

Universidad Autónoma de Barcelona.
Centro de Historia de la Ciencia (CEHIC)

Tesis depositada en diciembre de 2015 para la obtención del grado de doctor
Programa de Doctorado en Historia de la Ciencia

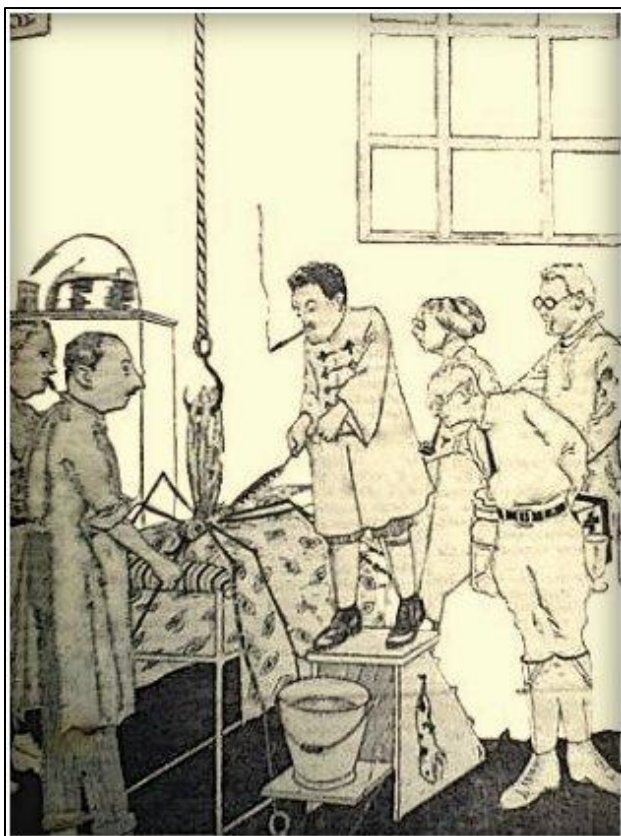
**Medicalización y política internacional en el Ecuador del siglo XX: El Instituto
Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”**

Tesis escrita por

Juan Carlos Aguas Ortiz

Tesis dirigida por

Jorge Molero Mesa y Carlos Tabernero Holgado.



AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo de investigación se ha realizado gracias a la ayuda de un sinnúmero de personas e instituciones. Es por eso que en primer lugar, quiero agradecer al pueblo ecuatoriano, a través de la Secretaria Nacional de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y especialmente al Sr. Dr. Rafael Correa Delgado. Por otra parte, al pueblo de Cataluña, a través de la Universidad Autónoma de Barcelona con énfasis a todos los profesores que han sido parte de mi formación académica durante el Máster Interuniversitario y el programa de Doctorado en Historia de la Ciencia. Un agradecimiento sincero al Dr. Jorge Molero Mesa y al Dr. Carlos Taberner Holgado. Gracias a ellos he podido entender y describir la forma en la que la medicalización y la política internacional fungieron como piedra angular para sostener el modelo económico del Ecuador en el siglo pasado. El resultado de ese proceso de aprendizaje guiado es este trabajo, el cual en gran medida, es fruto de sus valiosos conocimientos, de una decidida voluntad para sacrificar tiempo personal y familiar y de un incondicional y altruista sentido de fraternidad. También, quiero agradecer a las personas que hicieron posible el acceso a la información que sirvió para la realización de esta memoria. En forma general agradezco en Ecuador, al personal en el archivo del recientemente desaparecido Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”; a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Estatal de Guayaquil con especial deferencia al Sr. Dr. Manuel Palacios y al Sr. Dr. Ronald Alvarado; al Director del Centro de Estudios Históricos del Ejército Ecuatoriano, el Sr. Tcn. Cristobal Espinoza y al personal militar que labora en el Archivo Histórico de la Escuela Superior Militar Eloy Alfaro; al encargado del archivo en la Fundación Biblioteca Ecuatoriana Aurelio Espinosa Pólit; al Sr. Dr. Oswaldo Villa de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE; al encargado de la sección de documentos históricos en la Casa de la Cultura Ecuatoriana “Benjamín Carrión”; a la encargada de los documentos históricos en el Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”; al personal del Archivo de la Biblioteca Raúl Gómez Lince del Club de la Unión en Guayaquil; y a los servidores públicos del Ministerio de Cultura y Patrimonio tanto en Quito como en Guayaquil. En Estados Unidos agradezco profundamente a Johanna Paguay y a su distinguida familia. Gracias a su generosa ayuda dispuse de un espacio adecuado y de un ambiente familiar durante mi estancia en Nueva York. En esa ciudad agradezco, también, a los miembros del Rockefeller Archive Center y de forma especial al Sr. Dr. Tom Rosenbaum. De la misma manera, agradezco en Washington D.C., al personal que trabaja en los Archivos del Congreso de los Estados Unidos y de la National Library of Medicine en Bethesda. Finalmente, agradezco la camaradería de mis compañeros de armas, el apoyo de otros colegas investigadores, y el impulso fraternal de mis amigos y amigas leales en Ecuador y Barcelona. Para terminar agradezco profundamente a mis padres Alberto y Elcy; a mis hermanos: Alberto, Santiago y Cristina; a mis parientes políticos; y al abnegado apoyo moral y material de mi amada esposa, Mary, el cual junto al amor y aliento de mis hijos Vladimir y Carlita han sido durante estos años la fuente de mi fortaleza.

Resumen

En el siglo pasado, la familia Rockefeller influyó en el mundo entero a través de setenta y cinco diferentes instituciones en campos tales como el arte y su preservación (patrimonio cultural), el desarrollo económico, la medicina, la salud pública, la educación, las relaciones internacionales, los parques naturales y el medio ambiente (patrimonio natural), la religión, el bienestar social y la filantropía. En 1913, después la desintegración de la Standard Oil Company, John Davison Rockefeller Sr., John Davison Rockefeller Jr. y Frederick T. Gates crearon la Fundación Rockefeller. El propósito de la Fundación fue, desde el primer momento, financiar programas internacionales con la finalidad de aumentar la influencia de Estados Unidos en todo el mundo. Uno de los organismos que ayudó a canalizar su actuación fue la International Health Division (1913-1951). Esta institución elaboró e implementó programas que se desarrollaron de acuerdo a intereses estratégicos de Estados Unidos en los campos de la medicina, la salud pública, la educación y la filantropía en todo el mundo. Estudios recientes han demostrado que los programas que desarrolló la Fundación Rockefeller determinaron la situación socio-económica de muchos países a lo largo del siglo XX. Estos estudios sugieren que la “ayuda” de la Fundación, a través de la International Health Division, sirvió para que países considerados desarrollados accedieran a una medicina científica de alto nivel, mientras que en los países considerados pobres y/o atrasados la Fundación Rockefeller financió la ejecución de campañas sanitarias y la creación de organismos sanitarios locales para mantener economías agrarias útiles, una fuerza de trabajo saludable y puertos de carga de materias primas libres de enfermedades. Esta “ayuda” a estos países habría creado estructuras sanitarias orientadas específicamente al incremento del volumen de la producción y con ello a la recuperación del capital invertido a corto, medio y largo plazo. Empero, ese tipo de “ayuda” no habría servido para impulsar un programa de desarrollo independiente, soberano y de largo alcance que, basado en la investigación y el control de enfermedades, permitiera a estos países dejar atrás la frontera del subdesarrollo. En este contexto, el encuentro de la Fundación Rockefeller con el Estado ecuatoriano ocurrió entre 1916 y 1946. Durante ese periodo, en el marco de bien definidos intereses, la Fundación Rockefeller abordó la “erradicación” de la fiebre amarilla en el puerto de Guayaquil, que se convirtió en una prioridad de los Estados Unidos en relación a la expansión del comercio internacional; la creación de un laboratorio para la

investigación y control de enfermedades infecciosas esencial para los intereses estratégicos de Estados Unidos durante la II Guerra Mundial, fundamentalmente en relación con la monopolización de las exportaciones de materias primas ecuatorianas, estratégicas en la guerra; y la consolidación de ese mismo laboratorio en el contexto de la Guerra Fría, y de nuevo en relación con el abastecimiento fluido de materias primas estratégicas. La “ayuda” de la Fundación respondió también a los intereses de sus pares locales que, durante el período de entreguerras, se centraron en el aumento del rendimiento de la fuerza de trabajo y la expansión de mercados y áreas de producción. En conjunto, la “ayuda” de la Fundación Rockefeller actuó como una fuerza complementaria a las actividades de la Organización Panamericana de la Salud, el Institute of Inter-American Affairs, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). A este respecto, esta memoria contribuye a la comprensión histórica de los procesos de reconceptualización de la investigación científica en salud pública que tuvieron lugar en Ecuador a través de la actividad de organismos de asistencia internacional norteamericanos entre 1895 y 1965. En concreto, a través del estudio de la fundación y el establecimiento de un laboratorio central como pieza clave del desarrollo de las políticas de salud pública, se aportan argumentos y herramientas para entender el diseño y desarrollo de estas políticas en Ecuador en relación con las transformaciones conceptuales y metodológicas en el campo de la biomedicina en ese periodo; comprender el papel combinado de la Fundación Rockefeller, el gobierno de los Estados Unidos, y las organizaciones de asistencia internacional en el desarrollo de estas políticas; e identificar y caracterizar las transformaciones de las estrategias coloniales en el continente americano en el siglo XX, su relación con el diseño y la gestión de políticas de salud pública a nivel internacional, y sus intersecciones con dinámicas de inclusión y exclusión social

Summary

In the past century, the Rockefeller family influenced the entire world through seventy-five different institutions in fields such as art and its preservation (cultural heritage), economic development, medicine, public health, education, international relations, natural parks and environment (natural heritage), religion, social welfare and philanthropy. In 1913, after the disintegration of the Standard Oil Company, John Davison Rockefeller Sr., John Davison Rockefeller Jr. and Frederick T. Gates created the Rockefeller Foundation. The purpose of the Foundation was, from the start, to fund international programs with the aim of increasing the influence of the United States around the world. One of the organizations that helped to channel its work was the International Health Division (1913-1951). This institution developed and implemented programs that unfolded according to strategic interests of the United States in the fields of medicine, public health, education and philanthropy worldwide. Recent studies have shown that the programs developed by the Rockefeller Foundation determined the socio-economic situation of many countries in the 20th century. These studies suggest that the “aid” of the Rockefeller Foundation, through International Health Division, make available a high-level scientific medicine for countries deemed as developed, while in countries considered poor and/or underdeveloped the Rockefeller Foundation funded the implementation of health campaigns and the creation of local health agencies to keep useful agricultural economies, a healthy workforce and disease-free maritime ports for raw materials. This “aid” to these countries would have created health structures specifically aimed at the increase of the volume of production and thereby to the short-, medium- and long-term recovery of investments. However, such “aid” would not have served to promote an independent, sovereign and wide-ranging development program which, based upon the research and disease control, allowed those countries to overtake the boundary of underdevelopment. In this context, the encounter of the Rockefeller Foundation with the Ecuadorian state occurred between 1916 and 1946. During that period, and under well-defined interests, the Rockefeller Foundation addressed the “eradication” of the yellow fever in the port of Guayaquil, which became a priority for the United States in relation to the expansion of international trade; the creation of a laboratory for the research and control of infectious diseases, essential for the strategic interests of the United States during World War II, mainly in connection with the monopolization of Ecuadorian raw materials exports, strategic in the war; and the consolidation of that same laboratory in the context of the Cold War, again concerning with the

swift supply of strategic raw materials. The “aid” of the Foundation also responded to the interests of their local peers who, during the interwar period, focused on the increase of the workforce output and the expansion of markets and areas of production. In all, the “aid” of the Rockefeller Foundation acted as a complementary force to the works of the Pan American Health Organization, the Institute of Inter-American Affairs, the World Health Organization and the United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF). In this respect, this dissertation contributes to the historical understanding of the processes of re-conceptualization of scientific research in public health that took place in Ecuador through the activity of American international aid agencies between 1895 and 1965. Specifically, through the study of the foundation and establishment of a central laboratory as a key piece in the development of public health policies, we provide arguments and tools to understand the design and development of such policies in Ecuador in connection with the conceptual and methodological transformations that took place in the field of biomedicine in that period; to analyze the combined role of the Rockefeller Foundation, the US government, and international aid organizations in the development of these policies; and to identify and characterize the transformation of the colonial strategies in America in the 20th century, their relationship with the design and management of public health policies internationally, and their intersections with dynamics of social inclusion and exclusion.

LISTA DE ABREVIATURAS

CSE: Comisión Sanitaria Especial.

DGS: Dirección General de Sanidad.

FR: Fundación Rockefeller.

IBEC: International Basic Economy Corporation.

IHB: International Health Board.

IHC: International Health Commission.

IHD: International Health Division.

IAA: Institute of Inter-American Affairs.

INH-LIP: Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”.

OMS: Organización Mundial de la Salud OMS.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OSI: Oficina Sanitaria Internacional.

OSP: Oficina Sanitaria Panamericana.

PHMHS: Public Health and Marine Hospital Service

RAC: Rockefeller Archive Center.

RSC: Rockefeller Sanitary Commission.

RIMR: The Rockefeller Institute for Medical Research.

SNA: Servicio Nacional Antimalárico.

SNEM: Servicio Nacional de la Erradicación de la Malaria.

SSP: Servicio de Sanidad Pública.

UFCO: United Fruit Company.

UNICEF: United Nations International Children’s Emergency Fund.

USDA: United States Department of Agriculture.

YFCE: Yellow Fever Commission to Ecuador.

INDICE.

1. Introducción.....	11
2. “Las precondiciones”. Organismos de ayuda federal y privados y el Estado ecuatoriano (1895-1936).	35
2.1. La institucionalización de la salud pública en Ecuador, (1895-1916).....	43
2.2. El Servicio de Sanidad Pública hasta 1916.	51
2.3. La Fundación Rockefeller y los médicos de Guayaquil, (1917-1936).....	73
2.4. The Yellow Fever Commission to Ecuador ¿Virus o bacteria?	74
2.5. Michael E. Connor y la “Key Centre Theory”, ¿Control o erradicación?.....	86
2.6. Fin del primer ciclo de cooperación entre la Fundación Rockefeller y el Estado ecuatoriano. .	96
2.7. Los organismos de “ayuda” internacional y la estructura sanitaria del Estado ecuatoriano (1895-1936).	107
3. Origen y consolidación del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” (1937-1946).....	113
3.1. La Dirección General de Sanidad y la necesidad de un laboratorio para la salud pública en Ecuador (1937-1941).	114
3.2. Nuevo ciclo de Cooperación entre la Fundación Rockefeller y el Estado ecuatoriano (1941-1946).	120
3.3. El reporte Welch-Rose (1915).....	146
3.4. Etapa de transición y transferencia (1941-1946).....	153
4. El auge bananero, DDT, vacunas y antibióticos. (1948-1965).	167
5. Conclusiones.....	189
6. Bibliografía.....	197
6.1. Fuentes primarias.	197
6.2. Fuentes secundarias.....	205
Anexos.....	215

“La salud para los Estados Unidos es desarrollo. La salud es la posibilidad del adecuado desarrollo del capitalismo. Pero el capitalismo no es un fenómeno norteamericano es un fenómeno mundial y para que Estados Unidos pueda tener salud se requiere que todos los demás tengan salud. Porque de los demás vienen las materias primas de las cuales Estados Unidos sobrevive.”

Emilio Quevedo, 2013.

1. Introducción.

El objetivo central de esta memoria es contribuir a la comprensión histórica de los procesos de reconceptualización de la investigación científica en salud pública que tuvieron lugar en Ecuador a través de la actividad de organismos de asistencia internacional norteamericanos entre 1895 y 1965. En concreto, a través de este estudio de caso, se busca entender el diseño y desarrollo de las políticas de salud pública en Ecuador en relación con las transformaciones conceptuales y metodológicas en el campo de la biomedicina en ese periodo; analizar el papel combinado de la Fundación Rockefeller (FR), el gobierno de los Estados Unidos y las organizaciones de asistencia internacional para el desarrollo de estas políticas; e identificar y caracterizar las transformaciones de las estrategias coloniales en el continente americano en el siglo XX, su relación con el diseño y la gestión de políticas de salud pública a nivel internacional y sus intersecciones con dinámicas de inclusión y exclusión. El objeto principal de estudio de esta investigación es el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” (INH-LIP) creado en 1941 y sobre el que la FR transfirió la doctrina que los norteamericanos utilizaron, desde inicios del siglo XX, para la investigación y control de enfermedades infecciosas.

Consecuentemente, en el análisis se utilizará el período comprendido entre los años 1941 y 1946, en el que se sitúa la creación del INH-LIP, como punto de referencia para describir y analizar en diferentes períodos la forma en la que se desarrolló la política de salud pública en Ecuador. En ese sentido, por una parte, con la ayuda de otros estudios locales e internacionales y a partir de fuentes de información primaria se pretende cubrir vacíos y sugerir alternativas a interpretaciones imprecisas acerca de la historia de la

investigación científica para la salud pública en Ecuador. Por otra parte, con esta información se configura un marco histórico que permite retomar el debate acerca de las hipótesis planteadas por algunos autores acerca del rol que cumplieron en el desarrollo de Ecuador varias organizaciones de ayuda filantrópica y federal norteamericanas así como organizaciones de asistencia internacional, antes, durante y después de la II Guerra Mundial y hasta finales de la década de 1960. Esta memoria de doctorado describe proyectos financiados por estas organizaciones e instituciones con los cuales el Estado ecuatoriano, de acuerdo con un modelo desarrollista, proveyó desde el sistema sanitario nacional el capital físico necesario para la expansión de la frontera agrícola y el cuidado de la fuerza de trabajo mientras que la burguesía local se encargaba de las actividades administrativas y financieras necesarias para expandir el complejo exportador.

En Ecuador los estudios históricos que reconocen el papel central de la sanidad en las diferentes estrategias políticas ecuatorianas son escasos. Uno de los pocos investigadores que aborda este tema es Jaime Breilh. Breilh (2010) abrió el debate local con un análisis del desarrollo político y económico de Ecuador desde la visión de la epidemiología y planteaba una exploración del positivismo y del casualismo en tanto que fue herencia de posiciones hegemónicas en el panorama latinoamericano hacia finales de la década de 1970. Breilh confrontaba opiniones relacionadas con el paso de una medicina científica subordinada a intereses externos a otra medicina más centrada en lo social. En su análisis se puede leer la forma en que la investigación y control de enfermedades pasó a entenderse como un proceso de ampliación de las “capacidades de las personas”, más que como un aumento simplemente de lo económico. Así mismo, Germán Rodas Chaves editó en el año 2012 una serie de trabajos que, desde la visión de varios autores acerca de un período que en Ecuador se conoce como la Revolución Juliana (1925-1931), trataban de explicar el tema de la salud colectiva en Ecuador. En esta recopilación Ninfa León Jiménez, Plutarco Naranjo Vargas, Jorge Núñez Sánchez¹ y el mismo Rodas en otra publicación del año 2006, *Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX*

¹ Los trabajos a los que se hace referencia son: Ninfa León Jiménez, “La salud pública en el Ecuador durante las primeras décadas del siglo XX”; Plutarco Naranjo Vargas, “La medicina y la salud pública en la época de Ayora” y Jorge Núñez Sánchez, “La salud pública en la Revolución alfarista: antecedente de la salud pública juliana”.

y XX, hablan breve y tangencialmente sobre la investigación y control de enfermedades como una actividad que antes de la década de 1940 fue una preocupación de organismos internacionales. Estos trabajos, aunque contienen imprecisiones más que todo cuando se refieren a las actividades de la FR en Ecuador durante las primeras décadas del siglo pasado, incluyen importantes datos que sirven de referencia para preguntarse si, tal como fue aseverado por ex-autoridades a cargo de la investigación de salud pública local, la historia del INH-LIP es la historia misma de la investigación científica en Ecuador, o si las siete décadas de este organismo (1941-2012) al frente de esta actividad fueron tan solo parte de una historia que todavía no ha sido desvelada. En este sentido, esta memoria busca principalmente saber cuál fue rol que desempeño la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades a través del INH-LIP durante el auge bananero (1948-1965), creando un marco histórico previo para la construcción de esa historia. Al contar la historia del INH-LIP se cuenta también la historia de la investigación y el control de enfermedades que desde inicios del siglo pasado convirtió a Latinoamérica, desde México pasando por el Caribe hasta la Patagonia en Sudamérica, en una zona prioritaria para los intereses internacionales de los Estados Unidos.

