Horowitz, 1986: 55).

Esta actitud se correspondía con dos de los principios de la más pura tradición Luterana Bautista: en primer lugar, el reconocimiento de que el único modo de vida grato a Dios es, "no la superación de la moralidad terrena por medio de la ascesis monástica, sino precisamente el cumplimiento en el mundo de los deberes que a cada cual impone la posición que ocupa en la vida, y que por lo mismo se convierte para el en profesión" (Citado en: Weber, 1979: 90) y en segundo lugar, que "si Dios os muestra un camino que os va a proporcionar más riqueza que siguiendo camino distinto (sin perjuicio de vuestra alma ni de la de los rostros) y lo rechazáis para seguir el que os enriquecerá menos... os negáis a ser administradores de Dios y a aceptar sus dones para utilizarlos en su servicio El os lo exige" (Citado en: Weber, 1979: 224-225).

Estas convicciones religiosas y éticas, condujeron a Rockefeller hacia la filantropía. Esta actitud no era nueva en los Estados Unidos. La ausencia de una política estatal fuerte con relación a la educación, notoria después de la Guerra Civil norteamericana, hizo que las grandes instituciones universitarias de ese país se organizaran bajo la égida del capital privado. Puede decirse que en lo referente al patrocinio de la educación y de la organización de una producción de expertos en distintos campos del saber, las fundaciones filantrópicas habían jugado en Estados Unidos el rol que el Estado había desempeñado en Europa (Wheatley, 1988: IX-X). Pero la filantropía no sólo venía a reforzar las ideas de participación democrática de la comunidad en la construcción de la nación norteamericana planteadas por su constitución, sino que era también un buen negocio para el capital industrial norteamericano. Además de que los donativos hacían bajar los impuestos al apoyar el desarrollo

de una universidad fuerte y de alto nivel académico se estaba asegurando la formación de un personal calificado que pudiese trabajar en la cada vez más compleja industria mecanizada.

Rockefeller inicio su gran carrera filantrópica contratando al reverendo baptista Frederick T. Gates, quien fue introduciendo poco a poco el principio de la filantropía, descartando rápidamente casi del todo la caridad del detalle para dedicarse con toda confianza y regocijo al terreno de la filantropía al por mayor (Collier & Horowitz, 1986: 58-59).

Gates comprendió rápidamente que la organización filantrópica era además una buena alternativa económica, más aún si se manejaba con criterio comercial. Por una parte, los donativos filantrópicos resultaban más baratos que los impuestos que habían que Pagar al Estado, pero, por otra, dichos donativos producían gran rentabilidad (Collier & Horowitz, 1986: 108). De igual manera, la organización filantrópica era una buena manera de hacer inversiones en el terreno de la salud tanto al interior del país como en aquellos enclaves extranjeros tan caros a la Standard Oil y las compañías fruteras.

Así, Gates empezó por inducir la creación del Instituto Rockefeller para la investigación Médica, en 1901, que continuaría las pautas del Instituto Pasteur de París y del Instituto Koch de Berlín. Luego, en 1903 Rockefeller creará la Comisión General de Enseñanza, la cual, a partir de 1906, aunará sus intereses y esfuerzos a los del Instituto. Una de sus principales realizaciones será la puesta en marcha de la reforma de la educación médica norteamericana, propuesta por Abraham Flexner en su informe de 1910, tomando como institución modelo a la Universidad de Johns Hopkins, de acuerdo con las recomendaciones del propio Flexner (Collier & Horowitz, 1986: 67-69).

Luego, en 1909 crea la Comisión Sanitaria Rockefeller y el magnate instará a sus miembros a que escojan como blanco de trabajo una enfermedad que afecte a gran número de personas, de la cual se pueda decir que se conocen todos los detalles y que pueda ser curada, no en el cincuenta u ochenta por ciento de los casos, sino en todos" ...de tal modo que la gente - el hombre ordinario- pudiera ver los buenos resultados de la salubridad pública" (Bevier, 1932b: 190). El Dr. Charles Stiles, que venía investigando sobre el papel del anquilostoma (uncinaria) como causante de la anemia que producía un grave letargo en los trabajadores de las plantaciones de algodón sureñas, recomendó tomar la uncinariasis como modelo de la primera campaña. Efectivamente era

una enfermedad que afectaba a millones de personas y podía fácilmente curarse y prevenirse con cincuenta centavos por personas (Collier & Horowitz, 1986: 67-69).

