

DIÁLOGOS. REVISTA ELECTRÓNICA DE HISTORIA

Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica



El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central,
1914-1921

MSc. Ana Paulina Malavassi Aguilar

Comité Editorial:

Director de la Revista Dr. Juan José Marín Hernández jmarin@fcs.ucr.ac.cr

Miembros del Consejo Editorial: Dr. Ronny Viales, Dr. Guillermo Carvajal, MSc.
Francisco Enríquez, Msc. Bernal Rivas y MSc. Ana María Botey

“Diálogos Revista Electrónica de Historia” se publica interrumidamente desde octubre de 1999

Dirección web: <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm>

(página 115 de 149)

Palabras claves: Historia, Medicina, Fundación Rockefeller, América Central, prácticas profesionales, Cuestión Social, Enfermedades

key words: History, Medicine, Rockefeller Foundation, Central America, professional practices, Social Issue, Diseases

Resumen

La autora realiza un valioso análisis comparativo sobre el impacto de la Fundación Rockefeller en Centroamérica. El artículo valora la expansión de la filantropía privada estadounidense por el istmo, la cual supuestamente pretendía apoyar las políticas públicas de los Estados, y mejorar las condiciones de existencia material de las personas. No obstante, dicha acción topó con las dificultades propias del contexto y los mismos intereses de la fundación.

Abstract

MSc. Ana Paulina Malavassi Aguilar. . Estudiante del Doctorado Centroamericano de Historia. Profesora de la Escuela de Historia e investigadora del Centro de Investigaciones Históricas

El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921

MSc. Ana Paulina Malavassi Aguilar

“Para cada enfermedad que los doctores curan con medicinas producen diez en las personas saludables inoculándolos con ese virus que es mil veces más poderoso que cualquier microbio: la idea de que uno está enfermo”. Marcel Proust

Presentación

La Fundación Rockefeller (en adelante: FR) representa los intereses tanto de una poderosa familia petrolera y banquera estadounidense, los Rockefeller, dueña de la Standard Oil Company y del Chase Manhattan Bank, como del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Parte de las jugosas ganancias obtenidas por la Standard Oil son invertidas en organizaciones caritativas creadas por el mismo John Davison Rockefeller, padre de la petrolera. Los mecanismos utilizados para amasar tan grande fortuna son cuestionables por reñir con la ética, así como con la legislación anti-monopolística y la política de libre mercado estadounidenses, al mediar los artificios, las extorsiones y los cohechos; pero estos mecanismos también se justifican plenamente en el contexto de la agresiva expansión capitalista estadounidense. Las principales organizaciones filantrópicas que se alimentan de tan cuestionado capital, y que en realidad no son más que un medio para evadir las leyes anti-monopolio estadounidenses, son:

- a-. Rockefeller Institute for Medical Research (a partir de 1965 Rockefeller University) creado en 1901 con el propósito de patrocinar investigaciones sobre enfermedades tropicales

- b-. General Education Board creada en 1903 y destinada al fomento de la educación al Sur de Estados Unidos sin distinción de sexo, raza o credo (“*without distinction of sex, race, or creed*”),¹ mediante la creación de una red de escuelas secundarias, aunque por supuesto los negros son el principal objetivo

- c-. Comisión Sanitaria creada en 1909 con el propósito de combatir la anquilostomiasis² que asolaba la parte Sur de Estados Unidos. Este es el

¹ The Rockefeller Foundation, *The Rockefeller Foundation, a History*, Pittsburgh, USA: Hoechstetter Printing Company, sf, p. 4.

antecedente inmediato de la FR, ya que el éxito alcanzado en la erradicación de la enfermedad, convence a sus directivos sobre la importancia y necesidad de exportar el programa

- d-. Rockefeller Foundation establecida en 1913 con el propósito de promover el bienestar de la humanidad tanto dentro como fuera de Estados Unidos, de ahí que el slogan de la FR rece así: “The Wellbeing of Making Throughout the World”³
- e-. Laura Spelman Rockefeller Memorial fundada en 1918 y absorbida por la Rockefeller Foundation en 1929. Esta institución se encarga de patrocinar iniciativas misioneras, así como el bienestar de las mujeres y de los niños,⁴ y el desarrollo de las Ciencias Sociales, de ahí el patrocinio para la fundación del Social Science Research Council (SSRC)⁵

Para efectos de este trabajo sólo nos interesa la Rockefeller Foundation, la cual curiosamente ve la luz después de que John Davison Rockefeller es obligado por un fallo de la Corte Suprema de los Estados Unidos, emitido en 1911, a dividir la Standard en 39 compañías diferentes. Medida en el fondo loable, pero que en la práctica resulta un fiasco: “*ya que las participaciones de la Standard siguieron, lógicamente, en manos de los mismos accionistas, de tal modo que el único cambio que se produjo consistió en que el Trust dejó de operar con un solo nombre para hacerlo bajo varios distintos. Fue así como nacieron La Standard Oil of New Jersey, la Standard Oil of Ohio, la Standard Oil Company of New York (SOCONY), la Vacuum Oil, la Humble Company, etc.*”⁶

La escisión, en vez de pérdidas, produce un efecto inverso: las acciones se disparan en la Bolsa de Nueva York. La FR en sus inicios recibe 4 millones de acciones de la Standard de Nueva Jersey y dos millones de títulos de la Standard de Indiana. Con tan generosa donación Rockefeller borra cualquier vestigio de intentar reconstruir su monopolio, y de paso gana apoyo entre las masas, logrando también sacar provecho a su

³ Al respecto véase: The Rockefeller Foundation, *The Rockefeller Foundation, a History*, Pittsburgh, USA: Hoechstetter Printing Company, sf, p.6.

⁴ Hiltzik, Michele, “Laura Spelman Rockefeller Memorial Collection,” *The Rockefeller Center Archive*, <http://www.galegroup.com/pdf/scguides/rockefeller/lrsmintro.pdf>.

⁵ Picó, Joseph, “El protagonismo de las fundaciones americanas en la institucionalización de la sociología (1945-1960),” *Papers* 63-64 (2001): 13

⁶ Lozano, Martín, “Una dinastía paradigmática: el clan Rockefeller” *El nuevo orden mundial. Génesis y desarrollo del capitalismo moderno*. Alba Longa Editorial, 1996, <http://members.tripod.com/~AlbaLonga/index.htm#INDICE>

filantrópica iniciativa, dadas las grandes facilidades otorgadas por la legislación estadounidense a los donantes (exención de impuestos, posibilidad de recibir en préstamo el dinero donado, etc.)

El conglomerado de fundaciones alimentadas con el capital acumulado por la familia Rockefeller, ha dejado su impronta en diferentes frentes:

- a-. Control de enfermedades endémicas: sobre este tema volveremos más adelante, ya que es el bastión primigenio de la FR

- b-. Control de la natalidad: empresa que asume con cautela la FR desde la década de 1930 y que es tomada por el gobierno estadounidense como emblema, a finales de la década de 1950, en su lucha para promover el desarrollo socio-económico y la estabilidad política en los países del entonces llamado Tercer Mundo. Política a todas luces eugenésica

- c-. Religión: mediante el patrocinio de iniciativas de carácter protestante liberal difusoras del capitalismo por el planeta y del dominio de la “raza blanca.” También la FR ha patrocinado movimientos con filosofías bastante burdas, pero adaptables a las necesidades espirituales de Occidente, como Hare Krisna, entre otros

- d-. Mundo académico: patrocinio de la Universidad Rockefeller y del Morningside Heights, este último es un complejo académico que alberga instituciones tales como Columbia University, Barnard College, Union Theological Seminary, Jewish Theological Seminary, Manhattan School of Music y Bank Street College of Education, entre otros. Asimismo, la FR se ha preocupado por el control de la enseñanza de las ciencias sociales para evitar la difusión del marxismo⁷ y lograr el equilibrio social

El objetivo de este trabajo es analizar la incursión de la Fundación Rockefeller en el área geográfica denominada América Central desde 1914 y hasta 1921. La investigación se ubica en el contexto de la expansión de la filantropía privada estadounidense por el planeta, la cual pretende apoyar las políticas públicas de los Estados, y mejorar las condiciones de existencia material de las personas.