Acerca de los trabajos que han tomado como objeto de estudio el INH-LIP, merece la pena mencionar dos trabajos descriptivos que ofrecen importantes datos sobre el funcionamiento de este organismo pero que, lamentablemente, no fomentan una reflexión que permita debatir el rol que desempeñó la investigación científica para la salud pública en los cambios que vivió el país antes y después de la II Guerra Mundial. Es decir, las obras son ricas en narrativa pero no sitúan la historia del INH-LIP en el marco de las políticas de salud pública local e internacional. El primero forma parte de una obra escrita en 2002 para conmemorar los cien años de fundación de la actual Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado *El Cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. En el capítulo titulado “El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez”, Elvira Marchan, Ernesto Gutiérrez y Ramón Lazo, describen en forma resumida el desarrollo administrativo y operativo del INH-LIP desde su fundación en 1941 hasta finales de la década de 1990. Sus conclusiones señalan

que el INH-LIP fue una semilla que, desde la década de 1940, extendió sus raíces en beneficio de la salud pública ecuatoriana hacia las “décadas venideras”.

El segundo trabajo es una cronología del INH-LIP escrita por el cronista guayaquileño Rodolfo Pérez Pimentel (1987a). Pérez Pimentel, en este caso, como parte de una serie de descripciones de personajes ecuatorianos, hace referencia a la biografía del Dr. Leopoldo Izquieta Pérez (1879-1948) y también nos ofrece datos acerca de los orígenes del INH-LIP. Sin embargo, al ser un documento que solamente contiene hechos históricos generalizados, algunos de los cuales son citados en esta memoria, tampoco ofrece una tesis alternativa con respecto al rol que desempeñó la investigación y el control de enfermedades financiada por organismos de ayuda internacional.

Tomando como eje central el estudio del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”, el autor de esta memoria presentó en el año 2012 su trabajo final de investigación del Máster de Historia de la Ciencia de la Universidad Autónoma de Barcelona, (Aguas Ortiz, 2012). En aquel trabajo, con limitaciones más que todo comparativas entre Europa y América, ya se plantearon preguntas de investigación y una agenda para recoger fuentes de información primarias y secundarias en Ecuador y Estados Unidos para la realización de la presente memoria. Asimismo, a diferencia del actual, carecía de fuentes de información suficientes y en tal sentido contiene vacíos e imprecisiones que en este trabajo se han tratado de completar y corregir. En fin, se cree que el rol del investigador es adentrarse cada vez más en la teoría y prácticas historiográficas con el fin de no caer en la tentación de creer que una sola versión puede convertirse en la verdad absoluta de algo. En este sentido, el presente trabajo por el espacio temporal que estudia, se ha delimitado en explorar la relación entre las variables asistencia y/o ayuda internacional e investigación científica para la salud pública y por tanto podrían existir momentos en los que el lector no encuentre referencias a otros temas relacionados pero que no han sido considerados como esencial para esta investigación. Esto es debido a que existen temas, como es el caso de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, los lazaretos para la fiebre amarilla y la peste, los laboratorios de la vacuna para la viruela, etc., en los que no

se ha podido profundizar a través de fuentes primarias aunque se ha tratado de ofrecer fuentes de información secundaria para el lector interesado.

Las principales fuentes de información primaria sobre Estados Unidos encontradas en archivos tales como los de la Fundación Rockefeller, el Archivo del Congreso de Estados Unidos, el Archivo de la Biblioteca Nacional de Medicina en Bethesda, los archivos de la Biblioteca pública en Nueva York, etc., son extensos. Para encontrar datos acerca del objeto de estudio y de la problemática planteada, es necesario revisar un vasto número de documentos entre los que se incluye documentación epistolar, información gráfica, contratos o informes, entre otros. La amplitud de este despliegue de información, plantea el riesgo de realizar un análisis sin una línea coherente que explique la relación entre los datos encontrados y los diferentes procesos. Es por ello que para entender la historia del INH-LIP se hizo necesario explorar en primer lugar el significado del concepto “investigación científica para la salud pública”. Este concepto hace referencia al proceso en el que intervienen un conjunto de actividades en las cuales se emplea el método experimental, entendiéndolo como tal, el razonamiento basado en la comprobación sistemática de las ideas, a través del intento de modificar la historia natural de un fenómeno, en este caso, relacionado con la mejora de la salud comunitaria.²

Este proceso, que supone, de acuerdo al pensamiento médico de la coyuntura estudiada, la eliminación de enfermedades infecciosas y parasitarias de la población, es uno de los fenómenos más importantes a nivel mundial, pues tal como se podrá apreciar a lo largo de esta investigación ha llevado a convertir territorios ricos en recursos y que durante siglos convivieron con la temible presencia de enfermedades infecciosas en importantes zonas de producción y exportación de materias primas necesarias para los centros industrializados. Ahora bien, para aproximarse a la cuestión “asistencia internacional para la investigación y control de enfermedades” y/o “investigación en salud pública” no basta sólo con atender a la definición citada, sino que es preciso examinar en profundidad la forma en la que ésta ha venido evolucionando desde que fue utilizada, desde la perspectiva positivista, por primera vez por los norteamericanos para librar del mosquito a La Habana

² Véase: Ulin, Robinson, Tolley (2006).

(Cuba) en 1900. En cuanto a la historiografía internacional ¿Cuáles han sido los trabajos de investigación que se han ocupado de investigar una problemática similar a la propuesta en este trabajo? ¿De qué manera esos trabajos han interpretado los procesos derivados de la asistencia internacional sobre la investigación científica para la salud pública? Para responder esas preguntas a continuación se analizan algunas obras que en el ámbito internacional, ya desde algunas décadas atrás, vienen revelando nuevos datos que permiten ampliar el estado simplificado con el que la investigación científica en salud pública financiada por organismos de ayuda federales y privados de Estados Unidos ha sido explicada.

En ese sentido, en el campo mismo de la asistencia internacional para el desarrollo desde la década del 2010, autores identificados con el enfoque del planteamiento sistema-mundo ³ abrieron nuevas formas de interpretación de la ayuda que permiten dentro del esquema de la salud internacional, entender los procesos sanitarios de Estado como el resultado de las relaciones sociales, políticas y económicas a lo largo de la historia. Uno de los investigadores que en Ecuador ha descrito y analizado la asistencia internacional como una fuerza determinante en la reorganización del sistema económico internacional después de la II Guerra Mundial es Cesar Montúfar. En los términos de Montúfar (2002) se podría decir que la asistencia internacional para el desarrollo fue una tendencia dominante que a partir de la década de 1940 actuó sobre la organización de las estructuras estatales respondiendo a los intereses de los países donantes de asistencia. En este sentido, la asistencia internacional no habría sido solo un simple conjunto de transacciones técnicas y financieras entre países pobres y ricos sino también una fuerza que estableció niveles jerárquicos entre los llamados países pobres y/o “atrasados” y los países ricos y/o “adelantados”. Estos últimos, ya sea motivados por el “altruismo” o “el interés económico”, actuaron para convertirse en una fuerza determinante que tras la guerra modeló tanto la estructura interna de los países receptores como el carácter de su vinculación al orden internacional. La apreciación que hace Montúfar de la asistencia internacional muestra también que, en la evolución histórica de la doctrina para la investigación y control de enfermedades, la asistencia internacional actuó ya de manera determinante antes de la II

³ Como por ejemplo: Wabgou (2012) y Aguirre (2002).

Guerra Mundial. Esta perspectiva sugiere que la ayuda filantrópica que venía promoviendo la transformación sanitaria en Ecuador desde antes de la Guerra Mundial se convirtió en la base sobre la que los Estados Unidos, a través de sus propias organizaciones de asistencia, creó una plataforma desde la que se impulsaron similares formas de progreso a las establecidas en las primeras cuatro décadas del siglo XX. Cuando se hable más adelante acerca de la fundación del INH-LIP, específicamente entre 1941 y 1946, se tratará de explicar de acuerdo a lo que plantea Montúfar, que la asistencia internacional para la investigación científica en salud pública desde la década de 1940 significó, además de la transferencia de la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, un período transición entre la predominante ayuda filantrópica de las primeras cuatro décadas del siglo pasado y la asistencia internacional desde el fin de la II Guerra Mundial.

En esa misma línea, Gómez (1999) plantea que la asistencia internacional fue un conjunto de actuaciones, de actores públicos y privados, en países de diferente nivel de renta cuyo propósito era promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sirviera para equilibrar la relación con el Norte y de manera sostenible. No obstante, Gómez agrega que en ese proceso se estableció un proceso no lineal, plagado de tendencias contradictorias e incluso regresivas que en la posguerra, a través de diferentes agencias bilaterales, consolidó el régimen internacional. Gómez en este caso, nos da la pauta para entender que esta asistencia “no lineal” dio lugar a comportamientos complejos, frecuentemente impredecibles y hasta caóticos. En el caso de este estudio, la perspectiva de Gómez permite interpretar la forma en la que la doctrina para la investigación y control de enfermedades, de acuerdo a los intereses de los donantes, fue una pieza clave susceptible de ser utilizada una y otra vez. Esto a pesar del comportamiento errático del que nos habla Gómez confirmaría que la investigación científica entendida también como elemento de control fue reutilizada de acuerdo a esos intereses.

En esta misma línea de pensamiento, Boní (2010) mantiene que la asistencia después de la II Guerra Mundial fue una ayuda procedente de fuentes gubernamentales y privadas norteamericanas, que se articuló a través de donaciones y créditos a los gobiernos

de los países receptores como una ayuda ligada a la adquisición de productos o servicios. En concordancia con Boní, Álvarez (2012) nos dice que desde la entrada de Estados Unidos en el panorama internacional como una potencia desarrollada, también entraron, entre nuevos y viejos actores, los intereses que determinaron las nuevas formas de ejecutar la cooperación. Estas últimas apreciaciones, la de Boní y Álvarez, nos permiten interpretar el proceso evolutivo de la doctrina de la investigación y control de enfermedades y considerar que el avance sistemático de la asistencia después de la II Guerra Mundial sirvió para fortalecer o potenciar Estados desarrollistas y que estos se convirtieron en los proveedores de capital físico para los países donantes. Esta condición, en el caso de Ecuador, era necesaria para que el Estado pudiese lograr la atención de las transnacionales fruteras a partir de 1948. En este sentido, nuevamente Montúfar (2002) nos dice que la ayuda financiera se enfocó multilateralmente no solamente en salud pública sino también en la educación y la vivienda y para crear una plataforma completa orientada a lo productivo. En este sentido, Montúfar, Gómez y Boní coinciden en que la asistencia extranjera sirvió para convertir al Estado en una especie de motor impulsor de los procesos fomentados por los intereses de los donantes. Es decir, la ayuda principalmente tuvo como objetivo influir en las políticas que definieron las relaciones económicas de poder entre los donantes y los receptores de asistencia internacional.

A continuación se revisará y analizará las ideas planteadas en otros estudios sobre la influencia de la asistencia internacional para el desarrollo sobre la investigación científica en la salud pública propiamente dicha. Estos estudios, por su contenido, se pueden clasificar en cuatro grupos. En primer lugar, los estudios que analizan las problemáticas comparables a la planteada en esta investigación en diferentes países de la región y del mundo, es decir, desde la perspectiva de los procesos externos e internos que llevaron a la transformación de la investigación científica en salud pública con consecuencias en lo político y económico. En segundo lugar, estudios que se han preocupado en desvelar la influencia de la asistencia para la formación de profesionales específicamente entrenados en la doctrina norteamericana para conformar un cuerpo capaz de resolver problemas de la salud pública de forma práctica. En tercer lugar, estudios que profundizan en el modo en el que las campañas sanitarias verticales influyeron en los procesos de producción y en cuarto

lugar, estudios que se interesan en explicar el rol de organismos financiados desde el extranjero con objetivos específicos.

Con respecto al primer grupo, Amador (2008) considera que la investigación científica financiada con la ayuda internacional transformó el pensamiento racional y nacional de principios del siglo XX en Cuba, Puerto Rico y Brasil. Según el autor los médicos nacionales acomodaron el regionalismo, el nacionalismo y el internacionalismo, desde una visión centralizada de la salud pública, a los requerimientos de organismos de asistencia internacional como la FR. En Ecuador lo que Amador cuenta sobre Cuba, Puerto Rico y Brasil se replicó con características particulares en el período entre 1920 y 1937. La ayuda de la FR, que predominó sobre la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana (1924-1947), sirvió para configurar el pensamiento del círculo médico ecuatoriano a cargo de la salud pública. La FR en ese período ejecutó pequeños proyectos que establecieron, a ojos de la élite de poder, una preocupación por la salud pública como una responsabilidad de Estado. Este tipo de comportamiento al que Amador llama “acomodamiento” se analiza en este estudio bajo el concepto de dominación por consentimiento que proviene de la teoría de la hegemonía cultural gramsciana⁴.

En esa misma línea Cueto (2004) analiza la historia de la Organización Panamericana de la Salud y su convergencia con los pueblos americanos. Aunque la interpretación de Cueto acerca de la OPS puede ser utilizada para el análisis desde diferentes perspectivas en este estudio, su acercamiento permite entender la forma en la que el panamericanismo influyó sobre la investigación y control de enfermedades en Ecuador. A través de un recorrido lineal histórico de los primeros cien años de la OPS, Cueto sugiere que esta organización, nacida como consecuencia de la expansión del comercio internacional y de las nuevas formas de entender la salud pública desde sus aristas políticas y diplomáticas, consolidó una política de salud pública internacional en la región. El trabajo de Cueto sirve como referencia para entender, con la ayuda de documentos oficiales obtenidos en Ecuador, el proceso mediante el cual, entre 1902 y 1908, se oficializó el movimiento de salud pública en Ecuador y posteriormente, hasta la década de 1960, su

⁴ Véase: Adamson (1980)

evolución y consolidación en un sistema de salud internacional enmarcado en la expansión del comercio internacional; los intereses defensivos de los Estados Unidos y sus repercusiones directas en las condiciones sanitarias del puerto de Guayaquil y áreas de producción en el litoral ecuatoriano.

En el segundo grupo, el que hace referencia a la conexión entre la asistencia internacional y la formación de profesionales específicamente entrenados en la doctrina norteamericana, Weindling (2000) discute cómo organismos de asistencia internacional, como la FR, contribuyeron a institucionalizar la Salud Pública en España, entre 1917 y 1950, a través de programas de becas para administradores de salud pública y especialistas de laboratorio; programas de subvenciones; la colaboración a través de la Liga de Naciones; y el apoyo a la investigación científica. El proceso que describe y analiza Weindling en España se desarrolló también en Ecuador desde que los primeros médicos ecuatorianos con becas de la FR, la OPS y el Institute of Inter-American Affairs (IIAA) empezaron a formarse en Universidades de Estados Unidos, como la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. La institucionalización de la investigación científica para la salud pública con la doctrina norteamericana en Ecuador se inició a partir de 1941 con estos médicos becados. Más adelante, en este estudio, se describe ese proceso con detalle y se ilustra la forma en que la Dirección General de Sanidad (DGS) ecuatoriana, interesada en atraer la ayuda de la FR, interactuó con los organismos de asistencia internacional antes mencionados. En esta misma línea, Vessuri (2001) ha analizado la asistencia para la formación de enfermeras con la ayuda de la FR en Venezuela. Según esta investigadora, el modelo de educación médica norteamericano sirvió para formar un cuerpo de nuevas profesionales con preparación médico-científica para desempeñarse en el ámbito de salud pública. Aunque, esta investigación no se adentra en el análisis de la formación de enfermeras en Ecuador en el segmento en el que se habla acerca de la transición y transferencia del modelo de investigación científica norteamericano entre 1941 y 1946 se mencionará también y se analizará brevemente el caso ecuatoriano.

En tercer lugar, en el ámbito de las campañas sanitarias, el acercamiento de varios investigadores ha permitido analizar la problemática de esta investigación con respecto a un

sistema sanitario que fue estratégicamente pensado para crear oportunidades comerciales a quienes históricamente venían controlando los medios de producción y la fuerza de trabajo en países como Ecuador. En ese sentido Birn (2006), analiza la forma en que programas sanitarios tales como el de la Anquilostomiasis y el de la Malaria financiados por la FR en México, cada uno en coyunturas diferentes, sirvieron para crear lazos para satisfacer los intereses tanto del gobierno de mexicano como los de la Fundación. En esta misma línea Cueto (1996) plantea que, entre 1918 y 1940, América Latina se convirtió en un campo de experimentación de la más moderna concepción de la Salud Pública: la basada en la erradicación de enfermedades. Cueto de forma general, hace un recorrido desde las campañas de Cuba y Panamá para después referirse a las campañas llevadas a cabo en las consideradas, después de la II Guerra Mundial, áreas de influencia de Estados Unidos. En esta memoria, haciendo referencia a fuentes de información obtenidas en el Rockefeller Archive Center (RAC) y al trabajo de Cueto, se complementa ese recorrido haciendo un estudio pormenorizado del caso ecuatoriano. Se puede apreciar que muchos autores que citan a Cueto como referencia, cuando llegan al caso de Ecuador dan un salto y, si bien algunos analizan brevemente la campaña para la erradicación de la fiebre amarilla financiada por la Fundación en Ecuador, no se detienen a explicar con más detalle la importancia que a nivel local e internacional tuvo, en su momento, el caso ecuatoriano. En ese sentido, esta memoria contribuye de alguna manera a entender que la ayuda a Ecuador de la FR no fue, tal como plantearon Rockefeller y Rusell en su momento, un acto de amor al género humano sino que, en beneficio de los propios intereses de la Fundación y de los intereses defensivos Estados Unidos, sirvió para convertir a Guayaquil en un campo de pruebas biomédicas. Así, como a lo largo de esta memoria veremos, la FR, con las teorías de los centros clave y del agente causal de la fiebre amarilla, inició una carrera científica para probar y encontrar métodos y medicamentos que, con una mínima inversión y aplicados a gran escala, sirvieran para eliminar la fiebre amarilla de los nodos productivos de las vías marítimas recién inauguradas en 1914 con la apertura del canal interoceánico a través del istmo panameño. Sin duda, el caso ecuatoriano fue clave para la expansión del comercio internacional y permite entender las intenciones con las que la Fundación actuó en países como Ecuador en el primer tercio del siglo XX. Los datos de los archivos mencionados y los estudios de Cueto permiten establecer como en 1930 la campaña

financiada por la Fundación se fundió con los intereses comerciales y estratégicos de Estados Unidos con el saneamiento del puerto de Guayaquil.

En la misma línea Cueto (2000) analiza también la forma en la que la campaña de la fiebre amarilla financiada por la FR influyó en la producción azucarera en Perú. Describe como esas campañas se caracterizaron por el autoritarismo y un uso desmedido de los recursos tecnológicos. Cuando se refiere a las campañas verticales, Cueto proporciona una fuente de análisis que permite identificar similitudes entre las campañas que se desarrollaron en otros países cuyo modelo de producción fue similar.

Mientras la investigación científica en salud pública se transformaba en un interés regional, naciones como Ecuador, con el apoyo de la asistencia internacional, fundaban las instituciones necesarias para implementar los procesos de salud internacional. Dentro de este cuarto y último grupo de trabajos analizados, Arbona y Ramírez (1978) a través de un estudio de caso en Puerto Rico, explican las actividades del Estado sobre los servicios y recursos de salud y cómo su uso y la financiación extranjera cambió a causa de una política de regionalización. Además, explican la manera como esas condiciones, donde hay un servicio nacional de salud en un monopolio o posición de casi monopolio, cambian con el tiempo con efectos sobre la política de regionalización correspondiente. En esta misma línea, pero en México, Birn (1996) se centra en analizar tres factores: las campañas contra la anquilostomiasis; el patrocinio de las unidades sanitarias locales y la participación de la FR en la Salud Pública de México. En el año 2005 Birn, con en ese mismo enfoque y país de estudio, compara las reformas sanitarias entre 1920 y 1930 con las políticas de los años de la década de 1980. En el primer período, enfatiza el apoyo de la FR de las unidades cooperativas locales, mientras que en la década de los ochenta, las agencias internacionales, como el Banco Interamericano de Desarrollo y el gobierno Mexicano, sustituyeron a la FR, ambos con un acuerdo para promover reformas y reducir el gasto en salud. En otro contexto, Schneider (2003) describe la manera en la que la Fundación Rockefeller ayudó a establecer dos instituciones de investigación sanitaria en Francia durante la ocupación alemana. Estos organismos, dice, fueron precursores del Instituto Nacional de Salud y de la Investigación Médica, un equivalente a los Institutos de salud de los Estados Unidos de

Norteamérica En esa misma línea en Colombia, Quevedo, *et al.* (2004) estudia el rol de la FR en Colombia con respecto al papel que desempeñó el Instituto de Asuntos Interamericanos en la política de salud pública. Los trabajos antes mencionados sirven de referencia para abordar la reconceptualización de la investigación científica en salud pública en Ecuador. En los análisis de estos autores se puede observar que el proceso que sigue la asistencia internacional es una actividad que se desarrolla de acuerdo y en paralelo a los cambios político-económicos que vive la región.