Pero Gates, que aspiraba a una institución que tuviese mayor impacto y que fuese la obra filantrópica por excelencia, perfiló en 1910 el proyecto de la creación de la Fundación Rockefeller, institución que asumiría la responsabilidad mundial del manejo de la fortuna Rockefeller designada a la filantropía (Collier & Horowitz, 1986: 70; Moll, 1940: 92-116). Será el hijo del magnate, John D. Rockefeller jr., quien, con Gates, se ponga a la cabeza de las actividades de la Fundación, retomando la lucha contra las enfermedades que asolaban los países tropicales y los hacían inhóspitos para las influencias misionales y los enclaves empresariales portadores del modelo norteamericano de civilización. Se continuó, en primer lugar, la campaña contra la uncinariasis, para luego derivar los esfuerzos hacia la erradicación de la fiebre amarilla y más tarde de la malaria. La primera campaña contra la uncinariasis realizada por la Comisión Sanitaria Internacional en la región de Texas, al sur de los Estados Unidos donde el problema era de alta incidencia, arrojó los mejores resultados. Por eso, como punto de partida, la Fundación comenzó a difundir su acción por todos los continentes con dicha Campaña (Bevier, 1932B: 190).

Estos resultados hicieron que Rockefeller se interesase en el desarrollo de la Salud Pública como nueva disciplina médica. En los comienzos del siglo XX, la práctica de la higiene pública norteamericana se ubicaba en el marco de referencia de las concepciones higienistas europeas. Pero la aparición de la medicina de laboratorio en la Europa de finales del siglo XIX, con sus grandes avances en la determinación de agentes causales de las enfermedades, fueron estos microbiológicos, químicos o físicos, define el nacimiento de una nueva epidemiología que desplazará a la antigua idea de higiene e impulsará el desarrollo de nuevas medidas terapéuticas masivas y efectivas para la erradicación de enfermedades. En este nuevo marco conceptual, de carácter unicausal, se piensa que una vez conocido el agente etiológico de una enfermedad, la Higiene se encargará de determinar cuáles son los factores que facilitan o dificultan la acción del mismo y por tanto la aparición de la enfermedad y, a partir de ese momento, se pueden definir medidas para erradicarlo y así controlar el padecimiento.

Esto es precisamente lo que se proponía realizar la Fundación Rockefeller con la Campaña de uncinariasis: demostrar la efectividad de la higiene, al actuar sobre los factores que favorecen la aparición de las enfermedades a un costo

relativamente bajo frente a la pérdidas económicas que tales enfermedades ocasionan y, así, sensibilizar positivamente a la opinión pública hacia una reforma sanitaria y hacia las demás campañas sanitarias que iría poniendo en marcha. Si esto se lograba, las poblaciones de los países periféricos aceptarían fácilmente las actividades económicas de la Standard Oil Company en la medida en que venían acompañadas por las acciones sanitarias de la Fundación Rockefeller.

Esta primera campaña, aunque exitosa por los resultados locales, no logró cabalmente estos dos objetivos y la uncinariasis fue perdiendo su posición prioritaria en las decisiones de la fundación. Por eso, desde 1916, el esfuerzo se va derivando hacia la lucha contra la fiebre amarilla (Cueto, 1994: X). El descubrimiento de oro en la California en 1848 había precipitado la importancia estratégica del Istmo de Panamá como lugar de paso de americanos y europeos hacia el oeste de los Estados Unidos. En 1862 comenzó a pensarse en la posibilidad de un canal que cruzase el Istmo. Después de la Guerra de los Mil Días y como consecuencia de un conflicto bastante complejo, en 1903 se produce la toma de Panamá por parte de los Estados Unidos y su separación de Colombia, convirtiéndose el Istmo en zona estratégica norteamericana desde el punto de vista político, comercial y militar (Randall, 1992: 26-130).