El período escogido pretende explorar los inicios de la incursión de la FR en la región, la cual se dedica principalmente a combatir la anquilostomiasis, aunque también

⁷ Pardo, Gastón. “Las ciencias sociales como instrumento, según Rockefeller. Guerra fría cultural,” <http://www.mexico.com/lapalabra/index.php?method=una&idarticulo=20706>

se ensayan las primeras armas en el combate contra la malaria y la fiebre amarilla. Desde el punto de vista geográfico hemos querido rescatar la visión de región manejada por la propia FR, la cual es mucho más abarcadora que el concepto Centroamérica histórica (Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica), ya que también incorpora a Belice (British Honduras) y Panamá. Incluso en algunos momentos parece que la FR también incluye a México dentro de América Central, como por ejemplo en 1923 cuando se da cuenta del presupuesto invertido por la FR en la lucha contra la fiebre amarilla encasillando a América Central con México, lo cual, para efectos analíticos, no nos permite realizar el desglose debido.⁸ Considérese que la incursión de la FR en México es tardía, ya que se inicia hasta 1920, tal como ha explicado muy bien la Doctora Anne-Emanuelle Birn, debido a los consabidos problemas entre México y los Estados Unidos, que inducen a los gobernantes mexicanos a rechazar las diferentes propuestas de intervención sanitaria ofrecidas por la FR. Sin embargo, en 1920 Álvaro Obregón le abre la puerta a la FR, interesado en “*reconstruir la destrozada infraestructura del país y...solidificar su propio control del poder*”⁹

Esta investigación se nutre de los reportes anuales de la FR, principalmente de la revista del Presidente y, especialmente, del reporte del Director General de la Junta Internacional de Salud.

La importancia de esta investigación radica en que permite incursionar en el proceso de “americanización” del sistema médico sanitario en América Central, visto a través del prisma de la filantropía estadounidense, específicamente de la Fundación Rockefeller. Este constituye un aporte más a la lánguida historización de la salud pública en la región, la cual es urgente porque la historia no solamente brinda luces sobre el pasado, sino que nos permite guiar el proceso de toma de decisiones en el presente; además, dicha historización también permite introducir una perspectiva mucho más humanizada en el proceso de enseñanza de las Ciencias Médicas.

Nuestro trabajo se organiza en tres secciones, a saber:

⁸ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1923*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 216-217.

⁹ Anne-Emanuelle Birn “Las unidades sanitarias: la Fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México” En: Cueto, Marcos (ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Nuevas Perspectivas Históricas*. Lima: IEP/OPS, 1996, pp. 204-205.

1-. Del modelo de salud francés a la filantropía sanitaria estadounidense: en este apartado se pretende dar luz sobre los siguientes interrogantes, ¿qué cambia en materia sanitaria con la incursión de la FR en la región? Es decir, ¿qué modelo se sustituye y cuáles son las características del nuevo modelo que se implanta? Igualmente, se pretende dar cuenta sobre los objetivos perseguidos por la filantropía sanitaria promovida desde principios del siglo XX por la FR

2-. El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1925: con base en las fuentes ya señaladas y partir de la confección de tablas se pretende explicar la incursión primera de la Fundación Rockefeller en la región. Se enfatizará en la lucha contra la anquilostomiasis, considerando la evolución de los casos atendidos, así como el presupuesto invertido y la construcción de los laboratorios necesarios para llevar el control de los casos atendidos. La malaria y la fiebre amarilla también serán objeto de estudio, pero de forma marginal, dado que la incursión primigenia se concentra en la anquilostomiasis. Como punto comparativo se considerarán los dos únicos trabajos sobre la FR para la región que conocemos: el trabajo pionero de Steven Palmer que se concentra en Costa Rica,¹⁰ y un trabajo más reciente de Ligia Peña que analiza Nicaragua¹¹

3-. A modo de cierre: se hace una reflexión final y se brindan algunas recomendaciones para trabajos futuros

1-. Del modelo de salud francés a la filantropía sanitaria estadounidense

Antes de analizar la incursión de la FR en la región, es necesario conocer el modelo de salud pública que se pretende reemplazar y el que se espera impulsar; para

¹⁰ Palmer, Steven, "Salud imperial y educación popular. La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una perspectiva centroamericana (1914-1921)" En: Molina, Iván y Palmer, Steven, *Educando a Costa Rica. Alfabetización popular, formación docente y género (1880-1950)*, San José: EUNED, 2003, pp. 201-258, la primera edición de este trabajo es de la Editorial Porvenir del 2000. Otra versión de este trabajo aparece en: Palmer, Steven. *From Popular Medicine to Medical Populism. Doctors, Healers, and Public Power in Costa Rica, 1800-1940*. Durham & London: Duke University Press, 2003.

¹¹ Peña, Ligia María, "Un encuentro con la Fundación Rockefeller desde Nicaragua, 1915-1930" Ponencia presentada al VI Congreso Centroamericano de Historia, Panamá, 2002. Este trabajo se sustenta en fuentes eminentemente nicaragüenses: documentos emitidos por las autoridades gubernamentales (memorias, informes, proclamas, cartas) y artículos periodísticos. Si bien el trabajo representa un importante avance para el conocimiento de la actuación de la FR en Nicaragua, necesita ser confrontado con las fuentes procedentes de la misma FR, igualmente falta mayor análisis y la incorporación de las fuentes estadísticas. Estas últimas son vitales para conocer los montos invertidos, los casos tratados, etc.

ello, entonces, es preciso hacer referencia al proceso de modernización de la salud pública iniciado a finales del siglo XIX.

Las concepciones sanitarias estadounidenses de principios de siglo XX están estrechamente emparentadas con las concepciones higienistas etiopatológicas inglesas, francesas y alemanas. Dentro de esta concepción, la profilaxis y la prevención son fundamentales, así como deudoras del descubrimiento de los agentes y los vectores de las diferentes enfermedades, y de los factores favorecedores del desarrollo de los mismos.

Un punto de inicio fundamental es la introducción del microscopio a la investigación médica, la cual favorece el desarrollo de la bacteriología y el consecuente cuestionamiento de la teoría miasmática.¹² Julyan G. Peard resume muy bien el cambio de paradigma que se empieza a operar entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX: *“la teoría ambientalista, que atribuía el origen de la enfermedad infecciosa a una serie de factores ambientales entre los cuales estaban principalmente los miasmas que surgían de aguas sucias y estancadas y materias orgánicas en descomposición, y la nueva teoría bacteriana que consideraba una sola causa, parasitaria y microscópica, que podía ser sujeta a identificación y manipulación para producir cura e inmunidad a través de sueros y vacunas.”*¹³

Con base en la teoría miasmática, las enfermedades epidémicas, entre ellas las fiebres tropicales, son producto de las emanaciones fétidas procedentes de ambientes cálidos, húmedos y pantanosos. Si bien las bases explicativas de esta teoría son cuestionables, lo cierto es que dan un gran impulso al desarrollo de la higiene pública: retiro de las basuras, canalización de las aguas servidas, regulaciones en la dotación de aguas potables, implementación de medidas tendentes a mejorar las condiciones sanitarias de la población. Disposiciones todas que son utilizadas en el saneamiento de La Habana y de la Zona del Canal de Panamá, con la diferencia de que en esos lugares ya se sabe contra qué se está luchando: los mosquitos.

Con la aparición de la bacteriología se fortalecen los fundamentos sobre higiene, así se logra establecer *“una relación causal directa entre enfermedad y agente —la*

*etiología—y, a la vez... los descubrimientos en las ciencias físicas, [abren] el camino para el control específico de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de la medicina.”*¹⁴ Según el historiador peruano Marcos Cueto, la promesa de la bacteriología consiste en “*que todo microorganismo que produjera una enfermedad infecciosa se podía atenuar o eliminar con los nuevos y maravillosos productos biológicos que surgían del laboratorio: sueros y vacunas.*”¹⁵ Esa promesa es asumida con gran entusiasmo por la FR.

La FR se constituye en un importante vehículo difusor de los nuevos saberes cultivados tanto en Europa como en Estados Unidos, a saber: la medicina tropical, la bacteriología, la inmunología, la eugenesia, la medicina social y la psiquiatría. Pero no debemos llamarnos a engaño creyendo que los nuevos conocimientos científicos son aceptados en América Latina como verdad absoluta, de ello da fe el trabajo de Marcos Cueto, *Excelencia en la periferia*, el cual exalta el proceso de apropiación del conocimiento foráneo, así como la misma producción endógena, porque: “*no toda ciencia de los países atrasados es marginal al acervo mundial del conocimiento y... el trabajo científico tiene en estos países sus propias reglas que deben ser entendidas no como síntomas de atraso o modernidad, sino como parte de su propia cultura y de las interacciones con la ciencia internacional.*”¹⁶ Igualmente esos conocimientos foráneos se convierten en vehículo para legitimar a un grupo de científicos vinculados a los proyectos oficiales.