Stapleton (2005) analiza la influencia de la FR, en la salud pública de Brasil. El autor describe y analiza el establecimiento de las unidades de salud local a través de instauración de una “nueva y última campaña contra la fiebre amarilla”. Hackett, oficial de la International Health Board (IHB), dice Stapleton, desarrolló el programa brasileño con una orientación más estratégica hasta convertirlo en un programa válido para la erradicación de la fiebre amarilla. En Ecuador no sucede lo que Stapleton describe en Brasil pero ocurre algo parecido a lo que explica Birn en cuanto a la forma en que se mueve la asistencia en diferentes coyunturas, y también lo que expone Schneider en cuanto a una política que desde el exterior financia la creación de organismos para establecer distancias con naciones “no aliadas”. Ese caso, aunque de una manera diferente, se reproduce en 1941 en Ecuador, y nos ayuda a explicar por qué desde el punto de vista estratégico de los Estados Unidos la institucionalización de la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades sirvió para establecer en Ecuador, al igual que en otros países de la región, una línea defensiva en su lucha en contra de los países del Eje.

Mientras que la literatura local, tal como se ha indicado más arriba, provee escasos datos para analizar el rol que tuvo la asistencia internacional sobre la investigación científica para la salud pública en el país, la bibliografía internacional muestra la multiplicidad de planteamientos que existen a la hora de analizar una problemática como la que se ha propuesto en este estudio. En ese sentido, se corre el riesgo de realizar un análisis que no llegue a conectar todas las visiones. Es por eso que, al proponer una nueva comprensión histórica de la reconceptualización de la investigación científica en salud pública en Ecuador a través de la actividad de organismos de asistencia internacional para

el desarrollo, nos proponemos crear un dialogo, donde este planteamiento se convierta en un elemento más del análisis.

En este punto es esencial puntualizar qué entendemos por reconceptualización de la investigación científica para la salud pública mediante la asistencia de organismos internacionales y, particularmente en relación con las dinámicas de inclusión-exclusión. Dentro del contexto de la asistencia internacional para el desarrollo existen muchos acercamientos que explican el modo en el que evolucionaron, entre muchos otros aspectos, procesos como el que se estudia en esta investigación. Gómez (1999) dice, por ejemplo, que la asistencia buscó encontrar un equilibrio entre el Norte y el Sur a través de procesos que fueron empoderando y transformando el rol del Estado frente a la obligación que significó la expansión de la influencia política, económica y comercial de los Estados Montúfar (2002), sin embargo, dice que la idea de la asistencia internacional para el desarrollo como una tendencia dominante actuó sobre los cambios operacionales en las estructuras estatales de los países receptores de asistencia más que como un simple conjunto de transacciones técnicas y financieras, es decir, como una fuerza determinante que modeló tanto su estructura interna como el carácter de su vinculación al orden internacional. En este estudio se analiza cómo las estructuras internas, en este contexto, se desarrollaron no por la fuerza que imprimieron las élites gobernantes sino por el impulso que desde fuera fue capaz de crear procesos para satisfacer las necesidades tanto de los donantes como de los receptores. Es decir, cada vez que surgieron nuevos intereses a nivel internacional la investigación y control de enfermedades adquirió una nueva faceta, y con ello los donantes utilizaron y reutilizaron un mismo procedimiento, de acuerdo con los nuevos avances de la ciencia y la medicina, para mantener las tradicionales formas de control que les permitieran, a través de su pares locales (beneficiarios de la ayuda), recuperar sus inversiones en forma de capital financiero a corto o medio plazo.

En cuanto a la inclusión-exclusión mediante las ideas que plantean Tabernero, Jiménez y Molero (2016) se intenta, con esa mirada y con el estudio de caso ecuatoriano, proveer un punto de discusión acerca de la dinámica de la asistencia internacional para la investigación de la salud pública en países como Ecuador. Los autores a través del análisis de varios

documentales producidos en la década de 1940 plantean que las relaciones sociales, establecidas alrededor de las prácticas médicas y sus discursos, ilustran una muy cuidadosa y elaborada estrategia de inclusión-exclusión, por parte de los donantes hacia los receptores de ayuda, donde operan mecanismos de una profunda desigualdad socio-económica con tintes de desarrollo estatal. Es decir la inclusión-exclusión, tal como es vista en su investigación, son estrategias diseñadas para crear un explícito nivel de subordinación donde ciertos miembros de la comunidad (los receptores) se entrenan, de acuerdo a los intereses de los donantes, en las prácticas médico-sanitarias deseadas. Aparentemente, tal y como se analiza en esta obra, estas políticas legitiman la exclusión a través de un cierto nivel de inclusión social. Ese proceso que convierte a los colonizados en colaboradores del sistema es aplicable en este estudio para explicar la manera en la que los Estados Unidos, después de dos décadas y media de desarrollo de la investigación y control de enfermedades bajo la vigilancia de sus organismos internacionales entre 1941 y 1946 inicio en Ecuador y, bajo una aparente inclusión del país en una nueva era de desarrollo con la integración a la salud pública con especialistas locales para la investigación y control de enfermedades formados en escuelas norteamericanas, un nuevo ciclo de control donde se crearon relaciones políticas con efectos en una especie de contribución subalterna para satisfacer los intereses de los donantes y los de sus pares locales.

Ese proceso, donde el modelo original ideado por Estados Unidos en los inicios del siglo XX se reutiliza en beneficio de los donantes hasta el final de la década de 1960, se estudia a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”. En ese sentido, para establecer una periodización que nos permita a través de la historia comparada establecer diferencias y semejanzas con el caso ecuatoriano, se han utilizado las divisiones temporales de la historia de Ecuador para hacer referencia a los intereses de los diversos autores locales y al mismo tiempo de las divisiones temporales que se establecen en la salud internacional para determinar cuáles fueron los donantes y los intereses de estos desde 1945 hasta 1960.

Hasta este punto es necesario enfatizar que el estudio ha considerado como periodo central al auge entre 1948 y 1965. ¿Por qué es este periodo central? Lo es debido a que las

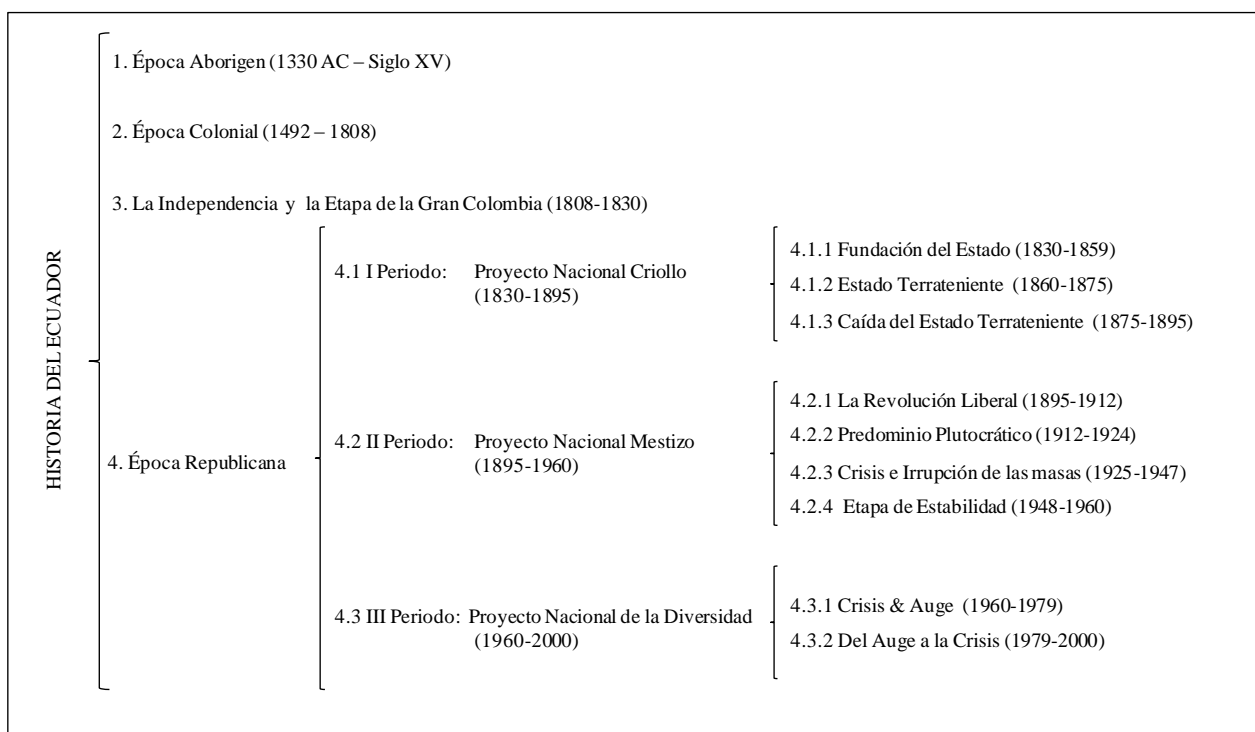
conclusiones de este trabajo en el futuro servirán como un marco histórico previo que permita interpretar otros periodos de la historia ecuatoriana en relación a la ayuda internacional y la investigación científica para la salud pública vigente en su versión asistencia internacional desde la década de 1940. En este sentido, el auge bananero (1948-1965) que sirve de referencia para esa investigación futura se ubica en lo que Gómez y Khoshnood (1991), dentro de la “Evolución de la Salud Internacional en el siglo XX”, denominó como la transición entre una etapa caracterizada por el control de enfermedades orientada a la introducción de servicios integrales de salud⁵ a otra donde la diversificación de esos servicios se orientó a los objetivos de las organizaciones de asistencia internacional.⁶ Localmente, esa etapa internacional corresponde a un período que Ayala Mora (2008) ha llamado “Etapa de Estabilidad” (1948-1965) (véase figura nº 1). En esa coyuntura, la ayuda internacional se centró en el control, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades que tuvieron un alto impacto tanto en la salud de la fuerza de trabajo como los procesos de producción y exportación. El INH-LIP se estableció cuando diferentes organismos de asistencia internacional impulsaban en la región campañas de tipo vertical conocidas por su alto grado de dependencia en recursos económicos y tecnológicos. Estas campañas, a pesar de un aparente éxito en las décadas de los años 1940, 1950 y 1960, al finalizar la década de 1970, según un informe de la Organización Mundial de la Salud, fueron reconocidas por su tendencia a tratar exclusivamente los problemas de la salud internacional excluyendo los verdaderos problemas sanitarios de la mayoría de la población de los países receptores.⁷

⁵ Los servicios integrales de salud hacen referencia a las líneas de cooperación de la Fundación Rockefeller con los países receptores de ayuda para establecer servicios diferentes a los enfocados a la atención individual de la población. Para ilustrar ese tipo de servicios se puede citar el caso de servicios integrales de salud en Nicaragua. En ese país Peña Torres (2008) explica que la Fundación Rockefeller entre 1933 y 1936 creó las primeras unidades de salud integral y /o centros de salud dejando a un lado las campañas individuales por la atención global de la población. En el caso ecuatoriano esos servicios integrales se integraron al país cuando se inauguró en Quito, después de la II Guerra Mundial, un centro de salud con el auspicio de la Fundación Rockefeller.

⁶ Véase: Anexo 3. El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” en el contexto nacional e internacional.

⁷ Irwin, Scali (2005), p. 23.

Figura n° 1. Desarrollo Histórico del Ecuador por épocas y Períodos.



Fuente: elaboración propia a partir de Ayala Mora (2008).

Según la división histórica local que se muestra en la figura n° 1, el objeto de estudio se ubica dentro de una etapa llamada de estabilidad. Un período que coincidió con el llamado “auge bananero”. El período en si hace referencia a una etapa en la que Ecuador se convirtió en el primer exportador mundial de esta fruta.

Las fuentes de información primaria y secundaria que hemos utilizado para explicar la reconceptualización de la investigación científica para la salud pública fueron recogidas en diversos archivos de Ecuador y Estados Unidos. A continuación se describe y se hace un breve detalle de los lugares visitados y de los documentos obtenidos. En Ecuador, las fuentes se obtuvieron de diferentes bibliotecas, archivos, instituciones universitarias y militares en Quito y Guayaquil. En la capital, Quito, se visitó el Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”, lugar donde se preserva el patrimonio de la historia de la medicina ecuatoriana. En ese lugar se tuvo acceso a registros oficiales del Estado correspondientes al período comprendido entre 1920 y 1950; informes de la Dirección General de Sanidad entre 1937 y 1944; y documentación relativa a la salud pública del

régimen liberal entre 1895 y 1925. En la Casa de la Cultura Ecuatoriana “Benjamín Carrión” se consultaron algunas colecciones de la prensa nacional con información gráfica acerca de los primeros encuentros entre médicos ecuatorianos y los científicos de la FR entre 1918 y 1920. En ese mismo lugar se encontraron documentos sobre la creación del Instituto Nacional de Higiene en 1941. En el Archivo Militar Histórico del Ejército Ecuatoriano, ubicado en la Escuela Superior Militar “Eloy Alfaro” en Parcayacu (Quito), se accedió a datos sobre la unidad militar que participó durante las jornadas de experimentación biomédica financiadas por la FR en 1918. En el Archivo-Biblioteca de la Función Legislativa; el Archivo metropolitano de Historia de Quito; el Archivo del Ministerio de Cultura y Patrimonio; el Archivo de la Fundación Biblioteca Ecuatoriana “Aurelio Espinosa Pólit”, y en las bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de la Universidad Politécnica Salesiana y de la Universidad Andina Simón Bolívar se recogieron fuentes de información secundaria que sirvieron para construir el marco histórico planteado en esta investigación y para entender desde la visión de algunos autores locales, la relación entre la ayuda internacional y la investigación científica para la salud pública. Es importante señalar que una de las dificultades que esta investigación enfrentó en Quito fue la imposibilidad de acceder a los Archivos del Banco Central del Ecuador donde se esperaba encontrar datos acerca de las ayudas económicas y de la forma en la que esas ayudas se distribuyeron en el sistema sanitario nacional, especialmente en el periodo entre las décadas de 1940 y 1960. En este archivo además se esperaba encontrar datos que explicasen como la misión Kemmerer, de la década de 1920, influyó en conjunto con las actividades de la Fundación Rockefeller en la incorporación del Ecuador al nuevo sistema internacional después de la I Guerra Mundial. Tras varios pedidos, escritos y verbales, a las autoridades a cargo de esa sección, las puertas de ese archivo permanecieron cerradas. Se espera en una investigación futura acceder a ese archivo con el fin explorar en detalle la evolución económica de la salud pública ecuatoriana en relación a los mayores momentos de crisis y de auge donde la ayuda internacional fue parte esencial del modelo agro- exportador ecuatoriano característico de las décadas entre 1940 y finales de 1960.

En Guayaquil, en la Biblioteca Atilio Macchiavello Varas del ya desaparecido Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”; el Archivo

de la Biblioteca Municipal; el Archivo Histórico del Guayas, y el Archivo de la Biblioteca Raúl Gómez Lince del Club de la Unión, se accedió a fuentes de información primaria tanto como secundaria en relación a los informes anuales, entre 1944 y 1980, del INH-LIP; datos referenciales acerca de Leopoldo Izquieta Pérez (fundador de este Instituto); datos acerca de la fiebre amarilla y los médicos de Guayaquil, publicaciones de la FR enviados al INH-LIP y otras fuentes secundarias como trabajos de investigación histórica proporcionados por médicos con cargo en docencia en la Universidad de esa ciudad.

En Nueva York se visitó el Rockefeller Archive Center, en Sleepy Hollow, para la búsqueda y el examen de información de carácter primario sobre la FR. También se visitó la Biblioteca pública de Nueva York, donde se obtuvieron fuentes de información secundaria. En el RAC, se accedió a documentos con información epistolar, contratos, convenios de cooperación, informes sobre la campañas sanitaria para la erradicación de la fiebre amarilla, en un total de 29 carpetas (véase tabla nº 1) catalogadas en forma general como Record Group: 1.1 projects, series: 317 Ecuador; Record Group: 5, International Health Board/Division, Series 3 Reports routine. En ese lugar también se accedió a los informes anuales de la International Health Division; de la Rockefeller Sanitary Commission (RSC); de la Fundación Rockefeller y otras fuentes de información primarias relacionadas con Ecuador.

Tabla n° 1. Documentos obtenidos en el Rockefeller Archive Center.

BOX	FOLDER	DESCRIPTION
1	1	317 Contracts 1935-1941
	.2-8	317 C School of nursing, Quito 1941-1952
	9	317 K National Institute of Hygiene , Guayaquil 1939-1941
2	.10-13	317 K National Institute of Hygiene , Guayaquil 1942-1949
	.14-16	317 O Yellow fever 1928-1920, 1932-1938
3	17	317 O Yellow fever 1942-1951,1956
	.18-19	317 R Quito American School - Library 1940-1942,1944
140	20	317 R University of Ecuador, Quito Library 1942-1945,1948
	9	317 I Ecuador - Malaria reports, 1920
	10	317 O Ecuador - Yellow Fever , annual report , 1934
	11	317 O Ecuador - Yellow Fever , 1st quarterly report 1935
	12	317 O Ecuador - Yellow Fever , 2nd quarterly report, 1935
	13	317 O Ecuador - Yellow Fever , annual report , 1935
	14	317 O Ecuador - Yellow Fever 1st quarterly report , 1936
	15	317 O Ecuador - Yellow Fever 2nd quarterly report , 1936
	16	317 O Ecuador - Yellow Fever annual report , 1936
	30	17
18		Report on the existing water supply of the city of Guayaquil, Ecuador, and improvements in progress W.D Wrightson 1916
19		Yellow fever in Ecuador : Clippings
20		Report on the sanitation of Guayaquil, submitted to the secretary of War Gen. W.C. Gorgas 1913
21		Malaria problem in Guayaquil, Ecuador, Dr. M.E. Connor 1920
22		Sanitation in Ecuador , with special reference to Guayaquil. Drs. Kendall and Lebedo.
23		Preliminary statement on the distribution and control of hookworm in Ecuador
24		Data for the information of the board, in regard t control and distribution of the yellow fever Dr. T.C. Leyster 1920.
25		Memorandum for Dr. Heiser regarding : Malaria in Guayaquil Dr. M.E. Connor nov. 5 1919
26		Working Plan for Ecuador Dr. Wickliffe Rose 1916
27		Report of Bureau of Malaria Control July 1 1926
28		Study of Urine in Yellow fever H.E Rebdenbaugh 1919
29		No. 7419 report of expedition to Ecuador as bacteriologists of Yellow fever commission by Hideyo Noguch Feb 25, 1919

En Washington D.C., se visitó el Archivo del Congreso y la National Library of Medicine en el campus de los National Institutes of Health en Bethesda, Maryland. En esos lugares se encontraron diferentes fuentes de información primaria y secundaria acerca de la etapa primigenia de la salud pública en Ecuador y de las organizaciones de ayuda internacional del período de entre-guerras y de los organismos de asistencia internacional

A continuación se expone el plan de la presente memoria y los objetivos que se marcan en cada capítulo. Desde que Estados Unidos impulsó a través de sus organismos el movimiento sanitario en Ecuador (1902-1908) hasta finales de la década de 1960, cuando este dejó de ser el principal donante de asistencia internacional, la “ayuda” para la investigación y control de enfermedades sirvió para que los donantes establecieran formas precisas de intervención a través de la salud pública. En ese sentido y para una mejor comprensión de ese control externo de la política de salud pública, esta investigación se ha dividido en tres fases.