La apertura del Canal en 1914 aumentó la posibilidad de la exportación de la fiebre amarilla desde el Caribe hacia los Estados Unidos y el Asia Tropical. En los primeros años del nuevo siglo, Carlos Finlay había descubierto el papel del mosquito "Aedes aegypti", habitante urbano, en la transmisión de esta enfermedad y los métodos de control que el había puesto en marcha en la Habana y sus buenos resultados, hacían pensar que era posible erradicar la enfermedad, eliminando los mosquitos que la transmitían. Se iniciaron campañas en Brasil, Ecuador, América Central, México y Colombia (Cueto, 1994: XI-XIII). Pero el descubrimiento, por parte del colombiano Roberto Franco, en 1907, de que la enfermedad podía ser transmitida también por otros mosquitos selváticos difíciles de eliminar (Gast - Galvis, 1982: 26) y su confirmación y aceptación por parte del Dr. Soper en 1935 (Gast - Galvis, 1982: 27; Cueto 1994: XII), hicieron pensar a las directivas de la Fundación que sus dos objetivos iniciales tampoco se lograrían en este campo y derivaron sus esfuerzos hacia la lucha antimalárica (Cueto, 1994: XIII), con logros y descalabros similares.

Pero, así las cosas, las campañas de erradicación tenían que ser completadas con otras acciones y la acción de la Fundación Rockefeller no

podía terminar allí. Los Estados Unidos se habían quedado rezagados con respecto a Europa en cuanto a programas especiales de educación para las actividades de salud pública (Sheps, 1976: 1) y un nuevo tipo de especialidad médica, preparada para desarrollar este nuevo tipo de actividades sanitarias, se hacía evidentemente necesaria. Rockefeller tenía ya claro que era la Fundación la institución llamada a impulsar el proceso de constitución e institucionalización de dicha disciplina.

Por eso, el 16 de octubre de 1914 se llevó a cabo una reunión en las oficinas de la Comisión General de Educación sobre capacitación para el servicio de salud pública. A esta reunión asistieron, entre otros, Simón Flexner (Director del Instituto Rockefeller para la Investigación Médica), Wickliffe Rose (Director del Consejo de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller), William Wech (Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins) y Abraham Flexner (ideólogo de la reforma de la educación médica en los EEUU). Rose y Welch, comisionados para formular un plan para crear un instituto de higiene que permitiera poner a los Estados Unidos al día con los otros países del mundo en ese campo (Rockefeller Foundation, 1916: 415), rindieron su informe en 1916 proponiendo un nuevo concepto de Salud Pública que integraba las versiones inglesa y alemana del concepto. Los ingleses tenían una mayor experiencia en la administración de servicios de salud y los alemanes una mayor trayectoria en la investigación de laboratorio en el campo de las enfermedades infectocontagiosas. En el nuevo instituto deberían formarse salubristas integrales que estuvieran en capacidad de manejar ambos campos, para que pudiesen participar activamente tanto en el conocimiento y el control de las enfermedades como en la organización y manejo de los servicios de salud (Rockefeller Foundation, 1916: 415-427). Paso seguido, la Fundación Rockefeller apoyara la creación de una escuela de salud pública en la Universidad de Johns Hopkins, crisol de la reforma de la educación médica norteamericana ya impulsada por la misma Fundación Rockefeller. Luego se crearon otras escuelas similares en Yale, Columbia y Harvard. Buena parte de los salubristas colombianos y latinoamericanos que participaron en los procesos de modernización de la salud pública en nuestros países, se formaron allí con apoyo de la Fundación.

Así, el Antiguo modelo higienista predominante en América Latina desde los tiempos de la conquista española, sería progresivamente dejado de lado y reemplazado por la nueva manera norteamericana de entender el concepto

de salud pública (Quevedo, Fernández & Miranda, 1993). Este nuevo concepto potenció el desarrollo del concepto de "campana sanitaria de erradicación", posibilitando una nueva forma de intervención sobre las condiciones de salubridad y sobre las enfermedades epidémicas infecciosas.