Un factor trascendental a tomar en cuenta es que el cambio de paradigma promovido por la FR responde a los intereses de las élites políticas y económicas estadounidenses, y en buena medida de las élites de los países intervenidos; entonces, consideramos que es válido preguntarse en qué medida esa dependencia impide la elaboración de una agenda de intervenciones mucho más acorde a la realidad de los

¹³ Peard, Julyan G. “Medicina tropical en el Brasil del siglo XIX: la ‘Escuela Tropicalista Bahiana’, 1860-1890” En: Cueto, Marcos (ed.) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Nuevas Perspectivas Históricas*. Lima: IEP/OPS, 1996, p.35.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C.: OPS, 2002, p. 19.

¹⁵ Cueto, Marcos, *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

¹⁶ Cueto, Marcos, *Excelencia Científica en la Periferia. Actividades Científicas e Investigación Biomédica en el Perú, 1890-1950*, Perú: GRADE-CONCYTEC: 1989, p.29.

países intervenidos. Al respecto resulta muy ilustrativo lo acontecido en Maracay (Venezuela) a finales de la década de 1920 cuando la FR interviene para combatir la malaria, enfermedad que no es endémica en la zona, lo que se podría explicar porque ahí reside el dictador Juan Vicente Gómez,¹⁷ clara muestra de la combinación de intereses políticos, económicos y personales entre los representantes de la FR y los grupos de poder locales.

Ahora es preciso referirse a la filantropía norteamericana y su relación con la FR. Filantropía deriva del griego *φιλανθρωπία*, que significa amor al género humano.¹⁸ La FR representa una nueva forma de canalizar la ayuda privada, ya que rompe con el viejo esquema de brindar ayuda paliativa para invertir en la prevención, investigación y hallazgo de soluciones para promover el bienestar de la humanidad. En otras palabras, la FR representa la reconversión de la beneficencia en filantropía, con el consecuente inicio de la responsabilidad social. La responsabilidad social implica que el cuidado de la salud es una responsabilidad colectiva que involucra al individuo, la comunidad y al Estado, tanto en las fases de prevención como tratamiento de las enfermedades.

Los norteamericanos justifican de una forma bastante simple los orígenes de su portentoso y ya antiguo sistema filantrópico, basados en las carencias enfrentadas por los primeros colonos, las cuales los obligan a organizarse para proveerse de los servicios básicos para la vida en comunidad. Las iglesias y las asociaciones de ayuda mutua se convierten en la principal vía para canalizar los recursos obtenidos colectivamente en procura de promover el bienestar público. Ya desde la época de Benjamín Franklin, se exalta que el fin de la filantropía consiste en ofrecer las oportunidades necesarias para que las personas logren ayudarse a sí mismas; este es un propósito central en el discurso de la FR. Sin embargo, es hasta principios del siglo XX que la filantropía empieza a develarse como una vía para resolver problemas sociales, principalmente a través de la promoción de la investigación científica, con la cual se espera generar un efecto “civilizador” en cadena.¹⁹

¹⁷ Roa Véliz, Omar, “La Comisión Rockefeller y la malaria en Maracay entre 1927 Y1930,” *Humánitas. Portal Temático en Humanidades*, http://www.revele.com.ve/pdf/ensayos_historicos/vol1-n1/pag197.pdf.

¹⁸ *Diccionario de la Real Academia Española*, <http://www.rae.es/>.

¹⁹ The Council of Foundations, “An Abbreviated History of the Philanthropic Tradition in the United States,” <http://www.cof.org/Content/General/Display.cfm?contentID=60>

Obviamente como científicos sociales es nuestro deber asumir una posición crítica ante tanto despliegue de altruismo. En términos reales donar no es más que un negocio en Estados Unidos, y eso queda muy bien ejemplificado en los evasivos orígenes de la FR, a los que ya hemos hecho referencia en la primera parte de este trabajo.

En ese sentido, los fines de la FR no pueden catalogarse como eminentemente altruistas, ya que el elemento político-económico siempre está presente en sus intervenciones. Aparte de las circunstancias que rodean los orígenes de la FR, también debe considerarse que la expansión mundial de la FR coincide con el acelerado proceso de desarrollo que empieza a experimentar Estados Unidos desde finales del siglo XIX, lo que introduce importantes transformaciones en la lógica de expansión del capital, la cual demanda una política exterior más agresiva. Algunos autores, como Omar Roa Véliz, explican ese expansionismo fundamentados en la Doctrina Monroe, en el contexto de la cual los norteamericanos diseñan: “*una política de respaldo al saneamiento de las naciones receptoras de capital norteamericano.*”²⁰ En consecuencia, cada intervención sanitaria, materializada en ayuda técnica y financiera, esconde una dualidad de intereses: los altruistas y también los económicos y políticos, por ejemplo, el saneamiento ambiental facilita nuevas inversiones externas.

2-. El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921

El primer informe emitido por la FR, que cubre la labor de los años 1913 y 1914, es bastante escueto en la parte atinente a América Central. Para justificar la presencia en la región se indica que la FR ha respondido favorablemente a las invitaciones (*invitations*) cursadas por los gobiernos de Panamá, Nicaragua, Costa Rica y Guatemala.²¹ En realidad, más que fruto de una invitación cada incursión es precedida por una serie de negociaciones con diversos actores locales, donde toman la iniciativa de cursar la invitación aquellos grupos o personajes que entreven una amplia gama de beneficios. Según nos cuenta Ligia Peña, por ejemplo, Marcos E. Velásquez, Encargado de la Legación de Nicaragua en Panamá, exaltaba ante su gobierno los beneficios

²⁰ Roa Véliz, Omar, “La Comisión Rockefeller y la malaria en Maracay entre 1927 Y1930,” *Humánitas. Portal Temático en Humanidades*, http://www.revele.com.ve/pdf/ensayos_historicos/vol1-n1/pag197.pdf.

²¹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1913-14*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 14.

materiales que se obtendrían de la relación con la FR, principalmente un mayor rendimiento de los trabajadores agrícolas.²²

Continúa el primer informe de la FR justificando el corto trecho recorrido durante los primeros meses de gestión, dada la labor que nosotros denominamos como protocolaria: “*preliminary conferences, surveys and the work of organization*”²³ De esas reuniones preliminares, que son vitales para granjearse adeptos y colaboradores locales, da cuenta el trabajo de Steven Palmer cuando se refiere a la reunión celebrada en 1915 entre Louis Schapiro, representante de la FR, y “*los más altos funcionarios del gobierno de Costa Rica*”,²⁴

Para 1915 el informe anual de la FR es mucho más elaborado. Se reporta la existencia de oficinas en Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Panamá orientadas al alivio (*relief*) y control de la anquilostomiasis. Igualmente, se anuncia que se ha destinado presupuesto para la apertura de una oficina en El Salvador, así como para la realización de una inspección en Belice (British Honduras) para determinar la pertinencia de una intervención sanitaria.²⁵

Los tres principales frentes en los que incursiona la FR, no sólo en América Central sino en el resto de América Latina, son la lucha contra la típica tríada conformada por la anquilostomiasis, la malaria y la fiebre amarilla, enfermedades que inicialmente se espera erradicar con intervenciones cortas. En el primer frente se obtienen grandes avances, aunque la anquilostomiasis no ha desaparecido como problema de salud pública;²⁶ en el segundo los avances son modestos debido a la imposibilidad de acabar

²² Peña, Ligia María, “Un encuentro con la Fundación Rockefeller desde Nicaragua, 1915-1930” Ponencia presentada al VI Congreso Centroamericano de Historia, Panamá, 2002, p. 3.

²³ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1913-14*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 14.

²⁴ Palmer, Steven, “Salud imperial y educación popular. La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una perspectiva centroamericana (1914-1921)” En: Molina, Iván y Palmer, Steven, *Educando a Costa Rica. Alfabetización popular, formación docente y género (1880-1950)*, San José: EUNED, 2003, p. 201.

²⁵ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 11 y 43-44.

²⁶ La anquilostomiasis es un problema que se mantiene vigente, de ahí que el informe sobre las enfermedades transmisibles, emitido por la Organización Mundial de la Salud en el 2001, empiece así: “*La esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo siguen siendo las enfermedades parasitarias de mayor prevalencia en el mundo. La extensión de los dos grupos de infecciones es invariablemente superior entre las poblaciones más pobres de los países menos adelantados, cuyas condiciones de vida favorecen la transmisión y que carecen de acceso a una atención adecuada o a medidas preventivas eficaces... La carga de morbilidad asociada a la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el*

con el vector; y en el tercero la lucha se cierra con el descubrimiento de una vacuna en 1937 por Max Theiler en Nueva York. En todo caso más que vacunas o insecticidas el método más seguro para enfrentar estas enfermedades es el mejoramiento integral de las condiciones sanitarias de vida, ya que los médicos y los salubristas sólo pueden ofrecer medidas de carácter paliativo.