En la primera fase, a la que se ha llamado de las “precondiciones” (1895-1936), se analiza la coyuntura donde las exigencias de Estados Unidos se centraron en sus intereses relacionados a la expansión del comercio internacional. En este sentido, se observan dos periodos. En primer lugar, el periodo comprendido entre 1895 y 1916 coincide con la llegada a Ecuador de las primeras organizaciones de asistencia internacional: el Public Health & Marine Hospital Service (PHMHS) y la Oficina Sanitaria Internacional (OSI). Estos organismos impulsaron entre 1902 y 1908 la institucionalización de una política de salud pública local orientada a la política de salud internacional. En ese periodo se observa la creación del Servicio de Sanidad Pública, como una oficina local subsidiaria de la Oficina Sanitaria Internacional y la implementación de la primera campaña sanitaria de acuerdo a la doctrina norteamericana para la erradicación de enfermedades contagiosas. En segundo lugar, entre 1917 y 1936, se analiza la forma en la que el movimiento de salud pública ecuatoriano impulsado por los organismos de ayuda anteriormente mencionados y el financiamiento de la FR sirvió en 1930, de acuerdo a los intereses estratégicos de Estados Unidos, para la declaración de Guayaquil como puerto limpio Clase “A-1”. En ese periodo, en cuanto a las actividades de la FR se destacan dos cosas. La primera, su interés para financiar una campaña para la erradicación de la fiebre amarilla cuyo objetivo principal fue convertir a Guayaquil en un campo de pruebas biomédicas. La segunda, una serie de pequeñas inversiones en los campos del control de la malaria y la anquilostomiasis, que sirvieron, en este primer ciclo de cooperación, para influir no solo en el estado sanitario de Guayaquil sino también en el pensamiento de la oligarquía costeña (élite política) y del círculo médico de la época para que entendiesen la investigación científica como una inversión de responsabilidad del Estado. En esos años se observa como la política de salud pública local empieza a inclinarse hacia los intereses de la FR y con mayor profundidad hacia los intereses de la expansión comercial de los Estados Unidos que desde lo sanitario fueron promovidos por la actual Organización Panamericana de la Salud.

En la segunda fase, en un período comprendido entre 1937 y 1946 se observa y analizan dos procesos. El primero, entre 1937 y 1941 en el que la Dirección General de Sanidad creó las condiciones necesarias para que la FR se interesara en un proyecto ecuatoriano inspirado en la expansión del comercio internacional y la especialización del

Ecuador en la división internacional del trabajo. Este proyecto estaría orientado al despegue económico del país con la ayuda internacional para implementar una investigación científica para la salud pública que se encargaría de la protección del capital humano y de la expansión de la frontera agrícola. Al final de esa coyuntura, a través del análisis de un documento conocido como el “Welch-Rose Report” de 1915, se explica la forma en el que el modelo Hopkins, de las llamadas “West Points of Public Health”, influyó en la creación de organismos de salud que en Latinoamérica fueron financiados por la Fundación Rockefeller a través de la International Health Division.

Dentro de esta segunda fase, también, se analiza un periodo entre 1941 y 1946 al que se ha llamado de “transición y transferencia”. Esta coyuntura hace referencia a dos acontecimientos en particular. El primero, al proceso mediante el cual los norteamericanos pusieron en manos de médicos ecuatorianos su doctrina para la investigación y control de enfermedades infecciosas y parasitarias. Un proceso en el cual, además de formar a médicos en salud pública y de equipar al INH-LIP, la intervención de un especialista extranjero de la OPS, contratado a tiempo completo por la FR y el Estado ecuatoriano, sirvió para organizar administrativa y operativamente la investigación científica ecuatoriana con los estándares norteamericanos y para reorganizar la estructura sanitaria nacional y las leyes sanitarias de acuerdo a un plan cuadrienal de salud pública. El segundo acontecimiento hace referencia a la transformación de la ayuda filantrópica tradicional del primer tercio del siglo XX en asistencia internacional para el desarrollo en manos de nuevas organizaciones financiadas por los Estados Unidos. En este contexto, la investigación para la salud pública se proyectó para encuadrarse en los nuevos intereses estratégicos de los Estados Unidos durante la II Guerra Mundial.

La tercera fase, a la que se ha llamado de “expansión”, comprende el período entre los años 1947 y 1965. En ese contexto, se observa la forma en la que la doctrina norteamericana a través del INH-LIP, comulgó con el modelo desarrollista asumido por el Estado para la provisión de capital físico. Asimismo, influyó, después del conflicto bélico mundial, para que el Estado financiara la expansión agrícola, para el regocijo de la oligarquía local, durante la reorganización del sistema económico mundial. En esa

coyuntura, el financiamiento del Estado para la investigación científica para la salud pública sirvió para ejecutar campañas sanitarias con el uso a gran escala del DDT, la producción masiva de vacunas y antibióticos para la recuperación de la fuerza de trabajo y la investigación de enfermedades humanas y animales que podían amenazar la producción agrícola del país.

2. “Las precondiciones”. Organismos de ayuda federal y privados y el Estado ecuatoriano (1895-1936).

El objetivo de este capítulo de la memoria es establecer un marco histórico que nos permita entender el origen y la evolución de la doctrina para la investigación y control de enfermedades que la FR transfirió al INH-LIP a partir de 1941. Sin este marco y periodo de análisis, como demostraremos a lo largo de esta memoria, no se puede comprender el rol que cumplió este Instituto durante el llamado periodo del auge bananero (1948-1965). Para alcanzar el objetivo propuesto, se utiliza como hilo conductor la relación directa entre la investigación y el control de enfermedades en Ecuador y la ayuda de organismos federales y privados norteamericanos al desarrollo de aquel país. Así, se analizarán en relación a los intereses de los donantes, las políticas para la institucionalización de la salud pública en Ecuador (1895-1916), la campaña sanitaria para la erradicación de la fiebre amarilla financiada por la FR, el fin del primer ciclo de colaboración entre la FR y el estado ecuatoriano (hasta 1936) y, finalmente, las repercusiones de esta colaboración tanto en el saneamiento de Guayaquil como en el pensamiento de la elite política y del círculo médico de la época.

Cuando hablamos de organismos federales nos referimos específicamente al Public Health & Marine Hospital Service⁸ y a la actual Organización Panamericana de la Salud⁹ que, desde 1902, en sus oficinas centrales en Washington D.C., actuó como una especie de “gran Ministerio” encargado de coordinar las diversas actividades de salud pública que acabaron desarrollándose en Latinoamérica. En cuanto a organismos privados nos referimos a la FR y su subsidiaria en el extranjero, la International Health Division (IHD). A continuación, antes de entrar directamente en el objeto de estudio, conviene explicar brevemente algunos datos esenciales acerca de estos organismos internacionales que durante las primeras cuatro décadas del siglo XX influyeron en la región en virtud de los intereses estratégicos de Estados Unidos.

⁸ Los diferentes nombres adoptados por este organismo fueron: The Marine Hospital Fund (1798-1871), The Marine Hospital Service (1871-1902), The Public Health & Marine Hospital Service (1902-1912) y The Public Health Service (1912-80s). Véase: Wyman (1902), pp. xi-xiii.

⁹ Esta organización también se llamó Oficina Sanitaria Internacional (1902-1923); Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) (1924-1958) y, finalmente, Organización Panamericana de la Salud (desde 1959).

Durante el período comprendido entre 1902 y 1908, en el que se institucionalizó la salud pública en Ecuador, los médicos del PHMHS¹⁰ fueron piezas fundamentales en la modernización sanitaria de este Estado. Un hombre clave en el proceso fue el Dr. Bolívar Lloyd quien en 1908 ayudó al gobierno del General Eloy Alfaro a crear el primer servicio sanitario nacional en conexión con las políticas internacionales que, desde 1902, impulsaba la Oficina Sanitaria Internacional. Por otra parte Ecuador es miembro de la Organización Panamericana de la Salud desde 1902 y ha estado sujeto a las normas internacionales creadas en su seno. En este estudio se explica la forma como la OPS, en diferentes coyunturas, actuó en la región con una agenda directamente vinculada a los intereses estratégicos de los Estados Unidos. En el siglo pasado, este organismo internacional fue la puerta por la cual la FR desplegó sus intereses en la región. Este organismo influyó de forma decisiva en la conformación y homogenización de la salud pública internacional en la región. Por ejemplo, en 1927, durante la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Lima, se crearon puestos para funcionarios de campo llamados “representantes viajeros”. Uno de esos representantes, que influyó profundamente en la sanidad ecuatoriana, fue el Dr. John D. Long, quien en 1929 estableció las pautas necesarias, de acuerdo al código sanitario de 1924, utilizadas para la “eliminación” de la peste del puerto de Guayaquil. Esta obra sanitaria, junto con la “erradicación” de la fiebre amarilla (financiada por la FR entre 1918 y 1920) y otras obras de control sanitario dirigidas por el Servicio Sanitario Nacional, fue el argumento para que en 1930 la Dirección General de Sanidad del Litoral pidiera oficialmente al gobierno nacional que se solicitara a Washington la declaración de Guayaquil como puerto limpio clase A. Más tarde, desde 1947, Ecuador, Bolivia, Colombia, Venezuela y Perú conformaron la Zona V de responsabilidad de la OPS (Cueto, 2004). A partir de la II reunión del Consejo Directivo en la Ciudad de México en 1948, la OPS se convirtió en una oficina regional para las Américas dentro de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁰ En Ecuador este servicio de los Estados Unidos se encargó de vigilar las enfermedades cuarentenables en diferentes estaciones de inspección y desinfección marítimas ubicadas en las vías fluviales y los puertos de entrada en el Atlántico, el Golfo y las costas del Pacífico. Véase: Wyman (1902).

La International Health Division fue un organismo perteneciente a la FR¹¹, desde que fue creada en 1913 hasta que se suprimió en 1951, que trabajó a diferentes niveles en los campos de la medicina, la salud pública, la educación y la filantropía en programas que se desarrollaron de acuerdo a los intereses estratégicos de Estados Unidos y de la propia Fundación. Su campo de acción abarcó diferentes países de América, Europa, Asia, África y Oceanía.¹² Desde 1940, la IHD modificó su estructura para acoplar su actividad en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, y Uruguay. Con sus oficinas en Buenos Aires fue conocida como: International Health Divison of the Rockefeller Foundation, Rio de la Plata and Andean Region. Desde esta nueva organización, creada por la Fundación Rockefeller entre 1941 y 1946, Ecuador recibió la ayuda para poner en marcha el laboratorio que se erigió para la investigación científica para la salud pública y que es objeto de la presente memoria de doctorado.

Adicionalmente, a la descripción que se ha proporcionado sobre los primeros organismos de ayuda internacional, se ha considerado conveniente explicar también, como factor determinante, las diferentes corrientes de pensamiento político que predominaron en Ecuador entre 1895 y 1936. Es necesario recalcar que la presencia norteamericana en los asuntos del Estado no fue bien vista por parte de ciertos sectores en esos años, sin embargo, tal como se observará a lo largo del estudio, las campañas sanitarias sirvieron de forma progresiva para “norteamericanizar” el pensamiento de la elite ecuatoriana y por tanto de la población en general.

Entre 1895 y 1925, predominó el pensamiento de la corriente liberal.¹³ A lo largo de ese periodo se creó y consolidó el movimiento de salud pública en Ecuador.¹⁴ Es decir,

¹¹ Para la historia institucional de la Fundación Rockefeller, desde el punto de vista de las fundaciones como organismos para soluciones de problemas científicos, técnicos y organizativos en la salud pública con un enfoque de "capital de riesgo", véase: Fosdick (1952).

¹² Esta institución surgió con el nombre de International Health Commission (IHC) (1913-1916) y pasó a llamarse International Health Board entre 1916 y 1927. En esos años Sus directores fueron: Wickliffe Rose (jun.27/1913-1923); Frederick T. Rusell (1923-1935); Willbur Sawyer (1935-1944) y George Strode (1944-1951). En ese mismo período los directores de la Fundación Rockefeller fueron: John D. Rockefeller Jr. (1913-1917); George Vincent (1917-1929); Max Mason (1929-1936); Raymond Fosdick (1936-1948) y Chester Barnard (1948-1951). *Ibidem*.

¹³ Ayala Mora (2013). La época liberal entre 1895 y 1925 estuvo constituida por tres fases. La primera la fase del liberalismo radical (1895-1911), la fase del liberalismo moderado (1912-1916) y la fase del liberalismo plutocrático (1916-1925). Durante el liberalismo radical, el país fue gobernado por cuatro presidentes. El

la sanidad pasó, con el impulso de organizaciones internacionales, a convertirse en una responsabilidad de Estado. Los liberales de pensamiento radical, entre 1895 y 1911, impulsaron la separación de la Iglesia y el Estado y, en relación a la salud pública y otros intereses del Estado, promovieron los primeros acuerdos de cooperación internacional. A la época del auge liberal le siguió una etapa conocida en Ecuador como el ciclo Juliano (9 de julio de 1925 - 24 de agosto de 1931).¹⁵ En esa coyuntura, la salud pública alcanzó un diferente nivel organizacional con la creación del Ministerio de Previsión Social, el cual incluyó los ramos de Trabajo, Sanidad y Asistencia Social conducidos desde Quito, capital de Ecuador. Al ciclo Juliano, le siguió un periodo de crisis económica, causada por el Crac de 1929. La coyuntura estuvo políticamente dirigida por cuatro presidentes encargados, dos presidentes constitucionales y un Jefe Supremo quien entre 1935 y 1937 fue también Presidente Interino. En esos años la salud pública se limitó únicamente a mantener, de acuerdo a la Convención Sanitaria de 1924, las condiciones sanitarias de Guayaquil las cuales, a pedido de la Dirección General de Sanidad del Litoral, habían llevado a la declaración de la ciudad como puerto limpio clase A. Al final de este periodo, en 1937, en un momento en el que hubo un repunte de las exportaciones de fruta en la Costa, la Dirección General de Sanidad, originalmente ubicada en Quito, se trasladó a Guayaquil. Esos cambios de localidad en el contexto del poder sanitario reflejan la relación de fuerza existente dentro del Estado entre los capitalistas de la costa y los terratenientes feudales de la sierra. A continuación se explica brevemente la razón por la que se ha llamado a esta primera fase de “las precondiciones”.

Desde el fin del siglo XIX hasta los años cercanos a la II Guerra Mundial, Ecuador y Estados Unidos vivieron un intenso período de negociaciones sustentadas básicamente en diversos programas de cooperación bilateral. Proyectos que en su contexto

General Eloy Alfaro quien gobernó el país en dos periodos. El primero 1895-1901 y el segundo entre 1906 y 1911. En el medio de esos dos periodos el país fue gobernado por Leónidas Plaza (1 Sep. 1901-31 Ago. 1905) y Lizardo García (1 Sep. 1905-15 Ene. 1906).

¹⁴ Pinault, Hunter (2012). En la presente investigación, al contrario de lo que plantean Pinault y Hunter, se señala que el movimiento de salud pública ecuatoriano no se inició en 1908 sino que este fue un proceso que tuvo su origen en 1902 y culminó en 1908 cuando se creó el Servicio de Sanidad Pública. A partir de 1908, la política de salud pública local, surgida en esos años, empezó un periodo de consolidación.

¹⁵ Ayala Mora (2013). El ciclo Juliano estuvo dirigido primero por una Junta Provisional (10 Jul. 1925-9 Ene. 1926), después por una denominada segunda Junta (10 Ene. 1926-31 Mar. 1926) y finalmente por el Dr. Isidro Ayora (1926-29 y 1929-31).

general se fundieron con los intereses de los donantes de ayuda internacional. Según Lauderbaugh (2011), los intereses de los Estados Unidos consistían en aprovechar la posición estratégica de Ecuador por cuatro razones: las islas Galápagos, consideradas como un “talón de Aquiles” para la defensa del Canal de Panamá; la ciudad de Guayaquil y su condición sanitaria; la cercanía de Ecuador a los territorios en posesión de Estados Unidos; y finalmente, la expansión del comercio internacional que convirtió a las importaciones y exportaciones entre ambos países en un factor de vital importancia para los Estados Unidos. Sin que esta coyuntura pertenezca a una periodización oficial de la historia, nacional o norteamericana, se le ha denominado de esa forma haciendo referencia a un informe del United States Department of Agriculture (USDA) del año 2011.¹⁶ El documento, que coincide con la apreciación de Lauderbaugh, es específico al indicar que las demandas internacionales, desde inicios del siglo XX hasta antes de la II Guerra Mundial, giraron alrededor de esos intereses. En este sentido, obras como el saneamiento del puerto de Guayaquil, durante el período de entreguerras, se convirtieron en una especie de condiciones previas sin las cuales Ecuador, en el contexto de la expansión del comercio internacional y el surgimiento del poder de Estados Unidos en América, no hubiese podido expandir posteriormente sus mercados y áreas de producción.¹⁷

Desde inicios del siglo XX, la ayuda internacional a Ecuador sirvió para que el país que se estaba desarrollando cumpliera con una serie de precondiciones para su incorporación al sistema mundial. Entre 1895 y 1936, diferentes proyectos impulsados desde el exterior, formaron parte de una política dirigida a modernizar el Estado ecuatoriano y a su consideración a nivel internacional. En esta coyuntura, dentro de los proyectos que se deben tener en cuenta para entender la fuerza que impulsó la modernización del Estado, está en primer lugar la construcción del ferrocarril Guayaquil-

¹⁶ Véase: Vega (2011).

¹⁷ Véase: Toro Hardy (2008). Desde el nacimiento de la doctrina Monroe, en 1823, los Estados Unidos dejaron ver sus aspiraciones hegemónicas en la región. Esas aspiraciones se llevaron a cabo bajo los supuestos intereses comunes de seguridad para América Latina y el Caribe. En este contexto, podemos destacar dos intervenciones que fueron clave para dichas aspiraciones: en la independencia de Cuba (1898) y en la independencia de la provincia panameña de Colombia (1903). Con la firma del Tratado Hay-Bunau Varilla los norteamericanos adquirieron derechos sobre la franja donde años más tarde se inauguraría el Canal de Panamá. Cuba y Panamá, después de sus respectivas independencias quedaron bajo el tutelaje de Estados Unidos. Para Latinoamérica, la presencia norteamericana en el Canal significó el inicio de una mayor influencia política, económica, militar y comercial de los Estados Unidos en la región.

Quito. Esta fue una obra ejecutada por la Guayaquil and Quito Railway Company durante el gobierno del General Eloy Alfaro y que fue encabezada por Archer Harman.¹⁸ El contrato primitivo de la construcción del ferrocarril fue firmado durante el primer gobierno del General Eloy Alfaro (1895-1901). El convenio lo suscribió Harman y sus asociados Peter Cooper Hewitt y T. H. Powers Farr, el 14 de Junio de 1897. Las oficinas de la compañía se fijaron en New Jersey, Estados Unidos.

En segundo lugar, la fundación de la Corporación Ecuatoriana en 1913 por Vermont Hope Norton. Este norteamericano, banquero de inversión de Archer Harman, creó The Ecuador Corporation, con un capital de 500.000 libras esterlinas aportadas por 414 accionistas ingleses, franceses y estadounidenses. De ahí surgieron las siguientes compañías: The New Guayaquil Land Company, The Inca Company y The Recreo Company.¹⁹ El proyecto del ferrocarril y la creación de la Corporación Ecuatoriana, fueron las primeras inversiones extranjeras de importancia en las primeras décadas del siglo XX.

En tercer lugar, se encuentra la llegada de la misión Kemmerer a Latinoamérica entre 1919 y 1931. Los trabajos desarrollados por el economista estadounidense Edwin Walter Kemmerer (1875-1945), contratado como asesor financiero y económico por los gobiernos de Ecuador, Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, México y Perú, sirvieron para consolidar la estabilidad monetaria en la región.²⁰ En Ecuador la comisión fortaleció el sistema bancario, estabilizó los cambios y puso controles a la inflación derivada de la Primera Guerra Mundial. Kemmerer asesoró también al Estado, durante el gobierno de Isidro Ayora, para crear el Banco Central del Ecuador; la Superintendencia de Bancos; y la

¹⁸ Existen varias interpretaciones acerca de la construcción del ferrocarril Guayaquil-Quito, en el libro *Railroad in the sky: the Guayaquil & Quito railway in Ecuador 1897-1925* se habla sobre la historia de la cooperación entre la familia Harman y el Presidente Eloy Alfaro y sus aportes a la construcción y operación del ferrocarril desde 1897 hasta su transferencia al gobierno en 1925. En el capítulo de este libro titulado “We cannot Escape Our History”, se dice que este proyecto fue uno de los primeros ejemplos de la solidaridad estadounidense con los grandes objetivos nacionales. Véase: Brainard, Brainard, Sanbrailo (2007)

¹⁹ Véase: Alfaro y los estadounidenses (2014). Además de la concesión del ferrocarril, Alfaro aprobó el tranvía, la construcción de una planta eléctrica y trabajos de minería. Norton convenció a capitalistas de Wall Street y de la City de Londres, de constituir Ecuador Development Corporation y adquirir grandes extensiones de tierra en Quito. En 1904 Norton fundó The Quito Electric Light & Power Company, compró una pequeña planta de luz eléctrica que abastecía a pocas casas y calles e inició un agresivo plan de expansión del fluido eléctrico a toda la ciudad; para 1909 contaba ya con tres centrales termoeléctricas. The Quito Trams Co. se creó para atender el transporte público mientras que Inca Spring elaboraba agua mineral.