### 3.- La intervención norteamericana en la transición de la higiene a la salud pública en Colombia

#### 3.1. Las Organizaciones Sanitarias Internacionales en Colombia

A pesar de la condición feudal y agrícola de la Colombia del siglo XIX, desde la década de 1820, el país ya clasificaba en segundo lugar, después de México, entre las naciones hispanoamericanas en las cuales existía un mercado para las exportaciones estadounidenses y era entre ellas la principal exportadora hacia los Estados Unidos. Al entrar en la segunda década de este siglo el país tiene ya frente a sí una serie de nuevas exigencias en materia de salud, derivadas de la nueva situación productiva y del poblamiento que mencionamos atrás (García Medina, 1915: 4-7). Y, más aún cuando, a partir de 1925, los Estados Unidos, reconociendo su arbitrario proceder con relación a Panamá, entrega a Colombia 25 millones de dólares como recompensa y le abre importantes créditos financieros, de tal forma que en los cinco años siguientes, llegan 200 millones de dólares más, en calidad de empréstitos norteamericanos (Pecault, 1987: 82; Lee Fluharty, 1981). Estos dineros serán invertidos fundamentalmente en la apertura de vías de comunicación (carreteras, ferrocarriles y telégrafos), que implican el desplazamiento de grandes masas de trabajadores a regiones tropicales bajas, ardientes y malsanas, conllevando nuevos y serios problemas en el campo de la salud (Cardona, 1984: 52-55). Así, para 1929 el 45.16% de la inversión extranjera estaba obviamente en el petróleo, el 20.16% en los servicios públicos (incluidas las vías de comunicación) y solo el 3.22% en la industria (Bejarano, 1972).

Entre tanto, la presencia de los Estados Unidos en Colombia en el campo de la salud será cada vez más clara, así como lo está siendo en la economía y en la política. La Oficina Sanitaria Internacional (hoy Oficina Sanitaria Panamericana) había comenzado la creación de todo un espacio de organización independiente de Europa con incidencia directa sobre los países latinoamericanos, impulsando la constitución de organizaciones sanitarias nacionales sólidas, con capacidad de realizar actividades de sanidad portuaria y acciones territoriales de lucha contra las principales enfermedades epidémicas

y endémicas y de imponer medidas sanitarias, acudiendo obviamente a los préstamos externos.

El Código Sanitario Panamericano firmado en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en la Habana en noviembre de 1924, expresa claramente el propósito de estimular y proteger mejor la salud pública de sus respectivas naciones y particularmente a fin de que puedan aplicarse medidas cooperativas internacionales eficaces para impedir la propagación de las infecciones que son susceptibles de transmitirse a los seres humanos, y para facilitar el comercio y las comunicaciones marítimo-internacionales (Oficina Sanitaria, Panamericana, 1925: 45-46).

Consecuentemente, Pablo García Medina, principal figura de la organización sanitaria colombiana, en el Informe Anual de la Junta Central de Higiene al Ministerio de Gobierno en 1917, confirmaba: "Sí no emprendemos muy pronto estas obras llegará el día en que ninguno de los buques que hayan de pasar por el Canal de Panamá quieran tocar en nuestros puertos, para no verse sometido a la cuarentena de seis días que se mantendrá en Colón mientras las condiciones sanitarias de estos puertos no mejoren" (García Medina, 1917b: 225). En el mismo sentido insistía: "Cuando la guerra europea termine debemos estar preparados para las necesidades del comercio universal y para ello debemos hacer pronto toda clase de esfuerzos.

Estamos colocados en este dilema: o quedamos excluidos del comercio, o algún poder extraño vendrá a imponernos las medidas sanitarias que la civilización exige" (García Medina, 1917: 225). Colombia firma así los acuerdos de salud interamericanos e inicia una carrera de transformación de su estructura sanitaria. Ya en 1918 la Junta de Higiene se había convertido en Dirección Nacional de Higiene, la cual fue reorganizada en 1923, y luego, en 1925 integrada al nuevo Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública (Quevedo et al, 1990: 25), para convertirse en Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, ente autónomo y encomendado a la Dirección de Pablo García Medina, en 1931. Finalmente aparece en 1938 el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, del cual se desprenderá, en 1946, el Ministerio de Higiene (Quevedo et al., 1990: 32-33).