El “triumfo” contra la fiebre amarilla deriva del gane de sucesivas campañas: el descubrimiento del vector (el mosquito Culex o Stegomyia posteriormente conocido como Aedes Aegypti)²⁷ transmisor del virus por el médico cubano Carlos J. Finlay Barres, hallazgo injustamente atribuido al médico militar estadounidense Walter Reed, quien lo divulga pero no lo descubre;²⁸ el saneamiento de la ciudad de La Habana a causa del hallazgo anterior y siguiendo una política anti-mosquito (colocación de mallas en las ventanas, eliminación de criaderos y fumigación) y de aislamiento de los enfermos; el saneamiento de la Zona del Canal de Panamá y de Guayaquil con base en la misma política; el descubrimiento de la vacuna en 1937.

Con respecto a la fiebre amarilla resulta interesante el discurso celebratorio que maneja la FR en 1915, a causa de los éxitos obtenidos por los militares estadounidenses en el saneamiento de La Habana y de la Zona del Canal: *“Under the inspiration of the success which has attended the efforts of the United States to eradicate yellow fever from Cuba and Panama, a work the indirect result of which has been to protect the southern United States and Central America from the danger of recurrent epidemics, the International Health Commission decided to study the feasibility of eradicating the disease from the remaining endemic foci.”*²⁹ Por supuesto que tan loable labor se pone en

suelo es enorme. Unos 2000 millones de personas están afectadas en todo el mundo, y de ellas 300 millones padecen alguna morbilidad asociada grave.” La anquilostomiasis es una helmintiasis provocada por anquilostoma. Organización Mundial de la Salud, *Enfermedades transmisibles. Lucha contra la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo. Informe de la Secretaría*, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa5410.pdf

²⁷ *“yellow fever is carried from one person to another by a female mosquito of the species known as Stegomyia... The female Stegomyia which bites a person who has yellow fever during the first three days of illness, can after twelve days and up to a limit of twenty days transmit the infection to a healthy individual, who will develop the fever within three to six days after infection”* The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 9-10.

²⁸ Robreño Díaz, Gustavo, “La huella de Finlay en el Canal de Panamá” *Universidad virtual de salud de Cuba*, <http://uvirtual.sld.cu/actualizacion/showarticle.php?id=44>

²⁹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 13.

Dirección web: <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm>

(página 127 de 149)

manos expertas, las del General William Crawford Gorgas, cirujano general del ejército de los Estados Unidos y miembro de la Comisión Internacional de Salud. Para el período que nos ocupa los esfuerzos de la FR se centran en la lucha contra la anquilostomiasis, aunque también se dan intervenciones para combatir la fiebre amarilla y la malaria.

Es importante determinar cómo avanza cada una de las intervenciones sanitarias en la región, las cuales analizamos a continuación, basándonos en los datos aportados por los informes anuales de la FR.

El primer contacto entre la FR y América Central es motivado por el deseo de erradicar una enfermedad endémica, crónica y debilitante científicamente conocida como anquilostomiasis.³⁰ El trasfondo de esta incursión de la FR en América Central es el éxito alcanzado por la FR en la lucha contra la anquilostomiasis en el Sur de Estados Unidos, lo cual da como resultado el surgimiento de la Junta Internacional de Salud (*International Health Board*), posteriormente denominada División Internacional de Salud (*International Health Division*). Esta rama internacional de la FR tiene varios propósitos, a saber:

- a-. Impedir la reinfección de las zonas donde ya se ha combatido la anquilostomiasis
- b-. Lograr la modernización de los países intervenidos
- c-. Propiciar el mejoramiento de las relaciones con esos países
- d-. Crear potenciales consumidores
- e-. Fomentar la prevención de las enfermedades
- f-. Salvaguardar el comercio internacional
- g-. Incrementar el rendimiento de los trabajadores en el agro

Ese primer acercamiento entre la FR y América Central requiere un plan de trabajo y una estructura previamente establecidos. Por lo mismo la FR asigna a cada país un equipo encargado de coordinar con las autoridades locales.

³⁰ La anquilostomiasis es una enfermedad parasitaria provocada en el ser humano por gusanos nematodos, el *Ancylostoma duodenale* y el *Necator americanus*. El primero es característico de América del Sur y la cuenca del Mediterráneo. El segundo aparece en América Central y del Sur; en África Occidental, Central y Oriental; y en el sudeste asiático, incluyendo islas del Pacífico y la India. En Asia ambos gusanos están presentes en el Sudeste y en el Pacífico.

Tabla 1
Directores a cargo de los programas en América Central

País	Director	Fecha nombramiento
Costa Rica	Dr. Louis Shapiro*	30/11/1914
Guatemala	Dr. W.H. Rowan	30/11/1914
Nicaragua	Dr. D.M. Molloy	30/11/1914
Panamá	Dr. W.T. Bures**	15/01/1916
El Salvador	Dr. C.A. Bailey***	15/05/1916

*Sucedió al Dr. Henry Carter

**Sucedió al Dr. L.W. Hackett

***Sucedió al Dr. W.H. Rowan

Fuentes:

-The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf pp. 159, 168, 177.

- The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf pp. 200 y 208.

-The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report 1917*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf pp. 73-74.

Cada director de proyecto, aparte de que debe granjearse el apoyo de las autoridades locales, cuenta con un pequeño grupo de apoyo conformado por un subdirector, un oficinista, directores de campo, microscopistas y asistentes técnicos temporales. La sede del equipo se ubica en las ciudades capitales de cada país. Internamente es el Departamento de Anquilostomiasis o Uncinariasis, adscrito a una dependencia oficial en particular,³¹ el encargado de servir de soporte a la FR, mediante la movilización de médicos y autoridades locales con el propósito de facilitar los exámenes, los tratamientos y, principalmente, el mejoramiento sanitario.

a-. Examinación y tratamiento

Aquí es fundamental captar la colaboración de las fuerzas vivas de la comunidad que se desea intervenir, principalmente de las autoridades locales y de ciertos grupos económicos que puedan derivar algún beneficio de la intervención sanitaria, como por ejemplo los cafetaleros guatemaltecos.

³¹ El trabajo de la FR se monta sobre una estructura institucional previamente establecida: Ministerio de Policía en Costa Rica; Junta Nacional de Salud en Guatemala y en Nicaragua; para Panamá aún no le hemos determinar por un faltante en nuestras fotocopias.

Granjearse el apoyo de las autoridades es fundamental porque todo el proceso inicia con el levantamiento de un censo de población, el cual contempla tanto las calidades de las personas que viven bajo un mismo techo, como sus condiciones sanitarias (principalmente el acceso a letrinas).

La solicitud de apoyo a los cafetaleros guatemaltecos tiene su lógica: la anquilostomiasis es una enfermedad que disminuye el rendimiento de los trabajadores, no necesariamente los conduce a la tumba, pero sí los vuelve vulnerables al ataque de otras enfermedades, ya que es causa frecuente de anemia moderada o grave. La relación entre los bajos niveles de concentración de hemoglobina y la anquilostomiasis es clara para la FR, así por ejemplo en Costa Rica en tres años de estudios (1917-1919) se llega a descubrir que: “*The examinations before treatment showed an average hemoglobin of 64 per cent; those after treatment, of 76 per cent.*”³²

Cuando la infección está muy avanzada, también puede ser causa de ascitis: acumulación de líquido en el abdomen. En el caso de los niños la anquilostomiasis “*es causa indirecta de una mortalidad... alta, al incrementar su susceptibilidad a otras infecciones que se podrían tolerar*”³³

El sitio para administrar los tratamientos varía en el caso de Costa Rica las personas son atraídas hacia los lugares donde se instalan los laboratorios. En Guatemala, el trabajo se administra casa por casa, lo cual dificulta darle seguimiento a los casos para determinar las reinfecciones.

La cobertura geográfica de las intervenciones es variable, para 1915 la FR ha realizado exámenes en todas las provincias, mientras que en Guatemala apenas si ha podido cubrir la Costa Cuca. Durante el mismo año el trabajo en Nicaragua se ha concentrado en Chinandega, específicamente en la hacienda azucarera San Antonio, “*the largest sugar plantation in Central America*”³⁴ En Nicaragua, ante la imposibilidad de aliarse al gobierno, la FR se alía—como en Guatemala—con los intereses capitalistas.

³² The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 140.

³³ “Anquilostomiasis,” *Medline Plus*,
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000629.htm>

³⁴ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 178.

En el caso de la Panamá se establece como centro de operaciones el dispensario, dadas las dificultades para hacer una cobertura casa por casa, debido a los siguientes factores: “*the sparseness of the population, the difficulties of travel and communication, and the absence of large towns or estates.*”³⁵ Es por medio de charlas casa por casa que se intenta atraer esas poblaciones hasta el dispensario. No obstante, para 1915 el trabajo ha sido modesto porque se calcula que apenas se ha podido cubrir un 30% del área total del país y un 35% de la población.