²⁰ Véase: Gozzi, Tappatá (2010), pp. 1-5.

Contraloría General de la República.²¹ La actividad desarrollada por Kemmerer fue fundamental para mejorar el contexto para las inversiones norteamericanas en la región. Paz y Miño Cepeda (2013) corrobora esta afirmación diciendo que, en Ecuador, el Banco Central, en funciones desde el 10 de agosto de 1927, fue creado para complementar y para apoyar a los bancos comerciales en sus negocios y para suministrar créditos a corto plazo para las empresas comerciales y productivas del país. Por último también hay que resaltar el saneamiento del puerto de Guayaquil. Desde que Estados Unidos hizo su posición efectiva en la Zona del Canal de Panamá en 1903, la actividad del saneamiento de los puertos marítimos de carga se convirtió en una prioridad de la salud internacional en la región.

Estos ejemplos, tal como se señaló antes, constituyen tan solo una muestra de los convenios que Ecuador firmó con Estados Unidos antes de la II Guerra Mundial. En su conjunto todos esos programas, tal como demuestran algunos estudios, nos dan la pauta de que Estados Unidos, a través de su política exterior, influyó en la construcción del aparato estatal ecuatoriano.²² Dentro de esta lista de convenios de cooperación hay uno que llama la atención al estar relacionado con los recursos naturales de Ecuador. Este es el trabajo sobre el potencial agrícola del país realizado por Frederick Wilson Popenoe (1892–1975) en 1921. Este botánico y agrónomo estadounidense, observó y fotografió plantas y proyectó su uso hacia potenciales cultivos estratégicos para Estados Unidos. Al mismo tiempo, en sus informes, describió prácticas laborales de América Central y del Sur, con lo que su trabajo fue vital para dar a conocer los recursos naturales del Ecuador en el período de entreguerras. Aunque no se ha podido acceder a esa fuente de información, podemos inferir que el trabajo de Popenoe tuvo relación con los mapas que la Comisión Rockefeller, en 1951, mostró al gobierno norteamericano y que incluían representaciones del flujo de bienes, capital y recursos estratégicos entre Estados Unidos y los países latinoamericanos.²³

²¹ Véase: Almeida (1994), pp. 149-152.

²² Véanse: Núñez (2012) y Rodas (2012). Estos trabajos ofrecen acercamientos históricos que permiten corroborar que en esos años existió ya en el país la influencia de diversas organizaciones de ayuda internacional interesadas en promover la salud pública como una responsabilidad de Estado.

²³ Véase: Montúfar (2002), pp. 60-61. Este autor explica que la conexión entre el interés económico y político estadounidense y el desarrollo internacional fue evidente en varios documentos e informes oficiales del gobierno de Estados Unidos. En esos documentos, señala Montúfar, se evidenciaba como el progreso social de otras regiones del mundo era esencial para el mejoramiento de los niveles de vida en Estados Unidos. En esos

En un futuro, contar con esa información podría ayudar a explicar, quizá desde otro enfoque teórico, la forma en que Estados Unidos a través de sus organizaciones de ayuda internacional intervinieron en el trópico.²⁴

En este contexto, la piedra angular sobre la que descansó la llamada modernización del país fue la investigación y control de enfermedades infecciosas y parasitarias. En este proceso a largo plazo, la ayuda internacional influyó para que la élite local desarrollara, en virtud de sus propios intereses y los de sus pares en el extranjero, las condiciones previas para la modernización sanitaria del país.²⁵ Este proceso alcanzó su cima entre 1941 y 1946 cuando Ecuador, a través de esa ayuda internacional, estableció la doctrina norteamericana sobre el control de enfermedades como base administrativa y operativa para la fundación de un laboratorio central local destinado a la investigación y control de enfermedades.

Al hablar de la “modernización sanitaria del país” esta investigación se refiere específicamente al proceso de “norteamericanización sanitaria”. Desde este estudio consideramos este proceso como un conjunto de actividades en salud promovidas desde el extranjero a través de varias organizaciones de ayuda y asistencia internacional, que fueron creando las condiciones para que el Estado se convirtiera en el principal motor impulsor de medidas para el aumento de la productividad. Un análisis referencial, acerca de este fenómeno de modernización y/o norteamericanización lo podemos encontrar en Picard y Schneider (2002) en el que se explica los mecanismos imperantes para la modernización mediante la ayuda en Francia. En este mismo contexto, Marinho (2001) se explora el

documentos de la Comisión Rockefeller sobre el Desarrollo internacional, se decía que el fortalecimiento de las economías subdesarrolladas y de sus niveles de vida debían ser considerados como acciones vitales para la defensa estadounidense. Para ilustrar aquel punto la Comisión expuso una serie de mapas en los que se mostraban el flujo de los bienes de capital y recursos estratégicos entre Estados Unidos y los países subdesarrollados.

²⁴ Wilson Popenoe amasó una colección de fotos que eran tanto etnográficas como botánicas. Destacan, por su excepcionalidad, las referentes a los estilos de vida en América Central y del Sur en la primera mitad del siglo XX. Su colección se encuentra actualmente en el Hunt Institute for Botanical Documentation (Carnegie Mellon University).

²⁵ Véase: Quevedo (2013). Aunque la visión positivista de las campañas sanitarias dejó de lado muchas de las enfermedades locales, no hubo momento entre 1908 y 1946, tal como se observara a lo largo de esta sección, en el que la erradicación no ocupara un sitio de importancia dentro de la política sanitaria local. Las campañas sanitarias bajo este concepto, servirían para que los países donantes controlasen la forma en la que los receptores y/o países considerados atrasados, lograsen desarrollar su potencial de acuerdo a los intereses del centro capitalista industrializado.

mecanismo de la ayuda internacional que en el caso de Brasil sirvió para expandir el modelo “flexneriano” en la educación médica. Asimismo, Menéndez Navarro (2007) hace referencia a las élites reformistas locales en la modernización y profesionalización de sus administraciones de salud pública a través de los programas de la Fundación Rockefeller para la legitimización de los intereses económicos, políticos y culturales norteamericanos en España. Estos estudios referenciales permiten entender cómo funcionan los mecanismos de la ayuda internacional en cuanto a una llamada modernización sanitaria del Estado y los intereses detrás de este concepto. En el caso ecuatoriano la institucionalización de la salud pública internacional y las campañas para la erradicación que se empezaron a practicar con la doctrina norteamericana, desde 1908, ilustran de como la política sanitaria internacional impulsada por organismos federales y privados fue modernizando el sistema sanitario nacional ya desde los albores del siglo XX. Un proceso que, además, tal como dice Montufar (2002), fue estableciendo niveles jerárquicos entre los donantes y los receptores al tiempo que servía también para crear una atmosfera apta para los intereses de los donantes.

2.1. La institucionalización de la salud pública en Ecuador, (1895-1916).

Durante la segunda mitad del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX, según García (1981), los países latinoamericanos desarrollaron sus sistemas de salud acorde a los supuestos de la producción capitalista destinada al comercio exterior. En este contexto, las cuarentenas convertidas en una traba para el comercio internacional, se convirtieron en un campo de intervención para la medicina y la ciencia. En Ecuador, este proceso se inició en los primeros años del siglo XX con el impulso de la Oficina Sanitaria Internacional y del Public Health & Marine Hospital Service. La convergencia de estas fuerzas dieron lugar a que, en 1908, se creara en Ecuador un organismo sanitario local entrelazado con la política de salud internacional: el Servicio de Sanidad Pública (SSP).²⁶

²⁶ Véase: Samaniego (1957). El Servicio de Sanidad Pública en 1908, posteriormente conocido como la Dirección General de Sanidad, fue desde su creación una institución orgánica de algunos ministerios de Estado. En 1925, el Servicio de Sanidad Pública se reorganizó en los distritos Norte y Sur y se creó un Consejo Superior de Sanidad en Quito. En 1937, la Dirección General de Sanidad se trasladó de Quito a Guayaquil. Como vimos anteriormente, este traslado hay que entenderlo en el marco de la lucha de poder entre los capitalistas de la Costa y los terratenientes de la Sierra. En 1967, la DGS fue absorbida por el actual Ministerio de Salud Pública.

Para Juan Cesar García (1981) la creación de organismos como el SSP en los países de Latinoamérica obedeció a un cambio sustancial en el papel jugado anteriormente, en este ámbito, por los Estados de la región. La institucionalización se orientó a crear unidades burocráticas en lugar de cuerpos colegiados. Esas nuevas unidades desarrollaron actividades ejecutivas pero no consultivas o normativas. En el caso ecuatoriano, tal como se observará a continuación, esto significó la sustitución de instituciones tradicionales a cargo de la Iglesia, que prestaba asistencia bajo el concepto de caridad cristiana,²⁷ y de organismos estatales que con modelos arcaicos dirigieron el control sanitario de Guayaquil sin aparente efectividad frente a los requerimientos enmarcados en la expansión del comercio internacional y de las necesidades de una burguesía agroexportador en ascenso.²⁸ En los albores del siglo XX, la estructura sanitaria del Estado se corresponde con un periodo entre 1895 y 1911 en el que el liberalismo radical, alineado con las discusiones científicas de las cuatro primeras conferencias Sanitarias (1902, 1905, 1907 y 1910-11), se convirtió en el grupo de poder y en la fuerza política impulsora de la salud alineada con un proceso de pensamiento de occidentalización. Es decir, en esos años, según Peñaherrera (1991), la tarea del liberalismo fue la de convertirse en el motor de los procesos de construcción nacional mediante la racionalidad (entendida como una fuerza impulsora de la modernidad) y como un movimiento que se afirmó por contraposición al orden teológico.

En 1908, el Estado oficializó en Ecuador la salud pública bajo los requerimientos del nuevo sistema de salud internacional. En muchos trabajos se conoce a este periodo como el inicio del “movimiento de salud pública”.²⁹ En ese año, convergieron en un mismo punto la ayuda internacional para la lucha contra enfermedades contagiosas a través del comienzo del saneamiento del puerto de Guayaquil y la urgencia del Estado local para la modernización y centralización del sistema sanitario nacional. Con respecto al inicio del movimiento de salud pública en Ecuador en 1908, es importante subrayar que este no fue un simple acto aislado del Estado ecuatoriano para modernizar el Estado. Al contrario, este fue un proceso que tuvo su origen en el año 1902. Brevemente, se puede decir que el nuevo

²⁷ Véase: Núñez (2012), p. 24.

²⁸ Véase: Paz y Miño Cepeda (2012).

²⁹ Pinault, Hunter (2012). Véase, también: Rodas (2012).

concepto apareció durante el período presidencial del General Leónidas Plaza. En efecto, durante la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Washington D. C. el 24 de diciembre de 1902 el Estado firmó, junto a 27 representantes de otros países latinoamericanos, el documento que dio origen a un comité sanitario internacional y una oficina sanitaria internacional. A estos organismos, cada país signatario, debía enviar los datos relacionados con su estado sanitario, para obtener en el menor tiempo el mayor auxilio “en pro de la salubridad general”.³⁰ Más tarde, durante el gobierno Lizardo García (1 sep. 1905-15 ene. 1906), la nueva concepción sanitaria se consolidó con el acuerdo firmado durante la Convención Sanitaria de Washington D.C., celebrada el 14 de octubre de 1905.³¹ En esa reunión, los éxitos en Cuba, en la Zona del Canal de Panamá y en la ciudad de Nueva Orleans contra la fiebre amarilla a través de la doctrina del mosquito, se utilizaron como base para el saneamiento público y, paralelamente, se estableció el primer Código Sanitario Panamericano que pasó a regular y unificar los procedimientos de sanidad internacional recomendados en casos de una epidemia de cólera, peste y fiebre amarilla. Acto seguido, después del retorno del General Eloy Alfaro al poder (1906-1911), las recomendaciones de la Tercera Conferencia Sanitaria, celebrada en México D.F., del 2 al 7 de diciembre de 1907, sirvieron para el establecimiento de la vacunación obligatoria contra la viruela y de una llamada “propaganda profiláctica” contra el paludismo y la tuberculosis.³² En el marco del primer Código Sanitario Panamericano, acordado en 1905, y de los acuerdos de 1907, el gobierno ecuatoriano institucionalizó la salud pública internacional con la creación, en 1908, del Servicio de Sanidad Pública. Un proceso en el que la ayuda de organizaciones sanitarias internacionales fue fundamental. Este proceso, que sirvió para establecer el movimiento de salud pública en Ecuador, tomó un rumbo definitivo después de los acuerdos tomados durante la Cuarta Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en San José de Costa Rica del 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910. En esa Conferencia, los países signatarios, en el contexto del Código

³⁰ Véase: Cueto (2004), p. 39.

³¹ Véase: Alfaro (1906). A la convención de Washington asistieron los presidentes de las repúblicas de Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y Venezuela. En Ecuador, las leyes fijadas a nivel internacional para cuestiones relacionadas con la fiebre amarilla, la conveniencia de encargar a las diferentes autoridades nacionales todas las disposiciones referentes a cuarentena marítima así como el control de epidemias peligrosas para territorios contiguos, entraron en vigor el 30 de abril de 1906.

³² Véase: Delgado, Estrella, Navarro (1999), p.35.

Sanitario de 1905, acordaron asegurar el saneamiento efectivo de los puertos por medio de obras higiénicas indicadas por especialistas.³³

En este marco de desarrollo de la salud internacional, desde inicios del siglo XX, un sinnúmero de enfermedades contagiosas se desarrollaron en Guayaquil, principal puerto marítimo y de carga de Ecuador. En 1908, después de que el Estado ya estaba bajo las normas del Código Sanitario Panamericano de 1905, se presentó en esta ciudad la peste. El gobierno, tan pronto como tuvo conocimiento de la aparición de ratas muertas en el puerto de Guayaquil, ordenó medidas de prevención y acción sanitaria tanto en el mismo puerto como en la línea de ferrocarriles. Inmediatamente, la compañía de ferrocarriles inició un programa de fumigaciones y el Estado nombró a un Inspector General de Sanidad con el fin de que este se encargase de coordinar con la Junta respectiva el control de la enfermedad. Por otra parte, el Estado dictó también una Ley para crear un organismo sanitario, la Comisión Sanitaria Especial (CSE), para el saneamiento del puerto de Guayaquil. Este organismo, de acuerdo a los convenios internacionales y la propia visión del General Eloy Alfaro sería puesto en marcha bajo la dirección de los mejores médicos de la Costa conforme a las instrucciones de higienistas norteamericanos.³⁴

La CSE absorbió a la Junta de Sanidad Marítima y Urbana que se había creado en 1899. Esta Junta, que estaba a cargo del intendente de policía, había desarrollado diferentes actividades para la vigilancia sanitaria en la Isla Puna y en el puerto de Guayaquil como la desinfección marítima y terrestre y la administración de un Lazareto que se había creado a su vez en 1905. Paralelamente, desapareció el Consejo Supremo de Sanidad creado en la ciudad Quito en 1903 con jurisdicción en toda la República, dando paso a las nuevas Juntas Superiores de Sanidad e Higiene en Quito y Guayaquil. Estas Juntas, según el artículo 8 del decreto ejecutivo de su creación, debían formular los reglamentos de saneamiento e higiene para evitar la propagación de enfermedades como la fiebre amarilla, la peste, el cólera, la lepra, la tuberculosis, la sífilis, la difteria, la viruela y la escarlatina.

³³ Véase: *Actas de la 5ª Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas... (1912)*.

³⁴ Véase: Arregui (1908)a, p. 3.

Para el establecimiento de la CSE el gobierno del General Eloy Alfaro recibió la ayuda de los médicos cirujanos del Public Health & Marine Hospital Service, el Dr. Bolívar Lloyd y el Dr. J. C. Perry,³⁵ quienes fueron, en definitiva, los responsables de la primera gran transformación de la salud pública en Ecuador, así como de la introducción de las primeras campañas para el saneamiento de Guayaquil siguiendo los acuerdos de las tres primeras conferencias sanitarias panamericanas. En 1908, Lloyd y Perry presentaron al General Alfaro un plan para el saneamiento del puerto de Guayaquil³⁶ que formaba parte de la misión del PHMHS orientada a vigilar las enfermedades cuarentenables en diferentes estaciones de inspección y desinfección marítimas ubicadas en las vías fluviales y los puertos de entrada en el Atlántico, el Golfo y las costas del Pacífico. Lloyd y Perry actuaban como oficiales de salud norteamericanos asignados a puertos en América Latina, como La Guaira en Venezuela, El Callao en Perú, y Guayaquil en Ecuador. El propósito de Estados Unidos en este sentido, era hacer cumplir el sistema de patentes de sanidad.³⁷ Los oficiales una vez que llegaban a sus lugares de servicio entablaban una estrecha colaboración con los cónsules de Estados Unidos para la administración de la cuarentena en

³⁵ Véase: García (1981). En 1904 Lloyd fue enviado al consulado de los Estados Unidos en Callao, Perú, debido a un brote de peste en Lima y en el mismo Callao. La responsabilidad de Lloyd en Callao fue la de tratar de evitar la expansión de la peste, viruela y otras enfermedades que podrían llevar los barcos desde esos puertos hacia la zona del Canal y desde ahí hacía Estados Unidos. La aparición de la fiebre amarilla en Guayaquil, hizo que el gobierno norteamericano transfiriera a Lloyd en 1906 al Consulado de los Estados Unidos en Guayaquil. Por otra parte, el Dr. J.C. Perry fue un médico del Servicio de Salud de la Zona del Canal, quien fue enviado a Ecuador junto con el Dr. Bolívar Lloyd para formar parte de la Comisión Sanitaria Especial. Véase: United States Department of State (1912), p.108. Lloyd y Perry eran miembros del PHMHS que estaba compuesto por varios hospitales dedicados al cuidado de los marineros enfermos y discapacitados en Estados Unidos; la Marina Mercante; la Guardia Costera de Estados Unidos y otros beneficiarios federales. No obstante, antes de la llegada de Lloyd y Perry, la presencia norteamericana para la vigilancia de la condición sanitaria del puerto ya existía. El 9 de febrero de 1904, tan solo un año después que Estados Unidos tomara posesión de la zona del Canal de Panamá, el presidente de los Estados Unidos designó al Dr. Fleetwood Groover como médico agregado al Consulado General de Guayaquil. Groover, quien llegó el 25 de febrero de ese mismo año, organizó inmediatamente una estación cuarentenaria en el puerto. Más tarde, Groover fue relevado por Lloyd el 14 de enero de 1906. Entre la salida de Groover y la llegada de Lloyd el puesto fue ocupado por el Dr. Luis Cornejo Gómez de la Junta local. Véase: Webster (1920), pp. 15-16.

³⁶ Webster (1920), pp.7-15. “Las indicaciones preliminares” sobre la “extirpacion” de estas enfermedades estan contenidas en un documento firmado el 16 de marzo de 1908 por Bolivar J. Lloyd y J.C. Perry en el que consta: la organización, las medidas para el saneamiento de Guayaquil, el personal requerido y una lista de medidas permanentes para el mejoramiento del estado sanitarios del puerto.

³⁷ La patente de sanidad se le exigía al capitán de cualquier buque destinado a un puerto de cualquiera de los países signatarios de la Oficina Sanitaria Internacional. Esta patente debía obtenerla por duplicado el capitán del buque en el puerto de salida y en los de escala. Además, la patente de sanidad debía estar acompañada de una lista de los pasajeros y de los embarcados subrepticamente que se hubieran descubierto. También debía indicar el puerto donde se embarcaron y el puerto de destino así como una lista con los miembros de la tripulación. Este documento estuvo vigente hasta el primer tercio del siglo XX. Véase: Oficina Sanitaria Panamericana (1924), pp. 1-6.

esos puertos.³⁸ Las indicaciones preliminares del proyecto de 1908 para el saneamiento de Guayaquil, que Lloyd y Perry presentaron al General Alfaro, sirvieron para cumplir la normativa internacional planteada en la convención sanitaria de 1905.³⁹

Estas propuestas, que incluían un completo plan para la implementación inmediata de medidas sanitarias en el puerto, formaban parte de una estrategia que obedecía, en primer lugar, a los intereses norteamericanos para agilizar las largas demoras de los vapores de pasajeros a su llegada a Panamá, y en segundo lugar a una determinación de la salud internacional, en el contexto de los intereses creados alrededor de la expansión del comercio internacional, para dominar las epidemias con el establecimiento de labores sanitarias permanentes.⁴⁰ En este contexto, el gobierno con el fin de apoyar las acciones de los higienistas norteamericanos, declaró vigente el Código Sanitario aprobado en la Convención Sanitaria ad-referéndum de 1905.⁴¹

Según Arregui (1908a), Lloyd los higienistas norteamericanos obtuvieron resultados favorables después de su primera intervención sanitaria. Las enfermedades, decía, desaparecieron hasta un nivel en el que la población creía que al fin se podía vivir en mejores condiciones sanitarias. Esos resultados, tal como subraya el mismo Arregui, crearon entre los locales una tendencia orientada a sentir “la ayuda” norteamericana como “necesaria”. Pues, las campañas desarrolladas por los higienistas norteamericanos en comparación a otras realizadas en años anteriores por la Junta de Sanidad Local, en apariencia, habían demostrado ser más efectivas.⁴² Este ánimo popular, de alguna manera, sirvió también para eliminar los sentimientos anti-norteamericanos que en esa época eran notorios, especialmente entre los grupos de poder identificados con la corriente de pensamiento conservadora.⁴³

³⁸ Véase: United States. Public Health Service (1904).