Así, desde el punto de vista de la salud, se van configurando en ese momento dos Colombias:

1° Una que mira hacia adentro, manteniendo aún la idea de que la salud es un problema privado de los individuos, y formando médicos de

orientación francesa anatomoclínica para que puedan atender a los cafeteros, a los incipientes industriales, a los funcionarios del Estado, a los campesinos y trabajadores del ferrocarril y del Ministerio de Obras Públicas, etc., mientras el Estado pone en marcha incipientes medidas sanitarias internas para evitar las enfermedades de los pobres.

2° Otra, volcada hacia el exterior, que comienza a interesarse por no quedarse por fuera de los procesos del mercado internacional, preocupándose por el saneamiento en los puertos y de las regiones continentales cercanas al mar, en donde se encuentran los asentamientos extranjeros (García Medina, 1932: 22-43).

### 3.4 *Las Fundaciones Filantrópicas Norteamericanas en Colombia*

Además del papel jugado por las organizaciones sanitarias internacionales, la intervención extranjera se verá más legitimada y garantizada con la participación de las emergentes fundaciones filantrópicas de los Estados Unidos. En este momento, el comercio y la explotación internacional de los recursos naturales de los países tropicales aparecen ya ante los actores locales como acciones civilizantes porque, ligados a ellas, vendrían las medidas sanitarias y los médicos salubristas norteamericanos especialistas en enfermedades tropicales que se encargarían del saneamiento de estas regiones. Todo esto coincide con los ya mencionados idénticos fines de la Standard Oil Company y de la Fundación Rockefeller. En este sentido es clara la afirmación de Burton Hendrick, cuando refiriéndose a las primeras escuelas de salud pública y de que estas se crearon para preparar "a los exploradores americanos para lo que promete ser uno de los más grandes movimientos en la historia: la apertura de los trópicos a la civilización" (Miranda, 1989: 276).

El primer contacto de nuestro país con la Fundación Rockefeller se da en 1917 cuando, "por solicitud del Gobierno nacional", una comisión norteamericana financiada por el Instituto Rockefeller, hace un estudio para determinar la presencia de fiebre amarilla en Colombia. El objetivo era el de definir la necesidad o no de la cuarentena impuesta a los barcos colombianos y a todos aquellos que tocasen nuestras costas con rumbo al canal de Panamá, según las normas implantadas por la Oficina Sanitaria Panamericana (García Medina, 1917a: 99-104).

La justificación de tal intervención fue expuesta por el Dr. García Medina de la siguiente forma: "Los resultados que se obtuvieron con las campañas de



sanidad que el Departamento de Higiene de los Estados Unidos emprendió en Cuba, México y en Panamá, y los que consiguieron el Dr. Oswaldo Cruz en el Brasil, y el Dr. Liceaga en Veracruz, indujeron a aquella benéfica institución (Instituto Rockefeller) a formar, con sus propios recursos, una comisión de eminentes higienistas encargada de visitar los lugares donde ha aparecido, en cualquier tiempo, fiebre amarilla, no solamente en la América del Sur, en las Antillas y las América Central, sino también en el Asia y en el África" (García Medina, 1917a: 100).

Pero, de la composición de esta Comisión, se traslucen claramente las intenciones y la conexión existente entre la organización filantrópica y el gobierno norteamericano. Sus miembros fueron: "Dr. William G. Corgas Mayor General del Servicio Sanitario de los Estados Unidos de América, Director de los trabajos de sanificación en Cuba y Panamá, Cirujano Mayor del Ejército norteamericano y Presidente de la Comisión; Dr. Henry R. Carter, Inspector de Sanidad Marítima de los Estados Unidos y Jefe del Servicio de Cuarentenas; Dr. Teodoro C. Lyster: Médico Militar de los Estados Unidos y Segundo Jefe Sanitario de la Zona del Canal de Panamá; Dr. Eugene Whitmore, Bacteriologista del Servicio de Sanidad Americano, Profesor de Anatomía Patológica y Parasitología; Dr. William Wrightson, Ingeniero Sanitario y Secretario de la Comisión; y Dr. Juan Guiteras, Jefe del Departamento de Sanidad de Cuba (García Medina, 1917a: 100-102).