En Costa Rica también se utiliza el dispensario como unidad base de tratamiento, para 1915 la FR reporta intervenciones en las siete provincias, aunque es notoria la tendencia a concentrar la actividad en el Valle Central (San José, Alajuela y Cartago). Para 1916 esa tendencia varía, ya que después de San José, la otra provincia que reporta un número considerable de exámenes es Guanacaste, donde sin embargo las condiciones climáticas impiden un trabajo más efectivo: “*To certain of these areas—among them Canas, Santa Cruz, and Liberia—it is proposed later to return, the unusually heavy rains during the summer having interfered with the work to such an extent that the operations in them could not be brought to a successful conclusion.*”³⁶ El dispensario además se utiliza en Nicaragua y en El Salvador.

El trabajo de examinación y tratamiento de la FR funciona de la siguiente manera: se analizan las muestras de heces de las personas en el laboratorio más cercano, en caso de que haya dudas sobre el diagnóstico, la muestra puede ser enviada hasta el laboratorio central, ubicado en las ciudades capitales, donde se realiza un nuevo estudio. Si el resultado es positivo, se ofrece al paciente el tratamiento, pero no todos los casos positivos acceden a tratarse. Los casos tratados luego son reexaminados, y si vuelven a dar positivo se repite el tratamiento, pero no siempre es posible reexaminar a los pacientes, por negligencia u oposición de los mismos.

Si bien la FR encuentra que cerca de dos de cada tres habitantes de zonas rurales están infectados con anquilostomas, existen profundas diferencias regionales, tal es el caso de Guatemala, donde la infección en la costa atlántica alcanza a un 37% de la

³⁵ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 182.

población, pero en la pacífica cubre al 88%. Igualmente en la escala micro, hay regiones donde la infección alcanza casi al 100% de la población, se citan a modo de ejemplo los casos de “*the district of Santiago, province of Veraguas, Panama, where 97 per cent of the people examined were found infected; and the districts of General and Osa in Costa Rica, where 94.9 per cent were found to be infected with hookworm and 100 per cent with one or another type of intestinal parasite.*”³⁷

En Panamá la ocupación norteamericana de la Zona del Canal marca una profunda diferenciación interna, la cual está determinada por la introducción de un moderno sistema de saneamiento en las ciudades de Panamá y Colón, de ahí que la prevalencia de la anquilostomiasis sea mínima en estas zonas, pero en el resto del país dicha parasitosis representa un serio problema de salud.³⁸

Para Belice la información es sumamente escueta, no obstante, resulta ser el territorio con la menor tasa de infección por anquilostomiasis: “*approximately 15,000 of the colony’s total population of 40,458 live in localities where the infection is so low as not to necessitate treatment.*”³⁹ El proceso de letrinización ha sido lo suficientemente exitoso en la mayoría de la colonia, quedando por fuera del mismo algunas pequeñas áreas habitadas por indígenas.

b-. Trabajo educativo

La labor de convencimiento de la gente, la inoculación de la idea de se puede estar enfermo y es mejor hacerse un examen de laboratorio, resulta vital para que las personas adquieran conciencia sobre qué es la anquilostomiasis, la necesidad del saneamiento ambiental (especialmente de la contaminación fecal), y la necesidad de tratarse. Esto demanda un trabajo educativo muy bien planificado, adaptado a las necesidades de cada lugar. Este trabajo educativo contempla las siguientes actividades:

- a-. Charlas apoyadas con cuadros demostrativos sobre la anquilostomiasis

³⁶ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p.174.

³⁷ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p.128

³⁸ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1920*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp.165-166.

³⁹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1921*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 171.

- b-. Demostraciones con el apoyo de microscopios
- d-. Confección y distribución de literatura preventiva
- e-. Proyección de películas sobre la anquilostomiasis
- f-. Artículos en la prensa

El nivel educativo del público es determinante para el tipo de campaña educativa a seguir. En el caso de Guatemala la campaña que se implementa es eminentemente gráfica, dado el ínfimo nivel educativo de la población, así como las barreras lingüísticas.

Costa Rica parece ser el único país donde se explotan todos los medios posibles para poder llegarle con el mensaje sanitario al público: escuelas, prensa, charlas, proyecciones, reuniones públicas, panfletos. Igualmente en este país ha sido muy importante el apoyo brindado por los médicos de pueblo, principalmente para preparar a los maestros, ya que estos últimos han sido piezas vitales en la campaña. Costa Rica es el país donde se produce y distribuye la mayor cantidad de material divulgativo.

Tabla 2
Producción de material divulgativo en Costa Rica, 1915-1916

Material	Unidades		Totales
	1915	1916	
Letters	3248	3248	6496
Leaflets	7186	75196	82382
Booklets	56172	18053	74225
Notices	21119	31716	52835
Unclassified	1608	14734	16342
Newspaper publicity	0	368	368
Totales	89333	143315	232648

Fuentes:

-The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf. p.166

-The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf. p.180

Tabla 3
Producción de material divulgativo en Panamá, 1915

Material	Unidades
Letters	320
Posters	824
Booklets	171
Leaflets	8270
Total	9585

Fuente: The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p.187

Una de las grandes dificultades para trabajar con las estadísticas recopiladas en los informes anuales emitidos por la FR, es su variabilidad, ya que se opera un proceso de depuración, a través del cual las cifras cambian año a año, lo cual es incluso reconocido por los mismos voceros de la FR que cada año ofrecen la misma explicación: cuando los informes se confeccionan aún no se ha terminado de recibir la información procedente de todas las áreas. La siguiente tabla, cuyo contenido reproducimos literalmente, da fe de lo confuso y fragmentario de estas estadísticas. Estas inconsistencias se depuran fácilmente al consultar los informes anuales emitidos por los representantes de la FR en la región.

Tabla 4
Producción de material divulgativo en Panamá, 1916

Class of literature	Up tp December 31, 1916	During 1916	Prior to 1916
Letters	460	126	334
Posters	1807	398	1409
Booklets	1019	772	247
Leaflets	16882	7162	9720
Total	20168	8458	11710

Fuente: The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 206

Tabla 5
Producción de material divulgativo en Guatemala, 1915

Material	Unidades
Hookworm edition of daily paper	600
Large bulletin on hookworm disease	1824
Small bulletin on hookworm disease	3800
Letters mailed	900
Total	7124

Fuente: The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p 173

Tabla 6
Producción de material divulgativo en Nicaragua, 1915

Material	Unidades
Pamphlets	32750
Posters	8504
Notices and dodgers	6500
Total	47754

Fuente: The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p.180

Tabla 7
Producción de material divulgativo en El Salvador, 1916

Material	Unidades
Letters	100
Leaflets	4760
Bill posters	105
Notices	45
Total	5010

Fuente: The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p.215

El material impreso es importante para concientizar al público que lo recibe, como para preparar a los colaboradores locales (maestros, policías, médicos, sacerdotes) que han de tratar de convencer a ese público sobre la importancia de examinar sus excretas. Los volantes y los panfletos son necesarios para mantener a la gente informada sobre el método a seguir para tratar la enfermedad y construir las letrinas. Es interesante el apoyo que brinda la Iglesia católica, el cual se menciona para Costa Rica y se exalta para

Nicaragua: “the parish priests usually aid the work by advising the people to cooperate, and local physicians sometimes lend their support by speaking at the public meetings.”⁴⁰

Las charlas constituyen otro medio fundamental para captar la atención del público y convencerle de que su salud puede estar en peligro, y como se puede convivir con anquilostomas en el cuerpo, sin que se presenten las típicas manifestaciones de esta infección parasitaria (tos, fiebre, náuseas, diarrea, etc.) es necesario apelar a los exámenes de laboratorio para corroborar la existencia de la infección. Esto tiene una explicación lógica: la enfermedad se presenta solamente en individuos con cargas parasitarias altas.⁴¹

Tabla 8
Charlas contra la anquilostomiasis por tipo y país, 1915

País	Public		School		Special*	
	Número	Audiencia	Número	Audiencia	Número	Audiencia
Costa Rica	100	12069	355	12220	7577	77776
Guatemala	449	22000	18	300	5523	24000
Panamá	49	3104	117	3311	5027	16220
Totales	598	37173	490	15831	18127	117996

*Special: house to house talk.

Fuente: The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf. pp. 165, 173 y 187.

Es obvio que en una población con ínfimas tasas de alfabetización y con una cobertura escolar deficitaria, como es el caso de Guatemala, la labor en las charlas impartidas en escuelas sea casi nula; empero, en un país con una realidad diametralmente opuesta, como es el caso de Costa Rica, la escuela se constituye en un importante recinto para predicar, porque el mensaje que en ella se ofrece no queda encerrado entre sus paredes, sino que por la vía del educando trasciende hasta su familia y la comunidad. Incluso para 1916 se reporta que en los programas curriculares de las escuelas, los colegios y la Escuela Normal se ha introducido un curso sobre ciencia sanitaria e higiene

⁴⁰ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p.197.