³⁹ Alfaro (1908)a.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 13.

⁴¹ Véase: Alfaro (1906).

⁴² Arregui (1908)b.

⁴³ Véase: Hurtado (1977). La llegada de la dominación liberal, sobre la hegemonía conservadora, marco la conducción del proceso político entre 1895 y 1925. Las ideas liberales, en el contexto del auge cacaotero, acrecentó la preponderancia económica del Litoral. Eloy Alfaro, su máximo representante se convirtió en el portavoz de los intereses de los notables guayaquileños a quienes, en virtud de sus propios intereses, les interesaba la reducción de la hegemonía conservadora vigente en el país desde la independencia de 1830.

Los resultados de la campaña de Lloyd sirvieron para que Alfaro, inmediatamente en octubre de 1908 y después de disolver la CSE, creara dentro del Ministerio del Interior un organismo local subsidiario de la Oficina Sanitaria Internacional, el Servicio de Sanidad Pública mediante una Ley de 29 de octubre de dicho año. Lloyd fue nombrado director interino de dicho servicio que se instaló en la ciudad de Guayaquil. Lloyd, desde sus nuevas funciones, redactó el primer Código Sanitario ecuatoriano en concordancia con la normativa internacional.⁴⁴ El documento elaborado por Lloyd compendió 16 reglamentos y ocho disposiciones generales que fueron aprobados en Quito el 3 de Abril de 1909. Al mismo tiempo, el presidente de la República, el General Eloy Alfaro, a través del Ministro de lo Interior y Beneficencia, el Dr. A. Reyes, ordenó la ejecución inmediata de esta normativa.⁴⁵ Al mismo tiempo, La noticia de la creación de la nueva oficina sanitaria en Guayaquil y de los reglamentos sanitarios promulgados por el Congreso del Ecuador, así como el nombramiento de Lloyd a propuesta del propio presidente Alfaro, agradó al gobierno federal de los Estados Unidos. Posteriormente, en un documento de la Embajada en Quito relativo a las relaciones exteriores entre Ecuador y los Estados Unidos donde se hacía referencia al mensaje anual del presidente transmitido al Congreso el 8 de diciembre 1908, se decía:

“varios acuerdos se trataron de concretar entre el United States Department of State y el Ecuador para conseguir un arreglo para que los Estados Unidos supervisen el saneamiento de Guayaquil. Sin embargo, este plan se frustró por la oposición de la Junta Superior de Sanidad de Guayaquil la cual, junto a la municipalidad, tenía amplia autoridad”.⁴⁶

“El plan”, al que se hacía referencia en el documento, estaba ligado a las intenciones que tenía Estados Unidos para intervenir en el saneamiento del puerto guayaquileño por sus conexiones vía marítima con la zona del Canal de Panamá. Cabe recordar que los Estados Unidos, después de impulsar la independencia de la provincia panameña de Colombia, el 3

⁴⁴ Ministerio de lo Interior (1908).

⁴⁵ Servicio de Sanidad Pública del Ecuador (1909).

⁴⁶ “It will be recalled that several agreements had been reached between the department and Ecuador, looking toward an arrangement whereby the United States should superintend the sanitation of this port. This plan was balked by the opposition of the superior board of health of Guayaquil, which had ample authority and at that time some funds, and also by the municipality of that city”. Minister Fox to the Secretary of State [Quito, November 16, 1908] (1912), p. 285.

de noviembre de 1903, se propuso terminar la construcción del Canal de Panamá, destinando un enorme esfuerzo económico, los últimos avances en ingeniería y las medidas sanitarias necesarias para eliminar enfermedades como la fiebre amarilla y la peste.⁴⁷ En ese sentido, la noticia del apoyo del General Alfaro a los higienistas norteamericanos, de acuerdo a la Conferencia Sanitaria de 1905, fue recibida con sumo agrado por el gobierno norteamericano.

A manera de colofón, se puede decir que a partir de 1895, año en el que el General Eloy Alfaro inició un ciclo que en Ecuador se conoció como el de la corriente liberal-radical, la salud pública experimentó una profunda transformación. Organismos como el PHMHS y la OSI jugaron roles importantísimos en la forma en la que el país, durante los primeros diez años del siglo XX, evolucionó en el tema de la salud pública. En ese contexto, la investigación y control de enfermedades, con una visión positivista de la salud pública y de occidentalización, políticamente hablando, se enfocó en la expansión del comercio internacional. Así, esta herramienta, clave durante la primera década del siglo XX, se utilizó por parte de los Estados Unidos para hacer del saneamiento de Guayaquil una responsabilidad del Estado. A continuación se describe y analiza un período hasta 1916. En esa coyuntura se puede observar la forma en la que la salud pública, bajo los lineamientos de la IV Conferencia Sanitaria Panamericana de 1910, se consolidó en Ecuador a través de los organismos sanitarios creados durante el gobierno del General Alfaro. En ese periodo se describe y analiza la transición entre los higienistas norteamericanos, quienes codificaron la normativa sanitaria ecuatoriana y organizaron el Servicio de Sanidad Pública con el modelo norteamericano y los médicos ecuatorianos. Al final del periodo se observa la llegada al país de una comisión norteamericana privada la cual en un marco de ayuda humanitario le propone al Estado ecuatoriano la “erradicación” de la fiebre amarilla del puerto de Guayaquil.

⁴⁷ Véase: Goethals (1916), pp. 15-21.

2.2. El Servicio de Sanidad Pública hasta 1916.

A partir de 1912, políticamente hablando, el país pasó de una corriente de pensamiento caracterizada por el liberalismo radical (1895-1911) a otra orientada al liberalismo moderado que mantendrá su hegemonía en Ecuador hasta 1916.⁴⁸ Según Cornejo (1910), el Dr. Bolívar Lloyd permaneció al frente de la Dirección del Servicio de Sanidad Pública desde 1908 hasta finales de 1910. En el momento de su salida, este servicio ya estaba organizado de acuerdo a las nuevas normas que regían la sanidad internacional. El primer director ecuatoriano en recibir esas funciones fue el Dr. Luis Felipe Cornejo Gómez (1873-1955).⁴⁹

Cuando la Dirección General de Sanidad pasó a manos de médicos ecuatorianos la fuerza política interna impulsada por el General Alfaro había languidecido. También disminuyó la intensidad de las actuaciones de la Oficina Sanitaria Internacional. Con respecto a esta última, cabe señalar que esto fue un efecto directo del fenómeno de reorganización internacional que se empezaba a vivir en la región en los inicios de la segunda década del siglo pasado. La última Conferencia Sanitaria, se había reunido en Santiago de Chile en 1911 y no se volvieron a retomar estas reuniones hasta después de la I Guerra Mundial en 1920. En este año se celebró la sexta Conferencia Sanitaria Internacional en Montevideo del 12 al 20 de diciembre.⁵⁰ En el plano local, desde que Cornejo se hizo cargo del Servicio de Sanidad Pública el sistema sanitario sufrió un recorte de sus rentas lo que obligó automáticamente a la disminución de las entidades al cargo de la vigilancia sanitaria de Guayaquil. En esos años, el Estado tuvo que soportar la crisis internacional derivada de la I Guerra Mundial. Ayala Mora (2013) señala que en este período el país dejó de ser el primer productor mundial de cacao y se inició un periodo de

⁴⁸ Véase: Paz y Miño Cepeda (2012). El liberalismo moderado a diferencia de la visión social de Alfaro respondió a los intereses de las élites del poder terrateniente y de las burguesías emergentes. Los sectores oligárquicos que habían sustentado al liberalismo radical, advirtieron que los liberales moderados coincidían mejor con la preservación de sus intereses.

⁴⁹ Luis Felipe Cornejo nació en Guayaquil. Desde sus funciones como médico, fue el primer director ecuatoriano del Servicio de Sanidad Pública. En 1915 fue Alcalde de la ciudad de Guayaquil y más tarde rector de la Universidad de Guayaquil (1925-1931). En 1930 fue propuesto como Senador de la República del Ecuador, pero rechazó el puesto debido a su estado de salud. Véase: Pérez Pimentel (1987)b.

⁵⁰ Delgado, Estrella, Navarro (1999), p. 356.

crisis económica que se extendió hasta 1920. La pérdida de los mercados europeos había afectado principalmente a los grupos de poder de la Costa.

En el contexto de los acuerdos adoptados durante la IV Conferencia Sanitaria de San José de Costa Rica en 1910, la etapa de reorganización del sistema internacional, caracterizada internamente por la crisis de las exportaciones del cacao, significó un retroceso en cuanto al saneamiento del puerto de Guayaquil. Pues, dentro de la política sanitaria internacional que estableció el compromiso de los gobiernos signatarios para el saneamiento efectivo de los puertos, se quedó sin ningún tipo de apoyo. Según Cornejo (1910), cuando los médicos locales se hicieron cargo del Servicio de Sanidad Pública, las principales ciudades como Guayaquil, intervenidas recientemente por los higienistas norteamericanos, estaban llenas de construcciones arcaicas, sin obras de higiene y con una grave deficiencia en el suministro de agua potable. Además, según un informe en 1914 dirigido al Estado por el Dr. León Becerra, segundo director ecuatoriano del Servicio de Sanidad Pública, en la transición entre los higienistas norteamericanos y los médicos locales en 1910, el puerto de Guayaquil se había plagado nuevamente de enfermedades tales como el paludismo, la viruela, la tuberculosis, la peste y la fiebre amarilla⁵¹.

En ese sentido, las labores de los médicos locales se habían concentrado en realizar trabajos sanitarios prioritarios tales como el saneamiento de campamentos militares, la vigilancia de la sanidad marítima, la elaboración de estadísticas sanitarias y la administración operativa de una estación de cuarentenas de acuerdo con las líneas administrativas y operativas de la Convención Sanitaria de 1905. Además, en cuanto a la fiebre amarilla, se encargaron de mantener los servicios de fumigación y de desinfección de charcas para mantener bajo control al mosquito en su etapa larvaria mediante un método llamado de petrolización (figura n° 2). En este contexto, los lazaretos de la peste (figura n° 3) y de la fiebre amarilla (figura n° 4) reorganizados desde 1908 por el Dr. Bolívar Lloyd, se constituyeron con muy pocos recursos en piezas clave del Servicio de Sanidad Pública (Becerra, 1914).

⁵¹ Becerra (1914).

Figura n° 2. Cuadrilla de desinfección de charcas perteneciente al Servicio de Sanidad Pública en 1910. (Petrolización de charcas).



Fuente: Cornejo (1910), p. 40.⁵²

Figura n° 3. El lazareto de la peste en Guayaquil, perteneciente al Servicio de Sanidad Pública en 1910.



Fuente: Cornejo (1910), p. 33.⁵³

⁵² En la figura se puede observar a una cuadrilla de la DGS, llamada de desinfección de charcas, petrolizando los criaderos de mosquitos. El petróleo creaba una capa en la superficie del agua que impedía que llegara el aire a las larvas del mosquito. Estas eran técnicas que se popularizaron desde que los norteamericanos sanearon el istmo panameño para la construcción del canal interoceánico.

⁵³ En la fotografía, tomada del informe de la sanidad en 1910, se puede observar el Lazareto de la peste que fue administrado por la Junta de Sanidad durante la campaña sanitaria del Dr. Bolívar Lloyd en 1908. Estas instalaciones fueron utilizadas después por el Servicio Sanitario de Sanidad en 1910 y fueron administradas por el Dr. Wenceslao Pareja.

Figura nº 4. Lazareto de la fiebre amarilla en Guayaquil (1910).



Fuente: Cornejo (1910), p. 12.⁵⁴

Es necesario resaltar que el Servicio de Sanidad Pública, a pesar de la falta de apoyo por la inactividad política debida a la crisis,⁵⁵ desde 1913, expandió la influencia de la sanidad internacional hacia los demás puertos marítimos del Ecuador.⁵⁶ Esa expansión se inició con la construcción de un Lazareto en Manta. Este establecimiento sanitario en el que se aislaba a los infectados o sospechosos de enfermedades contagiosas junto a la vacunación de la ciudadanía con Linfa Haffkine,⁵⁷ se convirtieron en la mejor estrategia para combatir la epidemia de peste que amenazaba con atacar el segundo puerto marítimo más importante de Ecuador.⁵⁸ Otro aspecto que vale la pena destacar en esos años fue la

⁵⁴ En la fotografía se puede ver a una cuadrilla de la sección de fumigaciones de la campaña sanitaria contra la peste. Esta cuadrilla regaban el piso con una cantidad importante de polvo de piretrum, insecticida utilizado en esa época para destruir las pulgas vectores de la enfermedad.

⁵⁵ Véase al respecto la nota de prensa: Saneamiento de Guayaquil (1912).

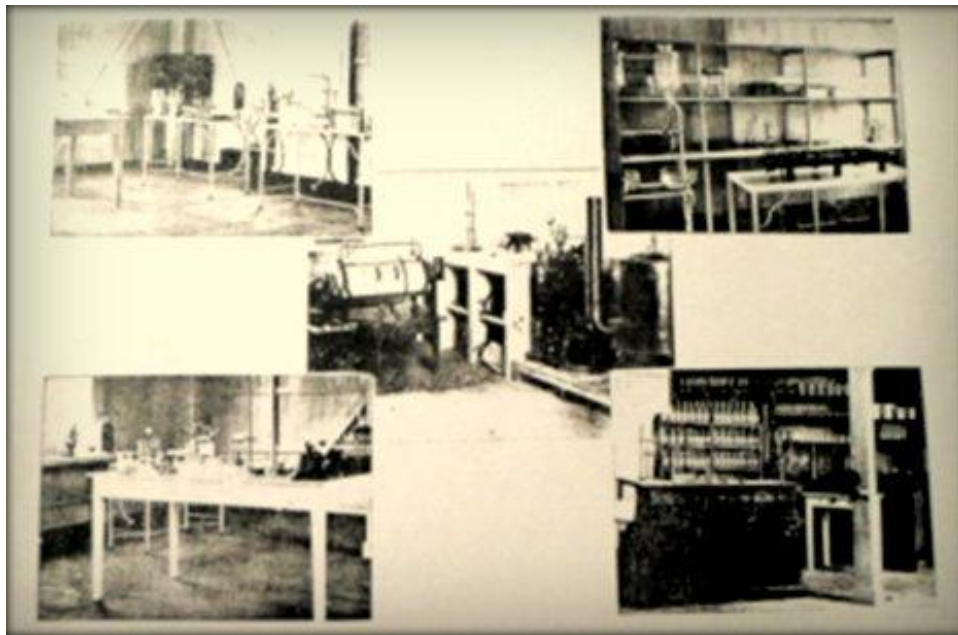
⁵⁶ Las campañas para el control epidemias en los puertos marítimos principales, Guayaquil, Manta y Esmeraldas, se basaron en la importación de vacunas como paliativos temporales. La fiebre amarilla, por ejemplo, que seguía siendo junto a la peste una de las principales amenazas para los intereses de la producción nacional en el mercado internacional, no pudo ser eliminada por falta de un conocimiento preciso sobre la etiología de la enfermedad. Véase: Becerra (1914), pp. 10-11.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 26. La Linfa Haffkine fue una vacuna contra la peste bubónica que proporcionaba protección por pocos meses y se sabía que, por lo menos, el 2% de los inoculados contraían la infección. Hasta 1914, se utilizaron 20.521 dosis en la vacunación. Véase: Vacunación Antipestosa. (1916). La DGS utilizó el medicamento, según la reforma de sanidad expedida el 4 de octubre de 1913, art. 22, en la que el gobierno autorizaba la vacunación anti-pestosa, sin consentimiento.

⁵⁸ Becerra (1914), pp. 4-25.

solicitud del director del Servicio de Sanidad Pública, el Dr. León Becerra,⁵⁹ al Estado para crear un laboratorio especializado en enfermedades contagiosas para la salud pública. Becerra decía que el laboratorio, junto a la construcción de obras sanitarias permanentes, era clave para mantener la condición sanitaria de los puertos, especialmente el de Guayaquil. Según los datos que proporcionó Becerra entre 1913 y 1914, con los escasos recursos económicos entregados por el Estado al Servicio de Sanidad Pública, solo se pudo crear un pequeño laboratorio bacteriológico para el diagnóstico de la disentería bacilar⁶⁰ (Véase figura n° 5).

Figura n° 5. Laboratorio del SSP para el diagnóstico de la disentería bacilar en 1910.



Fuente: Becerra (1915), p. 17.

⁵⁹ Véase: Izquieta Pérez (1946). El Dr. León Becerra Camacho (1861-1921), fue el segundo director ecuatoriano del Servicio de Sanidad Pública del país. Sobre de este médico, solo existen los informes anuales que dirigió al Estado. Después que el Dr. Bolívar Lloyd organizara la defensa sanitaria del país, este fue relevado por el Dr. Luis Felipe Cornejo. A Cornejo le siguió el Dr. Becerra. Durante su tiempo como director llegó a Ecuador la llamada, Yellow Fever Commission to Ecuador en 1918, financiada por la Fundación Rockefeller. Más tarde, Becerra fue reemplazado en sus funciones por el Dr. Wenceslao Pareja quien, después de varios años como director de la sanidad, entregó sus funciones al Dr. Luis Mariano Cueva. En 1931, la dirección de sanidad paso a manos del Dr. Soyago hasta que, en 1937, esas funciones fueron asumidas por el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez.

⁶⁰ Becerra (1915), pp. 1-22.

Las críticas constantes del Dr. Becerra, liberal de tendencia radical, al gobierno de Leónidas Plaza cuyo gobierno se caracterizó por impulsar una corriente política de pensamiento liberal moderada, sirvieron para crear una atmosfera más sana para que los norteamericanos intervinieran directamente en el saneamiento del puerto. En efecto, desde que Leónidas Plaza asumió el poder por segunda vez (1912-1916), la situación fiscal se había deteriorado. Muchos empleados del sector público se encontraban impagados y las obras públicas estaban detenidas. Becerra, criticaba al gobierno ya que su petición de un laboratorio central, basada en los acuerdos sanitarios internacionales firmados en 1910, no se había hecho realidad. Esto ocurría, decía el mismo Becerra en una entrevista a un periódico local, a pesar de que el Estado sabía que el puerto era la principal salida del comercio ecuatoriano y que, por su posición geográfica, era el puerto de mejor acceso en toda la costa oeste de América del Sur.⁶¹

En uno de sus informes, Becerra decía también que era inconcebible que contando con médicos cualificados, en el caso de la fiebre amarilla por ejemplo, estos tuvieran que limitarse a tratar la enfermedad con sulfato de quinina combinandola con el uso de plantas locales cuando ya se sabía de la etiología viral de esta enfermedad.⁶² En su informe, de 1915, Becerra pedía al Estado un presupuesto que sobrepasase la exigua cantidad de los 10.000 sucres asignados. Una renta mensual con la que el director decía, era imposible atender las demandas de la Salud Pública. Frente a esta crisis, y para sostener el sistema, se redujo el personal técnico-profesional, se suprimieron la mitad de las cuadrillas de saneamiento y además, se eliminaron los servicios sanitarios en Esmeraldas, Milagro, Huigra, Alausi y la Subdirección de Sanidad en Babahoyo. De cara a esta aparente situación precaria con respecto a las enfermedades locales, Becerra, en un informe general al gobierno, decía:

“se recibe solo la mitad de la renta, con ese presupuesto apenas alcanza para hacer una campaña contra la fiebre amarilla y la ciudad, refiriéndose a Guayaquil, carece

⁶¹ Saneamiento de Guayaquil (1912).