No hay dudas ni de las intenciones comerciales ni de la interacción entre Estado norteamericano, fuerzas militares e intereses privados en la intimidad de la Comisión. Tampoco del papel de los actores colombianos en favorecer la intervención, a pesar de la conciencia de la existencia de dichas intenciones.

### 3.5 La campaña de *uncinariasis* en Colombia

"De la misma manera que otros países lo habían solicitado", en 1919 el gobierno Colombiano "solicita" a la Junta Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller su cooperación para el establecimiento de la campaña de erradicación de la *uncinariasis* en nuestro país. En respuesta del 22 de diciembre de 1919 al 31 de enero de 1920, el doctor Luis Shapiro, médico representante de la Fundación Rockefeller, con el apoyo entusiasta y decidiendo del entonces Ministro de Agricultura y Comercio, doctor Jesús del Corral, de los médicos de la Academia de Medicina, y en asocio de un facultativo y de 7

estudiantes de último año de medicina, llevó a cabo una investigación sobre la prevalencia de la Anemia Tropical o *Uncinariasis*, la *Ascariasis* y la *Trichuriasis*, en el Departamento de Cundinamarca. Este estudio dejó en claro que, de cada 100 personas, había 95 que albergaban alguno de los tres parásitos, entre un total de más de 8500 personas (Franco, 1937: 43).

Después del informe del Dr. Shapiro, la Junta Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller envió un comunicado al Ministro, Dr. Del Corral, aprobando la realización de la campaña en Colombia y precisando, entre otras cosas, las contraprestaciones que debería aportar el gobierno Colombiano: por una parte, la organización de un Departamento de *Uncinariasis*, en el que **el representante de la Junta desempeñará las funciones de Director durante todo el periodo de cooperación**, bajo cuyo arbitrio estarán todos los nombramientos, así como también la remoción de los empleados incompetentes y, por otra, la exención de derechos de aduana, el transporte de todo aquello que hubiese de emplearse en la campaña, el transporte de todos los empleados (con excepción del Director) cuando en desempeño de sus funciones oficiales, franquicia postal y telegráfica para los asuntos oficiales, e impresión de todo lo necesario y, finalmente, la adjudicación de una Oficina Central en Bogotá y oficinas en los Distritos donde se establezcan trabajos" (Fundación Rockefeller, 1937: 15-16).

Efectivamente, se crea el Departamento de *Uncinariasis*, por Decreto N° 261 de 1920 (García Medina, 1932: 120-122) el cual inicia sus actividades en la zona cafetera andina, en donde la *Uncinariasis* era endémica. No se olvide que el café ocupa el primer rango y casi el único de las exportaciones colombianas a los Estados Unidos y que el café colombiano estaba catalogado en ese país como uno de los más suaves del mundo. El problema del saneamiento no sólo tuvo que ver entonces con los puertos y las zonas petroleras, sino también con las zonas de producción agrícola que eran de interés de los Estados Unidos.

Las actividades del Departamento de *Uncinariasis* se inicia con programas tendientes al diagnóstico y tratamiento masivo contra la *Uncinariasis* y al saneamiento, a través de la instalación de letrinas en las viviendas campesinas. La necesidad de modificar los hábitos higiénicos de los campesinos se hizo evidente, por lo cual se implementaron grandes campañas educativas y propagandísticas, con niños y adultos.

La campaña continuó hasta 1935 debido a tres acuerdos mas entre el gobierno colombiano y la Fundación Rockefeller. Durante este periodo el número de acciones alcanzado fue impresionante: para 1928 (noveno año de la campaña) George Bevier, Director del Departamento o Sección de Uncinariasis durante 15 años, reporta que la campaña "ha administrado un total de 2.530.853 tratamientos a 1.362.764 personas; han distribuido 824.889 hojas impresas de distinta clase referentes a sus propósitos, y dictado 231.564 conferencias y demostraciones públicas a las cuales han asistido, según cálculos cuidadosos, más de 4'000.000 de personas" (Bever, 1929). El total de letrinas instaladas y de actividades de saneamiento fue proporcional. Las cifras eran enormes, pero no se discutió, en ningún momento, la calidad de estas actividades.