⁴¹ Ocampo Gómez, Guadalupe; Salgado Cuevas, Rocío; Bobadilla, Juan Ramón, “La omnipresencia de las helmintiasis,” *Salud pública de México*, 34 (3) mayo-junio, 1992: <http://www.insp.mx/salud/34/343-15s.html>.

(*sanitary science and hygiene*), incluso una vez al mes los padres son invitados a asistir a las charlas que se imparten en el curso.⁴²

Por lo dicho, sería lógico suponer que en Guatemala la charla pública es el principal mecanismo de difusión, pero el medio que se lleva todas las palmas es la visita casa por casa, al igual que en Panamá. En este último país es la dispersión de la población, lo que justifica dicho medio. Pero en el caso de Costa Rica nos resulta muy llamativo que sea la visita a la casa la que se lleva el primerísimo lugar, a pesar de la importancia que cobran las charlas en las escuelas que prácticamente empatan con las charlas públicas. Hacemos la observación porque el contacto personal es plenamente justificable en un país como Guatemala, donde “*The absolute illiteracy of these people has made it necessary to depend upon individual instruction and to teach them so far as possible by means of pictures.*”⁴³ Por lo mismo, “*the lantern slides and charts accompanying the lecture always interest the natives, even though they may not understand the language used by the speaker.*”⁴⁴

En Nicaragua se resalta el aporte de la prensa escrita a la concientización y educación de la población, ya que la prensa se constituye en una vía para distribuir las hojas preparadas y financiadas por el gobierno, aparte de que “*in each case the newspaper has commented editorially on the importance of the supplement.*”⁴⁵

Los contrastes en este trabajo educativo dependen en buena medida del nivel educativo y del grado de integración cultural de cada país, porque la anquilostomiasis es una enfermedad propia de situaciones de pobreza, analfabetismo e insuficiente saneamiento ambiental, donde quienes no la padecen tienden a estigmatizar a los enfermos. A falta de una clara política estatal destinada a corregir todos estos problemas es muy difícil que la FR coseche grandes logros, porque la anquilostomiasis no es sólo un problema sanitario, sino que también es un problema social y como tal requiere de

⁴² The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 181-182.

⁴³ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 172.

⁴⁴ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 190.

⁴⁵ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 198.

soluciones integrales, las cuales no se pueden dar a falta de voluntad política. Estas implican acabar con inequidades tales como las señaladas para Nicaragua en 1916, donde los pobres defecan en el suelo, las “clases medias” en letrinas o bacinillas, y los “ricos” en cómodos retretes.⁴⁶

En el caso de Guatemala, Nicaragua, Honduras y El Salvador es evidente que no existe la voluntad política de enfrentar la anquilostomiasis, pero en Costa Rica y Panamá esa lucha se convierte en un importante acicate para el desarrollo de otras actividades de atención primaria.

c-. Mejoramiento sanitario

¿Cómo se contrae y manifiesta la anquilostomiasis? Según el Virginia Hospital Center, la anquilostomiasis que es una enfermedad propia de las regiones tropicales y subtropicales, se contrae cuando una “*larva (forma inmadura del gusano) penetra a través de la piel y aparece una erupción pruriginosa llamada sarna anquilostomíaca. Luego pasa por el torrente sanguíneo a los pulmones, penetra por las vías respiratorias, llega a los bronquios y produce tos. Finalmente, después de subir por los bronquios, la persona deglute las larvas, las cuales infestan el intestino delgado, se convierten en gusanos adultos y luego son excretados en las heces.*”⁴⁷ De ahí la necesidad de construir letrinas y calzar a la población, aunque en el período en estudio se da prioridad a la primera solución. El uso generalizado de zapatos, en el caso específico de la ciudad de Panamá, se relaciona con las bajas tasas de infección por anquilostomiasis.⁴⁸

Un factor fundamental en la transmisión de la anquilostomiasis es el contacto de la piel, principalmente de los pies descalzos, con la tierra contaminada con heces procedentes de personas infectadas, de ahí el interés de la FR por cambiar las prácticas culturales de las personas, tratando de negociar los mecanismos coercitivos necesarios con las autoridades respectivas, a fin de que en cada casa o sitio donde se aglomeraran personas (haciendas, escuelas) se construyeran letrinas.

⁴⁶ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 198-199.

⁴⁷ “Anquilostomiasis,” *Virginia Hospital Center*, http://66.151.110.72/content/adam_8598_SP_ENC_Y_000629.asp

⁴⁸ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 204.

El programa tiene mucha lógica, lo prioritario es acabar con el principal vehículo difusor de la parasitosis, y así evitar la re-infección de las personas ya tratadas con fármacos vermífugos que favorecen la expulsión de los helmintos. Sin embargo, esa lógica choca estrepitosamente con la realidad socio-económica de los países de la región: las condiciones materiales de la mayoría de la población no permiten asumir los costos de la construcción de letrinas. Aparte de esto debe considerarse el factor cultural, como se ha demostrado para el caso venezolano: *“Una persona acostumbrada a defecar detrás de la casa, a orillas de una quebrada, detrás de los matorrales, debajo de una mata de mango, etc.; era muy difícil que de la noche a la mañana se metiera en una letrina a cumplir con sus necesidades; que las personas cambiaran esa costumbre era en realidad un proceso largo y laborioso”*⁴⁹

De esa realidad cultural dan cuenta los informes de la FR y curiosamente en referencia al país donde menos dificultades han enfrentado para desarrollar su programa, Costa Rica: *“Even under the most favorable conditions, however, it is a show and difficult task to change the confirmed habits of thousands of people and to bring them to a point where latrines will be built and used.”*⁵⁰ Mucho más explícito es el informe de 1918 al referirse a la realidad cultural de Guatemala: *“The Indian laborers are not accustomed to the sitting posture and are inclined to revert to their primitive habit of fouling the ground”*⁵¹

Los informes de la FR también dan cuenta de la negligencia, pero no de la población en general, sino de aquellos que están en capacidad de construir las letrinas, pero se niegan bajo burdos razonamientos. En Guatemala, por ejemplo, se reporta la siguiente situación: *“One administrator to whom a plan was presented of a cheap but adequate latrine gave as his reason for rejecting it that he wished to erect forty of the best latrines in the country. This attitude is typical of the estate owners as a whole.”*⁵²

⁴⁹ Ochoa Molina, Rigel, “La campaña proletrinas y su alcance sanitario durante la Venezuela gomecista,” *HUMANITAS. Portal Temático en Humanidades*, http://revele.com.ve/pdf/ensayos_historicos/vol1-n1/pag123.pdf.

⁵⁰ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 166.

⁵¹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 181.

⁵² The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1915*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 175.

Si nos dejamos llevar por lo afirmado por Palmer y lo aparecido en los informes de la FR, el programa de letrización en la región lanza resultados bastante modestos. En Costa Rica, donde según Palmer se cosechan los mayores éxitos, hacia 1915 la política tendente a “convencer” a las personas sobre la necesidad de construir letrinas apenas favorece la construcción de 1256 de uso doméstico. Para el mismo año la FR, tal como ha demostrado Palmer, logra la aprobación de una ley que, en teoría, obliga a la construcción de una letrina en cada casa de habitación, pero en la práctica, según admite la misma FR: “*In centers of population such as the canton capitals, it is possible, by invoking the aid of the authorities, to have latrines installed and used; but in the rural districts a large staff of inspectors would be required to secure this result.*”⁵³ Bajo tales circunstancias, no resulta extraño que para 1916 sólo se logre construir 1234 letrinas.

En Guatemala, donde la campaña se concentra en las haciendas cafetaleras, se logra construir en 1915 apenas 1048 letrinas para suplir las necesidades de 12576 personas aglomeradas en las barracas para trabajadores, siendo la media de una letrina por cada 12 personas. Esta última cifra pone en tela de juicio el uso efectivo de tales cabañas sanitarias. Para el mismo año, la FR apenas reporta el estado de letrización en Corinto, el cual es bastante modesto, ya que sólo el 49.1% de las casas censadas cuentan con algún tipo de letrina, pero no siempre construidas bajo las normas idóneas, por estar expuestas a las moscas o porque su superficialidad contamina el suelo. Para 1916 el informe de la FR indica que se ha logrado que el gobierno obligue a la construcción de letrinas en sitios públicos y privados, el avance es muy modesto en un país tan populoso: se han construido 1646 letrinas para atender teóricamente las necesidades de 35260 personas, empero, la mayoría están al servicio sólo de los propietarios de las fincas y sus administradores.⁵⁴

El proceso de letrización también avanza a paso lento en Panamá, situación que es atribuida por los voceros de la FR a la combinación de tres factores, donde el más interesante—desde nuestro punto de vista—resulta ser el tercero:

⁵³ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 181.