⁶² El medicamento habitual en el tratamiento de la fiebre amarilla era el sulfato de quinina en dosis elevadas desde la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Este era un método atribuido al Dr. Hunt de New Orleans. Ortega (1987), p. 226.

de pavimentación, canalización y abastecimiento de agua ya que los trabajos de la J.G. White & Co., no son suficientes para abastecer de agua a Guayaquil”.⁶³

En este contexto, donde los liberales de tendencia moderada no veían la investigación de enfermedades infecciosas como una prioridad del Estado, el Servicio de Sanidad Pública comenzó a generar una tendencia hacia la ayuda internacional. Una fuerza que, tal como se ha señalado antes, en esos años estaba en transición a causa de la I Guerra Mundial. Becerra, firme en su convicción política liberal-radical en la que al parecer prevalecía la “racionalidad” sobre la salud pública, dirigió el Servicio de Sanidad Pública de acuerdo al Código Sanitario Internacional de 1905 con una política centrada en la higiene de los puertos; el tratamiento de enfermos al mínimo costo posible; la menor posible aplicación de cuarentenas y, todo ello, con la estrategia de profesionalizar a la mayor cantidad de médicos para que ejercieran cargos públicos. Con respecto a este último dato, lo que se puede apreciar de este periodo de austeridad económica, es que la tendencia en cuanto a la profesionalización de los médicos se dirigió con mayor énfasis hacia los aspectos administrativos y de gestión.⁶⁴ Esta tendencia, en el marco de la expansión del comercio internacional, es un claro indicador de que la política sanitaria internacional se dirigía cada vez más a convertir al Estado en el motor impulsor de los procesos deseados desde el exterior. Los administradores en salud pública, tal como se observará más tarde, se convirtieron en elementos clave de un sistema donde la norteamericanización de la salud pública fue esencial para los intereses de los Estados Unidos.

Durante el periodo de Becerra se puede observar que, a pesar de las grandes limitaciones económicas, la salud internacional, tal como venía desarrollándose desde la I

⁶³ Becerra (1915), p. 37. El abastecimiento de agua para Guayaquil fue una medida sanitaria permanente que, entre otras, se convirtió en una consigna desde el período de Lloyd en la DGS. De esta forma, un constante abastecimiento de agua potable, suponía frenar la amenaza de enfermedades tales como la fiebre amarilla, la peste bubónica, la viruela, el paludismo, la tuberculosis y la fiebre tifoidea.

⁶⁴ Campos (1925), pp. 30-31. Médicos como, el Dr. Wenceslao Pareja, director de los Lazaretos; el Dr. Francisco Andrade, al frente de la sanidad marítima; el Dr. José D. Escobar y el Dr. Miguel Campodónico, encargados de los pabellones de observación en Guayaquil y Duran, respectivamente, ilustran la tendencia de profesionalización de esos años. Existen también los casos, como los del Dr. Francisco Campos, profesor de entomología especial y el Lcdo. Jorge T. Larrea, director del laboratorio de bacteriología. Ambos, de alguna manera, se convirtieron en profesionales que contribuyeron al ámbito de la investigación en las primeras décadas del siglo pasado. Campos organizó el “Survey” de Mosquitos de la campaña antipalúdica organizada por J. G. White & Co. Ltda. en Guayaquil. Su trabajo fue uno de los principales aportes entomológicos en esos años al recoger y catalogar las especies de mosquitos prevalentes en esa época.

Conferencia Sanitaria en Washington (1902), se consolidó en Ecuador. En su posición crítica con la política austera del gobierno de Plaza, Becerra decía que lo poco que se hacía eran labores incompletas y muchas veces de escasa utilidad local.⁶⁵ Aunque, Becerra, no amplía en su informe lo que él llama “labores de escasa utilidad” suponemos que se refería a la investigación y control de las enfermedades como un proyecto esencial pero sin apoyo gubernamental. Pues, si se considera su ideal liberal-radical, la falta de ese laboratorio habría significado una traba para los intereses económicos de los productores y exportadores de Guayaquil. En efecto, la falta de control de enfermedades como la fiebre amarilla, desde 1902, ya estaba directamente relacionada con el comercio internacional⁶⁶ y según las estimaciones de esos años, producía al país pérdidas de más de un millón de sucres mensuales.

A nivel internacional, Estados Unidos, que desde 1903 había empezado la construcción del Canal de Panamá y establecido en 1912 una base naval en Guantánamo (Cuba),⁶⁷ exigía a Ecuador la implementación de medidas para controlar las enfermedades infecciosas presentes, principalmente, en el puerto de Guayaquil. Esa presión interna, de alguna manera, se puede percibir leyendo un extracto de un informe del Director del Servicio de Sanidad, el Dr. Becerra, al presidente de la República, Alfredo Baquerizo Moreno en 1917.⁶⁸ En este documento, el Ministro de lo Interior y Sanidad, decía:

“El saneamiento de Guayaquil se impone: es hoy la obra más importante que reclama el Ecuador. Son innumerables los perjuicios que sufre el país en su comercio, en su agricultura y en todo cuanto se relaciona a la migración. ¿Por qué? Por el temor que tiene el extranjero de vivir en una ciudad cuyas condiciones de salud son detestables: en la que las enfermedades pestilenciales y de otro

⁶⁵ Becerra (1917), pp. 37-39. Además, la prensa local refiriéndose al Servicio de Sanidad y la crisis fiscal en esos años dice: “La revolución que tiene como teatro de operaciones a Esmeraldas se lleva en su totalidad los ingresos del erario”. Véase: Presupuesto de la Sanidad (1916). Por otra parte, la situación precaria de la sanidad en esos años, según manifiesta un ex-presidente del Ecuador, el Dr. Oswaldo Hurtado, se explica porque el gasto público, en relación al nivel de riqueza del país, se destinó a gastos militares y burocráticos que llegaron hasta el 42%, mientras solo el 10% se asignó para educación, obras públicas y otras obras de desarrollo. Véase: Hurtado (1993), p. 104.

⁶⁶ Becerra (1915), pp. 22-24.

⁶⁷ Véase: Dominio del Canal (1912).

⁶⁸ Alfredo Baquerizo Moreno representó en Ecuador el inicio de una etapa política conocida como el predominio del liberalismo plutocrático. El liberalismo plutocrático se identificó con la poderosa banca privada, particularmente guayaquileña, cuya hegemonía concluyó con la Revolución Juliana de 9 de julio de 1925. Paz y Miño Cepeda (2012).

género se aclimatan tan fácilmente y en el que la vida del hombre no tiene garantías que le ofrece la ciencia de la profilaxis en los pueblos cultos de iguales condiciones climáticas que el nuestro”.⁶⁹

Al iniciarse la fase del liberalismo plutocrático (1916-1924), la llamada de atención internacional a las condiciones sanitarias de Ecuador se recrudeció. Estados Unidos calificaba públicamente a Guayaquil como un puerto insalubre y culpable de infectar otros puertos en Colombia, Perú y Chile. En 1915, las noticias sobre la condición sanitaria de Guayaquil, que ya venían siendo publicadas por la prensa norteamericana desde 1912,⁷⁰ se unieron a las conclusiones de un informe realizado por una expedición científica norteamericana conformada por miembros de la Harvard School of Tropical Medicine la cual visitó algunos países en Latinoamérica en 1913,⁷¹ En las conclusiones se decía que: “Guayaquil desde un punto de vista sanitario, se compara desfavorablemente con algunas de las ciudades en particular no saludables del mundo”.⁷²

En cuanto a las noticias de la prensa norteamericana y al informe de la Universidad de Harvard, lo que podemos concluir es que Becerra, en medio de la crisis económica del Estado y a pesar que logró consolidar la salud internacional, no pudo mantener ni crear servicios sanitarios para velar por la condición sanitaria especialmente en ciertas zonas de la ciudad de Guayaquil. Este aparente descuido de la condición sanitaria de Guayaquil, fue utilizado por Estados Unidos para ejercer presión sobre el Estado ecuatoriano para que este se responsabilizara de la mejora de la condición sanitaria de Guayaquil. Más tarde, después que Estados Unidos, según lo que informa la prensa local que sigue de cerca las

⁶⁹ Becerra (1917), pp. 3-4.

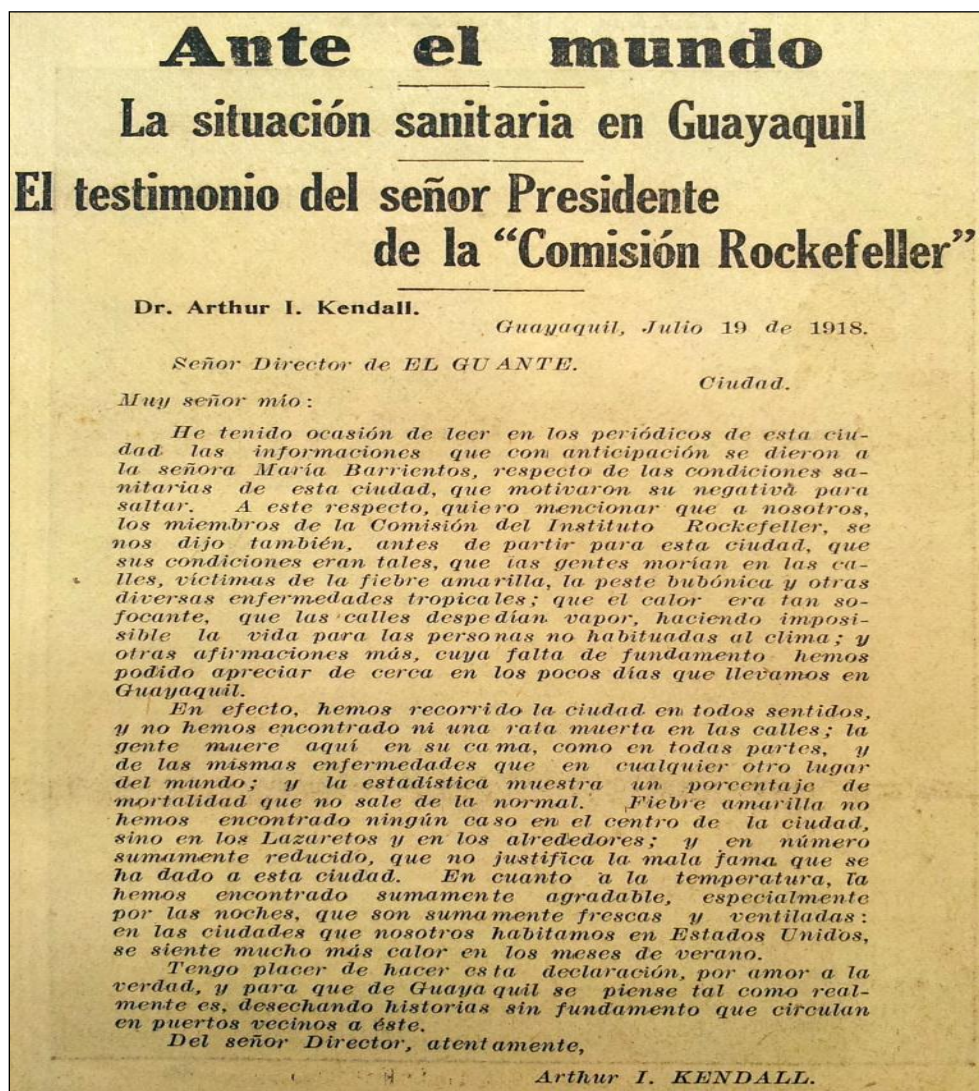
⁷⁰ Véase por ejemplo: *The Pest Hole of South America* (1912) y *Can make Guayaquil safe* (1913). El impacto de estas noticias se reflejaron en la prensa ecuatoriana: “La prensa de Estados Unidos ha emprendido, sobre todo en estos últimos meses en una campaña de descrédito contra el Ecuador. Ya que en lo que se refiere a la moralidad de su pueblo, y en lo que respecta a las condiciones higiénicas de su puerto principal. Casi toda la prensa europea reprodujo las infames imputaciones contra nuestro pueblo y así hemos quedado estigmatizados con la afrentosa forma de salvajes y crueles. La prensa americana se ocupó del puerto de Guayaquil ponderando hasta la hipérbola sus desfavorables condiciones sanitarias declarando que esa ciudad es el puerto más insalubre, más sucio y el menos saneado en los puertos del mundo”. *Saneamiento de Guayaquil* (1912).

⁷¹ Véase: Strong, Tyzzer, Brues, Gastiaburu (1915), pp. 182-183. Esta fue una expedición norteamericana que después de investigar ciertas enfermedades tropicales en varios países de Latinoamérica, y con la idea de recolectar material para la instrucción de estudiantes, elaboró un informe, *The Report of the First Expedition to South America*, en el que se incluían detalles sobre las condiciones sanitarias y las enfermedades prevalentes en Guayaquil y Milagro.

⁷² *Ibid.*, p. 183.

publicaciones norteamericanas, en contradicción a las noticias de la prensa internacional y del informe de la Universidad de Harvard, encontramos una publicación en la que una comisión financiada por la Fundación Rockefeller a Guayaquil decía que la ciudad gozaba de excelentes condiciones sanitarias, (véase figura nº 6).

Figura nº 6. Ante el mundo.



Fuente: (1918). *El telégrafo*.

Las conclusiones a las que llegó esta comisión (cuyos trabajos analizaremos más adelante) que desmentían las alarmantes noticias de la prensa norteamericana, luego de recorrer la ciudad y observar el desenvolvimiento de la misma, en cierta forma, nos indican que la presión ejercida por los medios de comunicación norteamericanos se orientó a crear

unas condiciones que fueran necesarias para que el Estado, gobernado en esos momentos por los ecuatorianos más ricos, despertara y se hiciese más proclive a los intereses de Estados Unidos y, en el caso que nos compete, a la ayuda internacional vinculada, en desde 1902, al control de enfermedades y la expansión del comercio internacional. Esta estrategia comulgaba con una tendencia internacional a captar el interés de los poderosos grupos económicos de la Costa que, a través de la exportación de cacao, habían consolidado importantes fortunas ligadas al comercio y a la banca.

Tal como se mencionó antes, debido a la Primera Guerra Mundial, la Sexta Conferencia Sanitaria, programada para 1915, se postergó hasta 1920. En esos años, la “erradicación” de la fiebre amarilla y el interés complementario que esta guardaba en relación a los intereses de Estados Unidos por la expansión del comercio internacional y del poder naval de su Marina de Guerra, consolidó la presencia y la “ayuda” de la Fundación Rockefeller en la región. Hasta 1912, los Estados Unidos, considerando las obras de saneamiento, habían invertido 300 millones de dólares y se creía que hasta el fin de las obras esta suma alcanzaría los 500 millones de dólares americanos.⁷³ Estos intereses, se decía en 1912, le daban el derecho a Estados Unidos de supervigilar las obras de saneamiento de Guayaquil en base de una política exterior que, según William Howard Taft, presidente de los Estados Unidos (1909-1913), se basaba en una comprensión inteligente del mundo y una visión clara de las posibilidades de futuro.⁷⁴

En Ecuador, durante esos años donde predominaba en el Estado la influencia de las instituciones más representativas de la plutocracia: el Banco Comercial y Agrícola y la Asociación de Agricultores de Guayaquil, al parecer, ante las exigencias de Estados Unidos, asumió como cierta la “pésima” condición sanitaria de Guayaquil.

En el contexto del informe de la Universidad de Harvard y del ataque de la prensa norteamericana, la posición que asumió el presidente Alfredo Baquerizo Moreno frente a la condición sanitaria de Guayaquil es paradójica. En efecto, por un lado, hubo una fuerte

⁷³ Canal de Panamá (1912).

⁷⁴ Saneamiento de Guayaquil y la intervención Yankee. (1912).

resistencia de la prensa local que en esta ocasión, trato de dirigir la opinión y levantar el espíritu nacional.⁷⁵ Por otro lado, llama la atención que el Estado hubiera decidido acogerse a la idea de una intervención norteamericana a pesar de que sabía que la condición sanitaria de Guayaquil en sus dos temporadas anuales era totalmente diferente. Es decir, un informe extranjero podía errar en sus conclusiones porque, por ejemplo, entre julio y diciembre, la ciudad se encontraba en la temporada seca mientras que en el resto de los meses se volvía húmeda. En cada temporada, con solo la aparición de mosquitos no se podían establecer conclusiones que presentaran una realidad cierta sobre la difusión de enfermedades transmitidas por este vector. Durante la estación seca, por ejemplo, desaparecían las lluvias y el clima favorecía que los mosquitos persistieran en un estado de latencia mientras que en la estación húmeda las condiciones climáticas favorecían la aparición de mosquitos y otros insectos vectores de enfermedades.⁷⁶ Por otra parte, tanto la versión extranjera como la posición del Estado, al asumir que Guayaquil era el “Pest Hole of the Pacific Ocean”, marginaron deliberadamente el tema del desarrollo urbanístico en Guayaquil. Históricamente, la planificación urbana no fue la misma en la zona central (figura nº 7), donde se asentó la clase pudiente de la ciudad, que en la periferia (figura nº 8) donde se concentró una clase trabajadora proveniente de otras ciudades de la costa y principalmente de la Sierra, atraída por una “mejor” condición de vida. Un crecimiento poblacional que sin un planeamiento urbanístico, especialmente desde la caída del liberalismo-radical, generó un nivel de desarrollo desproporcionadamente desigual.⁷⁷

⁷⁵ *Ibidem*. Uno de los ataques más profundos de la prensa local a las intenciones norteamericanas para intervenir el puerto de Guayaquil se puede leer en *El Comercio* del martes 3 de septiembre de 1912. En ella se llamaba a defender la soberanía y a rechazar el intento de intervencionismo norteamericano.

⁷⁶ Tanca Marengo (1935), p.172.

⁷⁷ Con respecto del crecimiento urbanístico histórico de Guayaquil, véase: Wong Chauvet (2005), pp. 175-191.

Figura n° 7. Centro de la ciudad de Guayaquil. 1918.



Fuente: Rockefeller Archive Center.⁷⁸

Figura n° 8. Parque público en la periferia de Guayaquil (1918).



Fuente: Rockefeller Archive Center.⁷⁹

⁷⁸ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Records, Photographs, Box 84, folder 1699. Photo: s/n.

⁷⁹ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Records, Photographs, Box 84, folder 1699. Photo N° 5.623. La fotografía corresponde a una de las zonas periféricas en el puerto de Guayaquil y forma parte del informe que la Comisión sanitaria que visitó Ecuador en 1918 hizo a la FR.

En este contexto, se evidenciaron aun más los intereses de ambas tendencias políticas. De esta forma, en 1917, el Dr. León Becerra que venía defendiendo políticas de corte liberal-radical, presentó al Ministro de lo Interior un informe donde trasladaba los ofrecimientos de una comisión científica norteamericana que estaba liderada por el Dr. William Crawford Gorgas y que había llegado a Guayaquil en 1916.⁸⁰ Esta comisión científica, a la que el Director de la Sanidad llamó: “la Comisión Científica del Instituto Rockefeller” fue la Yellow Fever Commission parte del International Health Board y financiada por la FR.⁸¹ A continuación se cita parte de aquel informe:

“[...] en junio de 1916, arribó a esta ciudad, una Comisión Científica norteamericana, integrada por el General W. C. Gorgas, el Dr. Juan Guiteras, Doctor H[enry]. R. Carter y los oficiales de Sanidad [Theodore C.] Lyster, [Eugene R.] Whitmore y [Paul J.] Wakefield, eminentemente prácticos en asuntos sanitarios. La venida de esta Comisión obedeció al proyecto altamente humanitario,⁸² cuanto científico, del Instituto Rockefeller. Los informes emitidos por la Comisión que debía visitar todos los países en los que existiera o pudiera existir aquella infección [fiebre amarilla], debían comunicarse al Instituto para la realización de esa magna obra de incalculable importancia. Antes de separarse de esta ciudad, la Comisión declaró oficialmente que los propósitos del Instituto Rockefeller eran: I. El envío a lugares infectados de expertos en trabajos contra la fiebre amarilla, para que estos, en calidad de adjuntos a las Autoridades sanitarias locales, hicieran sus indicaciones en la práctica de las medidas profilácticas necesarias pero con el debido acatamiento a dichas autoridades y a las leyes del país respectivo. II. La ayuda pecuniaria para el aumento del personal de trabajo donde fuere menester; y III. La provisión de ciertos materiales para dichos trabajos como tela de alambre”.⁸³

Respaldado en el contexto de esta oferta, el Dr. Becerra, instó al gobierno pidiéndole que “dejando atrás mezquinas sospechas”, el Estado debía aceptar el ofrecimiento sin reserva de los norteamericanos. Además, hacía énfasis en que, debido a la pésima imagen internacional de Guayaquil, el saneamiento era un asunto de vital importancia para la República y por tanto no se debía desechar el “espontáneo

⁸⁰ Becerra (1917), p.26.