Pero la colaboración de la Fundación Rockefeller y del Departamento no se redujo exclusivamente al manejo de la Uncinariasis: entre 1922 y 1923 la Fundación contribuyó al estudio y control de la Fiebre Amarilla en Bucaramanga. En 1931 y 1932 aportó una suma para pagar el sueldo del Director del Laboratorio Samper y Martínez. En 1932 sus técnicos comenzaron el estudio del Paludismo. En el 33 participó en la creación del Laboratorio de Higiene Pública de Barranquilla y la Escuela de Inspectores. En 1934 participó en la implementación de la Unidad Sanitaria de Pereira, la primera de su género en el país, y en estudio de Fiebre Amarilla rural y de la selva. En 1935 la campaña de Uncinariasis se encaminó más al Saneamiento del Suelo y a partir de enero de 1936, aunque se entregó esta campaña completamente al cuidado del Departamento Nacional de Higiene, continuó la asesoría y financiación del Laboratorio de Barranquilla y los trabajos de investigación en fiebre amarilla y paludismo, reunidos en la Sección de Estudios Especiales - uno de los antecedentes del Instituto Nacional de Salud - desde este mismo año (Kerr, J. A., 1937: 16-21).

Otra forma de incidir fue por medio de la formación de especialistas en salud pública en universidades norteamericanas asesoradas por la Fundación, los cuales ocuparán más tarde los principales cargos de la organización sanitaria nacional. Así mismo, la Fundación facilitaba los medios para que los funcionarios del Departamento de Higiene visitaran los países donde mejor organizada estuviera la Higiene, por medio de bolsas viajeras (Kerr, J.A., 1937: 20).

### 3.6 El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública

En los años 40, después de la Segunda Guerra Mundial y durante la Presidencia de F. D. Roosevelt, se inicia una nueva era de la influencia norteamericana en América Latina. Un programa de cooperación interamericana es establecido entre el Instituto de Asuntos Interamericanos y las distintas naciones de América Latina. Este Instituto ejercerá su participación en el campo de la salud a través del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. En septiembre de 1942 el gobierno colombiano solicitará su participación y el señor Nelson Rockefeller visitará nuestro país, como representante de la Oficina de Relaciones Interamericanas. Un mes más tarde, el General Doctor George Dunham, Jefe de la División de Salud del Instituto de Asuntos Interamericanos, arriva a Colombia y celebra varias reuniones con los funcionarios de salud, con la asesoría del Doctor John C. Bugher, Jefe de la Sección de Estudios Especiales (llamada antes Departamento de Uncinariasis) y representante para Colombia de la Fundación Rockefeller. Con el Dr. Dunham viene además el Dr. Howard D. Shookhoff. El será el Director de Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para Colombia, el cual deberá funcionar dentro del recién creado Ministerio de Trabajo, Higiene y Seguridad Social (Colombia. Ministerio de Trabajo Higiene y Seguridad Social, 1943: 353). La nueva idea de Salud Pública había sido definitivamente institucionalizada en nuestro país y se separará definitivamente de la Higiene con la creación del Ministerio de Salud Pública. Durante la década de los 50, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública afirmará su influencia dentro de este nuevo Ministerio y se convertirá en su guía técnico, controlando el proceso de toma de decisiones en salud.

Por su parte, la actividad sanitarista de la Fundación Rockefeller había comenzado a declinar y en su agenda florecía el interés por apoyar las instituciones latinoamericanas de educación superior (Cueto, 1994: XIV). Su mano derecha en Colombia sería, en principio el servicio Cooperativo Interamericano de Salud pública el cual dedicará parte de sus actividades a incentivar la reforma de la educación médica en Colombia (Kranaskas, 1957: 9). Aunque esta reforma había sido recomendada anteriormente por la primera Misión Médica norteamericana (Misión Humphreys), enviada por el Comité del Servicio Unitario, en 1948 (Humphreys, 1950), la reforma definitiva comenzará después de la segunda Misión Médica norteamericana (Misión Lapham), recomendada por la División de Salud del Instituto de Asuntos