⁵⁴ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 191-192.

a-. La falta de apoyo gubernamental por medio de la emisión de leyes que obliguen a la construcción de letrinas

b-. La falta de cooperación de las personas

c-. La oposición de algunos médicos debido a que las letrinas construidas en el pasado habían sido una verdadera amenaza pública,⁵⁵ al convertirse en supuestos criaderos de mosquitos transmisores de enfermedades. Este es un típico problema de ingeniería sanitaria originado por sistemas deficientes de construcción

Las condiciones topográficas de Panamá favorecen que en la época lluviosa las letrinas se inundan. Para 1919, no obstante, los funcionarios de la FR se muestran mucho más optimistas, gracias a la aprobación de una ley que obliga a la construcción de letrinas en los hogares panameños, así como a la aprobación de leyes similares en El Salvador y Nicaragua.

La FR establece una relación directa entre la letrinización y la disminución de las tasas de infección por anquilostomiasis: “*All showed rates of reinfection corresponding inversely with the proportion of rural homes provided with adequate and regularly used latrines.*”⁵⁶ Sin embargo, al analizar las cifras aportadas por la misma FR, tal relación no parece ser tan directa, en otras palabras existen otros factores, no detectados por la FR, que contribuyen a esa reducción. Esto lo ejemplificamos con la contrastación de los siguientes casos: para 1918 Nandasmo, pueblo nicaragüense, reporta una tasa de reinfección de 65%, pero en dicho lugar “*every home had been provided with an approved latrine during the progress of the curative campaign.*” Ese mismo año la tasa de reinfección en Aquiares, pueblo costarricense, alcanza el 4%, no obstante, apenas la mitad de las casas cuenta con letrinas.⁵⁷ Con todo, Aquiares presenta una de las tasas más altas de reinfección en Costa Rica, país que en su conjunto muestra las tasas más bajas con respecto a los otros países de la región.

Muy posiblemente la explicación de esos contrastes esté fuertemente relacionada con el desarrollo de los sistemas educativos, tan importantes para Palmer en su la obra.

⁵⁵ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 206-207.

⁵⁶ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 101-102.

⁵⁷ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 154.

De ahí que en 1918 los voceros de la FR, luego de lamentarse de la lentitud en la letrización de El Salvador y Panamá, consideren como muy positiva la promesa realizada por este gobierno de destinar \$4000 en 1919 para la letrización de las escuelas, ya que tal acción contribuye a la educación y concientización de las futuras generaciones.⁵⁸

¿Cuáles son las características de una letrina ideal? En realidad no existe un tipo de letrina ideal, sino diversos modelos recomendados por la FR con base en las necesidades de cada lugar, los cuales deben cumplir al menos con tres normas:

- a-. Deben estar cubiertos para evitar la entrada de moscas
- b-. No deben contaminar la superficie del suelo
- c-. No deben contaminar las fuentes de agua

A continuación se resumen los tipos de letrina recomendados y sus respectivas características:

Earth pit: hoyo en suelo. Letrina sencilla y barata. Recomendada para zonas no populosas y con fuentes de agua no cercanas. El problema es que al ser la más barata es la más utilizada, lo cual la convierte en una fuente contaminante del agua. Es de fabricación casera

Concrete vault: cámara de concreto. Recomendada para cualquier zona. Se construyen dos cámaras cuyo uso se alterna. Cuando una cámara se llena se cierra, y *“during the period of disuse, the excrement in the first compartment diminishes in volume and becomes comparatively inoffensive to handle, especially if a little dry earth or, preferably, lime has been added each time the latrine is used experiments are now under way to determine whether this residue would be safe and valuable as a fertilizer.”*⁵⁹

Pail: cubo. Consiste en la construcción de cubos de madera para recoger las excretas. Sistema recomendado para comunidades muy bien organizadas, ya que los cubos cargados de excretas deben ser sustituidos periódicamente y su contenido debe ser enterrado, quemado o colocado en tanques cerrados de concreto.

⁵⁸ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 181.

⁵⁹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 204.

Septic tank: tanque séptico. Es un medio bastante seguro para deshacerse de los desechos humanos, porque el proceso de sedimentación aunado a la intervención de las bacterias convierte la materia fecal en lodo inofensivo. No obstante, es un sistema caro y útil sólo donde hay suficiente disponibilidad de agua.

Chemical: letrina química. Consiste en un tanque de hierro al que se le añaden algunas sustancias corrosivas y que permite almacenar las excretas. Una vez lleno el tanque su contenido debe ser vaciado en un sistema de cloaca subterránea o bien transportado al lugar adecuado para depositarlo. Es un sistema caro.

Incineration plants: plantas de incineración. Consiste en la construcción de un contenedor cerrado donde se depositan las excretas y una vez que se llena, se incinera su contenido. Recomendado para lugares donde las condiciones topográficas o materiales no permiten la construcción de otro sistema.

Sewerage: alcantarillado. Es el medio ideal para canalizar las excretas por su higiene, pero sólo es funcional donde hay grandes concentraciones humanas, debido a su elevado costo.

A pesar de que no se deja de reconocer que los mayores logros en la lucha contra la anquilostomiasis se han cosechado en Costa Rica, y que América Central cuenta con recursos limitados, para 1920 se afirma que las expectativas iniciales sobre el saneamiento general se han superado. Como sustento para esta afirmación se señala la creación de oficinas encargadas de afrontar los problemas de salud pública, así como la emisión de alguna legislación. Aunque sólo en Costa Rica se ha coronado con éxito rotundo la primera etapa de la intervención: *“the country has been systematically covered; Government has steadily increased its support and has created a national department of health with a special division for the control of hookworm disease.”*⁶⁰ El 28 de mayo de 1921 la FR hace entrega oficial del programa contra la anquilostomiasis al gobierno de Costa Rica.⁶¹ No obstante, tan notorios éxitos recogidos por las fuentes oficiales de la FR, resultan ser solamente la versión oficial para justificar la fuerte inversión realizada en el área, ya que pronto serán cuestionados en la correspondencia de

⁶⁰ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1920*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 120.

carácter “confidencial” intercambiada entre los directores de los programas en la región y las autoridades de la FR emplazadas en New York, más esta discusión será tema para otro trabajo.

La decisión de retirarse de Costa Rica es reflejo fiel del slogan “*Socio, pero no patrón*”, en el sentido de que las intervenciones de la FR siguen una lógica en materia de inversiones o patrocinio: al principio la FR asume la mayoría de los costos, no obstante, año a año va involucrando más a los gobiernos locales, hasta que son estos asumen los programas. Esto es lo que Reverte Coma denominada “*cortar las cuerdas una vez que se concede la subvención.*”⁶²

Por las mismas fechas el trabajo en Nicaragua apenas entra en una segunda etapa: se pasa de la fase curativa a la preventiva, para ello se procura dotar de letrinas a la mayor cantidad de casas en las zonas intervenidas. En Panamá también se ha entrado en otra fase, muy interesante porque el saneamiento va a preceder al tratamiento, es decir, primero se construirán las letrinas y luego se tratará a la gente. En el caso panameño es el paternalismo impuesto por las autoridades de la Zona del Canal, el principal motivo que ha retrasado el desarrollo de la iniciativa local, pero hacia 1921 empieza a vislumbrarse una mayor participación estatal en la lucha contra la anquilostomiasis.⁶³ La FR continúa apoyando el programa por medio del otorgamiento de becas de estudio.

Las campañas contra la anquilostomiasis constituyen apenas el primer asalto de la guerra contra las enfermedades tropicales emprendida por la FR en América Central. El segundo asalto está dado por la lucha contra la fiebre amarilla, la cual tiene su asiento original en Panamá en función de la construcción del canal interoceánico. La erradicación de la enfermedad en la Zona del Canal lograda en 1905, da las ínfulas necesarias para emprender proyectos más ambiciosos, es así como en 1911 William Crawford Gorgas, Jefe de Sanidad de la Zona del Canal, propone una campaña para erradicar la fiebre amarilla en las Américas, y cuatro años después la FR propone eliminar el mal de la faz

⁶¹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1921*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 133.

⁶² Reverte Coma, José Manuel, “La Fundación Rockefeller y la salud pública mundial” <http://www.ucm.es/info/museoafc/loscriminales/instituciones/rockefeller.html>

del planeta,⁶⁴ contando para ello con los servicios y la experiencia de Gorgas,⁶⁵ quien luego de su jubilación en 1918 pasa a trabajar tiempo completo con la FR.

En junio de 1918 una epidemia de fiebre amarilla procedente de Tapachula, México, asola 17 comunidades de la costa occidental de Guatemala por lo que la FR decide intervenir en julio, con un fin más utilitario que humanitario: “*In view of the large concentrations of United States troops near Southern ports, the existence of an uncontrolled epidemic so near the border was regarded by the Surgeon General of the Army and by the United States Public Health Service as a menace calling for energetic measures.*”⁶⁶ Esta intervención es independiente de la que se venía realizando para combatir la anquilostomiasis. En dos meses se controla la epidemia gracias al uso de la cuarentena, la fumigación y el control de los criaderos del mosquito. El éxito es aquilatado por la FR, ya que le abre la puerta para emprender intervenciones similares en la región: “*The outcome was especially gratifying and encouraging in that it demonstrated that yellow fever could be controlled with the personnel and facilities available in Central American countries, and at a cost well within their financial ability.*”⁶⁷

En 1919 la fiebre amarilla aparece en Honduras, El Salvador y Nicaragua despachando la FR un grupo de expertos, encabezado por Gorgas, para hacer frente al problema. En esos tres países la epidemia logra controlarse en pocos meses: “*in the course of a few months the disease was confined to a small number of sporadic cases in Salvador.*”⁶⁸ Además, los gobiernos asumen la responsabilidad de mantener el saneamiento de sus puertos, inspeccionar los barcos, y aplicar la cuarentena a los navíos procedentes de lugares infectados. Finalmente, a raíz de esta nueva intervención la FR

⁶³ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1921*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 133.

⁶⁴ Cuadros, Ciro A. de. “Un siglo de vacunas e inmunización en las Américas,” En: Organización Panamericana de la Salud, *Vacunas: prevención de enfermedades y protección de la salud*, Washington: OPS, 2004, p. 16.

⁶⁵ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1917*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, pp. 40-41.

⁶⁶ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 35.

⁶⁷ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 87.

afianza su mediación en el control sanitario de la región, ya que “*permanent local yellow fever boards have been organized in all these countries, as well in Guatemala, and protective anti-mosquito measures are being continued under the supervision of commissions on which the International Health Board has representatives.*”⁶⁹

Con todo en 1920 aparecen brotes de fiebre amarilla en Guatemala, El Salvador y Nicaragua, lo cual obliga a redoblar la vigilancia y a experimentar con nuevos métodos de control, como los peces larvicidas para depósitos de agua, los que son introducidos en Guatemala para controlar la reproducción de los mosquitos transmisores de la enfermedad. Para 1921 esos peces larvicidas se introducen con éxito en El Salvador y Nicaragua.

En la lucha mundial contra la fiebre amarilla, América Central, específicamente Belice, colabora con los experimentos de laboratorio. 12 pacientes son tratados con la vacuna de Noguchi, todo un fiasco en el tratamiento de la fiebre amarilla.

La lucha contra la malaria constituye el tercer asalto librado por la FR en la región y se concentra en la implementación de medidas anti-mosquito. En el caso de Nicaragua esas medidas se ciñen a la introducción de peces larvicidas y drenado del suelo. En este país lo que se hace es un estudio exploratorio en 1921 en La Puebla (Rivas), determinándose que la tasa de infección alcanza el 90%. Los resultados son aceptables, se logra controlar la reproducción de los mosquitos tanto en receptáculos naturales como artificiales de agua.

⁶⁸ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 91.

⁶⁹ The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf, p. 234.

Tabla 9
Inversión de la Fundación Rockefeller en la lucha contra la malaria en
Nicaragua, 1920-1925

Año	Monto \$
1920	425,66
1921	6662,51
1922	8091,00
1923	13701,47
1924	6415,05
1925	7335,47
Total	42511,58

Fuentes:

- The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1925*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf. pp. 300-301.
- The Rockefeller Foundation. *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1927*. New York, USA: The Rockefeller Foundation, sf. pp. 206-207.

La medicalización de esta tríada (anquilostomiasis, fiebre amarilla y malaria) favorece el proceso de profesionalización de la medicina en estos países, gracias a la creación de un discurso mediatizado por el miedo. En el futuro es importante determinar si se está en presencia de un problema sanitario real, o acaso de una emergencia artificial apadrinada por un grupo de médicos locales amparados por la FR.

3-. A modo de cierre

Con este trabajo consideramos que hemos avanzado un paso más en la exploración del lento proceso de implantación de la medicina preventiva en la región, por medio de un complejo juego de alianzas entre la FR y las autoridades políticas, los sectores populares, los médicos, los empresarios, etc. El trasfondo inicial de ese proceso es la lucha contra la anquilostomiasis emprendida por la FR a principios de la década de 1910 en América Central destinada, entre otros fines, a promover la sanidad pública y la medicina científica.

Si bien la fuente primaria empleada para este trabajo es la voz oficial de la FR, planeada para justificar las inversiones realizadas en el extranjero ante las autoridades estadounidenses, y para vender una imagen positiva a los gobernantes de los países que se esperaba intervenir, lo cierto es que tiene un enfoque relativamente equilibrado, ya que no impera la perspectiva celebratoria, sino que también se hace alusión a los obstáculos enfrentados, con el propósito de justificar el lento avance de algunos programas y de

promover una colaboración más estrecha por parte de los gobiernos locales con los personeros de la FR. No obstante, los entretelones de las dificultades quedan mucho mejor dibujados en la correspondencia cruzada entre los agentes regionales de la FR, los representantes de los gobiernos locales y las altas autoridades de la FR, discusión que retomaremos en una investigación mayor.

¿Qué es lo novedoso de esta investigación con respecto a los trabajos de Palmer y Peña? Con respecto al trabajo de Palmer, este es mucho más rico en evidencia, apartándose por lo mismo de las generalizaciones, ya que se ha procurado ofrecer los datos pertinentes para evaluar el desempeño de la FR en cada país de la región. A partir de ello se llega a la conclusión de que, si bien como lo demuestra Palmer la intervención en Costa Rica es exitosa, en los otros países de la región también se cosechan logros, solamente que estos se dan de una forma más tardía que en Costa Rica. Con respecto a Panamá, esperamos haber demostrado que la FR tuvo un interés real por intervenir, y que la política sanitaria no era competencia exclusiva de las autoridades de la Zona del Canal, al contrario se da un intercambio profundo y eficiente de información y funcionarios, sobre todo con la mira puesta en erradicar la fiebre amarilla.

En cuanto al trabajo de Peña, creemos que el nuestro, aunque también descriptivo, tiene la virtud de contextualizar regionalmente los eventos que se dan en Nicaragua.

En investigaciones futuras la confrontación de la principal fuente utilizada en este trabajo con las fuentes locales, nos permitirá determinar las características de la racionalidad instrumental de FR, es decir, el juego político que se esconde detrás de cada una de sus intervenciones, donde hay de por medio objetivos endógenos y exógenos, negociaciones, confrontaciones, éxitos, fracasos, entre otros. La FR no llega a imponer, aunque inicialmente ese es su objetivo, al contrario dadas las características de cada gobierno, debe implementar diferentes estrategias de negociación. En ese juego todos se benefician. Los gobiernos locales adquieren o pulen, dependiendo del caso, las herramientas para hacer frente de forma más efectiva a las enfermedades tropicales (fiebre amarilla, anquilostomiasis y malaria). Por su parte, la FR se beneficia a sí misma y al Departamento de Estado, con base en la política exterior diseñada por este último,

“basada en el principio de la prioridad de los intereses privados estadounidenses sobre cualquier consideración de carácter político.”⁷⁰

En este primer acercamiento se encuentran importantes antecedentes de los futuros sistemas de salud pública; se insinúan las dificultades de los Estados para enfrentar los intereses externos y para ejercer el dominio sobre su propio territorio; se sugiere también el proceso de centralización en la prestación de los servicios sanitarios, al restarle paulatinamente poder a las instituciones de beneficencia y a los gobiernos locales; y, finalmente, se vislumbran los momentos de emergencia sanitaria, reales o ficticios, porque recordemos que la iniciativa para combatir la tríada de enfermedades endémicas es fundamentalmente externa, aunque no podemos obviar que las emergencias sanitarias sacan a flote los puntos más vulnerables de los sistemas sanitarios vigentes. Todas estas insinuaciones se constituyen en materia de primera mano para confeccionar una futura agenda de investigación.

⁷⁰ Lozano, Martín, “Una dinastía paradigmática: el clan Rockefeller” El nuevo orden mundial. Génesis y desarrollo del capitalismo moderno. Alba Longa Editorial, 1996, <http://members.tripod.com/~AlbaLonga/index.htm#INDICE>