⁸¹ Rose (1917), pp. 10-11.

⁸² La propuesta de la ayuda de la FR se justificó siempre bajo la concepción de lo “humanitario”. En la actualidad autores como Bricmont (2008), señalan que en “la ideología de la intervención” el concepto “humanitario” se aplica a la expansión imperialista. Este concepto ampliamente difundido por la FR, en el primer tercio del siglo XX, se utilizó para justificar su intervención en Latinoamérica.

⁸³ Becerra (1918), pp. 13-14.

ofrecimiento” del Instituto Rockefeller.⁸⁴ Según la información que se ha podido recoger de la prensa local, los ecuatorianos en esos años sabían que el llamado Instituto Rockefeller⁸⁵ era una institución que, desde 1913, actuaba en los países de Latinoamérica a través de una organización llamada International Health Commission.⁸⁶ Este organismo internacional, después de tomar a su cargo las actividades de la Rockefeller Sanitary Comisión, la cual había aplicado con éxito una campaña para la erradicación de la enfermedad de la anquilostomiasis en los Estados del Sur norteamericanos, había empezado su expansión a nivel mundial.⁸⁷ La presencia de la FR, a través de la IHC (con sus sucesivas denominaciones), en Ecuador, tal como se observará a lo largo de este estudio, tuvo dos ciclos de cooperación, enmarcados en la “ayuda humanitaria”. El primero, entre 1917 y 1936. El segundo, entre 1941 y 1946.

Volviendo al tema, en 1916, el General Gorgas llegó a Guayaquil-Ecuador representando los intereses de la FR.⁸⁸ Un año antes en 1915, la FR se había comprometió a erradicar la fiebre amarilla a nivel mundial. Gorgas fue un médico, oficial del Ejército de Estados Unidos, quien a partir de los descubrimientos del Dr. Walter Reed y su equipo (véase más adelante), desarrolló una teoría y diversas técnicas para reducir notablemente el número de mosquitos vectores de la fiebre amarilla. Con esos nuevos descubrimientos y avances de la tecnología médica, Gorgas logró librar del mosquito a La Habana y después a

⁸⁴ *Ibid*, pp. 14-16.

⁸⁵ Lo que los ecuatorianos llamaron el Instituto Rockefeller, en 1918, era reamente la Fundación Rockefeller. El inicio de las operaciones de este organismo en Ecuador, cuando se habla de la fiebre amarilla, fue también el inicio de la filantropía con propósitos específicos a gran escala. A lo largo de la historia esta empresa iniciada por John D. Rockefeller Sr. fue desarrollada por las diferentes generaciones de la familia Rockefeller. En 1897, John D. Rockefeller Jr., se unió su padre y con su esposa Abby y la tradición filantrópica paso a sus hijos: Abby (1903-1976), John III (1906-1978), Nelson (1908-1979), Laurence (1910-2004), Winthrop (1912-1973), y David nacido en 1915. Todos ellos conocidos como la generación “the Brothers”, Véase: Rose, Ernst (2004), pp.5-8,

⁸⁶ Véase: Instituto Rockefeller (1918)a.

⁸⁷ En la actualidad se sabe que desde 1913 la actividad de la IHC, de forma selectiva, se expandió desde los Estados Unidos de Norteamérica hacia Canadá, Europa (25 naciones), El Caribe (15 países), Latinoamérica, El Lejano Oriente y África (medio este). Farley (2004).

⁸⁸ Véase: Declaraciones del Coronel W. C. Gorgas (1912). El 26 de diciembre de 1912, Gorgas había también viajado desde Panamá a Guayaquil. En esa ocasión su presencia fue “un mandato expreso del Departamento de Guerra de los Estados Unidos”. En esa ocasión Gorgas realizó los estudios preliminares del saneamiento de Guayaquil. Después de sus estudios Gorgas manifestó que la obra era realizable ya que según su criterio la fiebre amarilla estaba solamente presente en Pará, un estado brasileño situado en el centro de la región Norte, en Manaos, capital del estado de Amazonas en Brasil y en Guayaquil.

la zona del Canal de Panamá.⁸⁹ En 1914, Gorgas fue nombrado Cirujano General del Ejército de Estados Unidos (Surgeon General of the United States Army), cargo que ocupó hasta 1918. En 1915, fue ascendido a *major general* del ejército norteamericano y la FR lo incorporó al International Health Board para liderar su programa contra la fiebre amarilla.⁹⁰ El paso de Gorgas desde el Ejército a las filas del IHB constituyó, en el marco de la sanidad internacional, un hecho de profunda importancia. El proceso en sí refleja una etapa de transferencia entre militares y civiles. Entender el significado de la presencia de Gorgas en la región permite entender la forma en la que los primeros organismos de ayuda internacional para la salud pública interactuaron en Latinoamérica, y particularmente en Ecuador, durante las dos primeras décadas del siglo pasado.

En ese sentido, el movimiento estratégico de la FR fue traer la experiencia de Gorgas quien, desde inicios del siglo pasado, durante las primeras Conferencias Sanitarias Panamericanas como Cirujano General del Servicio de Salud Pública los Estados Unidos, venía ya planteando algunas teorías científicas pensadas para la eliminación de la fiebre amarilla. Esas expectativas científicas, tal como señala García (1981), se convirtieron en parte de la agenda de la Fundación desde 1915. Previamente, a la llegada de la Comisión a Guayaquil, los resultados de una investigación realizada por el mismo Gorgas en 1916, antes de que Estados Unidos entrara en la I Guerra Mundial, había servido para estimar que un plan concentrado de ataque directo a los focos endémicos en Guayaquil-Ecuador y en Mérida, Yucatán-México⁹¹ junto con el desarrollo de investigaciones en otras áreas sospechosas en Venezuela, la costa este de Brasil y la costa oeste de África,⁹² podrían ayudar a eliminar completamente la fiebre amarilla de la costa del Pacífico.

En este contexto, cuando la política del gobierno de Alfredo Baquerizo Moreno consistía en subir la producción y exportación del cacao, Guayaquil se convirtió en el primer foco endémico de fiebre amarilla, según la investigación de Gorgas, en recibir la

⁸⁹ Woolfolk (1995), pp. 240-250.

⁹⁰ *Ibíd.*, p. 276.

⁹¹ Rose (1917), p. 25.

⁹² *Ibíd.*, p. 20.

“ayuda” de la FR. Aunque en esos días, el gobierno había recibido claramente la propuesta de recibir ayuda de tipo humanitaria y centrada en realizar trabajos contra la fiebre amarilla, hoy sabemos que la agenda de la FR contemplaba la realización de actividades médico-científicas para probar dos teorías en torno a la erradicación de esta enfermedad.

La primera estaba basada en los supuestos científicos de la llamada “Key Centre Theory”. Se creía que eliminando la fiebre amarilla en los centros clave (focos principales) esta empezaría después a desaparecer espontáneamente de las poblaciones más pequeñas.⁹³ En otras palabras, Gorgas creía que si se liberaba a Guayaquil de la infección de la fiebre amarilla, los pueblos que quedaban en la costa del Pacífico de América del Sur, se liberarían espontáneamente y a lo sumo, quedaría solo por realizar una pequeña cantidad de trabajos para lograr los resultados finales.⁹⁴ La campaña para probar esta teoría en Guayaquil fue ejecutada por el Dr. Michael E. Connor, bajo la supervisión de Gorgas.

La segunda actividad fue probar una teoría sobre el agente causal de la fiebre amarilla. La FR estaba interesada en saber, a partir de un estudio científico, cuál era la verdadera etiología de esta enfermedad. Meses antes a la campaña de Connor, esos estudios fueron realizados por un científico del Rockefeller Institute for Medical Research, el Dr. Hideyo Noguchi, episodio que analizaremos más adelante. Si tenemos en cuenta estos episodios desarrollados por la FR en Guayaquil podemos fácilmente inferir que detrás de sus ofrecimientos humanitarios se encontraba un alto interés científico. En este sentido, convertir a Guayaquil en un campo de pruebas biomédicas para probar estas teorías, le aseguraba a la FR la posibilidad de establecer un plan para la eliminación de la fiebre amarilla. Una enfermedad cuya erradicación se había convertido en un eje prioritario para los intereses estratégicos de los Estado desde finales del siglo XIX.

⁹³ Esta teoría sostenía que la fiebre amarilla sólo atacaba a humanos y que los supervivientes adquirirían inmunidad permanente, también que la enfermedad sólo era transmitida por el *Aedes aegypti*. De esta forma, se pensaba que la enfermedad sólo era endémica en grandes puertos y ciudades dónde habría una gran cantidad de personas no inmunizadas (inmigrantes, sobre todo). Se pensaba que los pequeños núcleos de habitantes no podían mantener un grado suficiente de endemidad y siempre eran infectados desde el exterior. Cueto, Palmer (2015), p. 101.

⁹⁴ Rose (1916), pp. 83-85.

Precisamente, a finales de esa centuria, durante la ocupación norteamericana de Cuba, los experimentos realizados por un grupo de investigadores del Ejército norteamericano acerca de la fiebre amarilla, ofrecieron la posibilidad a Estados Unidos de penetrar en el trópico venciendo a uno de sus más grandes enemigos, el mosquito. Las teorías que de ahí se desprendieron acerca de la cadena de transmisión de la fiebre amarilla fueron utilizadas inmediatamente con efectos prácticos en la misma isla y posteriormente en la zona del canal de Panamá. El modelo de las campañas basado en la erradicación surgió a partir de las primeras investigaciones realizadas por la Yellow Fever Commission del ejército norteamericano. Esta comisión entre 1900 y 1902 elaboró la llamada, “Mosquito Theory”,⁹⁵ demostrando que la fiebre amarilla era transmitida por la picadura de un mosquito a un paciente no inmune, y no, como se creía anteriormente, por el efecto de miasmas o fómites.⁹⁶

Una vez que se estableció la “Mosquito Theory”, los militares norteamericanos crearon un plan de saneamiento en el que se incluyó la vigilancia de las aguas, el cuidado de las calles y el aseo de viviendas, a través de una estrategia militar a la que se llamó, “campaña anti-mosquito”. La teoría transformada con la práctica dio origen, en 1901, a lo que el Dr. William Crawford Gorgas llamó “Mosquito Reduction Theory”. Una teoría que evolucionó en pocos años hasta convertirse en la mencionada “Key Centre Theory”. La “teoría de la reducción del mosquito” hacía referencia al trabajo de investigación acerca del papel del mosquito *Anopheles* en la transmisión del paludismo realizado por Ronald Ross en 1897. En sus conclusiones, Ross estableció que era posible encontrar puntos débiles en el ciclo de transmisión de la enfermedad con la aplicación de medidas sanitarias prácticas. Con ello, sostenía Ross, se podía erradicar la enfermedad.⁹⁷ La “Key Centre Theory”, producto de esa primera concepción, proponía que si se eliminaba la enfermedad de los centros endémicos más grandes pronto desaparecería de los poblados más pequeños. Esa concepción, junto a la teoría del agente filtrable⁹⁸, más tarde orientó el esfuerzo de

⁹⁵ Strem (2008), p. 4.

⁹⁶ Véase: Danielson (1979), pp. 80-84. La teoría del mosquito fue una comprobación científica acerca de la transmisión de la fiebre amarilla expuesta por primera vez por el cubano Dr. Carlos Finaly.

⁹⁷ Berridge, Gorsky, Mold (2011), pp. 129-131.

⁹⁸ Suárez-Obando, Ordoñez (2010). La teoría del agente filtrable nació después que se reprodujo la fiebre amarilla en voluntarios al inyectárseles sangre infectada pasada previamente por un filtro Berkefeld. En esos

organizaciones de ayuda internacional para erradicar la fiebre amarilla de las ciudades endémicas más importantes de la región, como fue el caso de Guayaquil.⁹⁹

En Ecuador, hasta el final del siglo XIX, la fiebre amarilla fue atribuida a los miasmas pútridos que emanaban de la descomposición de la materia orgánica. En esos años, la enfermedad fue conocida como “gastro-entero-encefalitis miasmática” (Astudillo Espinoza, 1981: 114). El paso de la teoría miasmática a la monocausalidad en Ecuador se consolidó cuando la “Mosquito Reduction Theory” fue utilizada por primera vez en 1908 por los médicos de The Public Health & Marine Hospital Service y más tarde bajo la concepción de la “Key Centre Theory” por la Yellow Fever Commission to Ecuador (YFCE).

La teoría del agente filtrable fue la primera explicación científica acerca de la etiología de la fiebre amarilla, a continuación y antes de pasar a describir y analizar las prácticas biomédicas financiadas por la FR en Guayaquil, se describe el proceso preliminar que llevó a los científicos de la Comisión de la fiebre amarilla del ejército norteamericano a creer que el agente causal de la enfermedad era un virus no filtrable. La descripción de este episodio de la historia de la fiebre amarilla nos sirve, al mismo tiempo, para entender como las prácticas biomédicas que desarrollaron los científicos-militares norteamericanos en 1900, se convirtieron también en una rutina habitual de los programas “humanitarios” de la FR en torno a la lucha contra la fiebre amarilla. De la lectura que se desprende de esta primera intervención científica en Cuba, se puede inferir que, entre 1918 y 1937, la investigación científica que financió la FR en países de Latinoamérica y África en busca de un fármaco efectivo en contra de la fiebre amarilla, dependió de un componente científico de suma importancia: la experimentación en humanos. Ciertamente, el descubrimiento de la 17-D, por Max Theiler, reflejó esa realidad. Cabe señalar que en 1918, el científico japonés Hideyo Noguchi, como se verá más adelante, en una posición contraria a la teoría del agente filtrable diría que el agente causal de la fiebre amarilla era una bacteria.

ensayos se descubrió que el germen de la fiebre amarilla era ultramicroscópico y capaz de atravesar los filtros bacteriológicos más finos disponibles en aquel entonces.

⁹⁹ Cueto (1996).

El Mayor Walter Reed (1851-1902), fue un médico del ejército norteamericano que dirigió un equipo para comprobar que la fiebre amarilla era transmitida por el mosquito *Culex fasciatus*, hoy llamado *Aedes aegypti* y no a través de fómites.¹⁰⁰ Reed, bajo los órdenes del general George M. Sternberg (1838-1915), desde un campamento cerca de La Habana (Cuba) y con la ayuda de los doctores, James Carroll (Inglaterra); Jesse W. Lazear (Maryland) y Arístides Agramonte (Cuba), inició en 1900 una investigación para identificar el huésped intermediario en la transmisión de la fiebre amarilla. La investigación llevada a cabo en el campamento Columbia, en Quemados, Cuba, se inició con la revisión de muestras de sangre, tejidos humanos (autopsias) y fómites de pacientes que habían contraído la enfermedad. Las primeras hipótesis que se plantearon alejaban los factores de contagio fuera de la teoría miasmática. El equipo supuso entonces que la enfermedad podía ser causada probablemente por un organismo tan pequeño que no podía ser visto con los microscopios de la época.¹⁰¹

El ayudante de Reed, el Dr. Lazear, que se convirtió más tarde en víctima mortal de la fiebre amarilla, sugirió a Reed que siguiera la teoría del doctor cubano Carlos Finlay que había dicho antes que la fiebre amarilla se contagiaba a través de un mosquito que llamó *Culex fasciatus*.¹⁰² Carlos J. Finlay Barrés (1833-1915), hacia finales de 1858 descubrió accidentalmente una alcalinidad notable en la atmósfera de La Habana lo cual le llevó a concebir un proyecto para averiguar la influencia que podía ejercer esa variable en el proceso de contagio de la fiebre amarilla. Sus conclusiones acerca de la propagación de la enfermedad, tras varias observaciones, fueron tres: la existencia previa de un caso de fiebre amarilla, la presencia de un sujeto apto para contraer la enfermedad y la presencia de un agente cuya existencia fuera completamente independiente de la enfermedad y del enfermo pero necesaria para transmitir la enfermedad del individuo enfermo al sano.¹⁰³ Estas conclusiones se convirtieron más tarde en la base para la formulación de la teoría metaxénica del contagio de enfermedades infecciosas. El trabajo fue presentado ante la

¹⁰⁰ Groh (1971), p. 82.

¹⁰¹ Reed, Carroll, Agramonte, Lazear (1900).

¹⁰² Diaz Albertin (1943), p.15.

¹⁰³ *Ibid.*, pp. 12-13.

Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana el 14 de agosto de 1881 con el título “El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla”.¹⁰⁴

Reed que había desechado la idea de los fómites como elemento de transmisión de la fiebre amarilla, decidió probar la teoría de Finlay. El experimento utilizó un grupo de militares y civiles como, “human guinea pigs” (cobayos voluntarios humanos),¹⁰⁵ y los resultados pusieron en duda las nociones de la teoría miasmática acerca de la fiebre amarilla. Los experimentos de Reed abrieron la puerta a un nuevo paradigma etiológico de la enfermedad, es decir, a la posibilidad de encontrar el microorganismo causal. El experimento consistió básicamente en exponer a los voluntarios a la picadura de un mosquito infectado en un entorno completamente saneado, y en exponer a otros a prendas de vestir y demás piezas de habitación de pacientes que habían sido portadores de la enfermedad. En este sentido, Reed mandó a construir para el primer grupo una cabaña donde se conservase un entorno saludable con varias ventanas que permitieran el paso, tanto del aire como de la luz solar, y con el suelo y paredes limpias. Las camas fueron tendidas con mantas limpias y la cabaña fue dividida con una delgada malla.

Para el segundo grupo de voluntarios se construyó una cabaña que tenía dos pequeñas ventanas y una puerta que escasamente permitía la circulación de aire y la entrada de luz solar, con una cocina y unos tubos de agua que se ubicaron en el interior para crear una atmósfera húmeda y caliente a 95°. A los voluntarios escogidos para esta cabaña se les dejó cajas con sábanas, almohadas, fundas y manteles humedecidos con abundantes cantidades de vómito negro, orina y materia fecal de pacientes afectados por fiebre amarilla.¹⁰⁶ El hedor según, el mismo Reed: “era suficiente para enfermar a una persona”. Los voluntarios en medio de los fómites fueron encerrados veinte noches, el mismo tiempo que los otros, bajo la observación cuidadosa de Reed. La única variante del experimento fue que en la cabaña saneada Reed había puesto a un civil de nombre John J. Morán, oriundo de Ohio, separado de los demás mediante una malla metálica. Esta malla separaba en dos la

¹⁰⁴ Delgado García (2010), pp. 241-242.

¹⁰⁵ Groh (1971), p. 83.

¹⁰⁶ Suárez-Obando, Ordoñez (2010), p. 125.

habitación y en la parte dónde se encontraba Morán se liberaron quince mosquitos *Culex fasciatus* previamente alimentados con la sangre de pacientes enfermos. Morán recibió indicaciones claras de no evitar las picaduras de los mosquitos. Al final del experimento todos los soldados de las dos cabañas habían salido sin presentar síntomas, excepto Morán que había mostrado síntomas de la enfermedad como dolor de cabeza, fiebre, ojos rojizos, piel ligeramente amarilla y dolor en las articulaciones.¹⁰⁷

Tras las observaciones realizadas en el experimento, Reed concluyó que el mosquito de la especie *Aedes* era el vector de la fiebre amarilla y que el ciclo de la enfermedad duraba doce días, tiempo transcurrido entre el contagio del mosquito hasta que este lo transmitía.¹⁰⁸ Seis meses después de esos experimentos, el Dr. Carroll ejecutó un mayor número de comprobaciones en el hospital de las Ánimas en la Habana. Ahí se concluyó que el agente causal de la fiebre amarilla podía pasar a través de los filtros ordinarios Berkefeld y Chamber y que, por tanto, la naturaleza de tal agente era viral.¹⁰⁹

Estas conclusiones sirvieron para plantear una primera hipótesis científica sobre la etiología de la fiebre amarilla que fue conocida como la “teoría del agente filtrable”. Más tarde, los aportes de la teoría de Finlay y de Reed sirvieron como impulso para que en otras partes del mundo se realizaran investigaciones con el fin de establecer el grado de responsabilidad de los insectos en el origen y transmisión de ciertas enfermedades.¹¹⁰ En lo que respecta al General W.C. Gorgas, las conclusiones del mosquito como vector de la fiebre amarilla y las hipótesis científicas sobre el ciclo de contagio de esta enfermedad, le llevaron, en su posición de jefe sanitario en La Habana, a organizar una estrategia para eliminar al mosquito *Culex fasciatus*.¹¹¹ En 1901, Gorgas ejecutó por primera vez una campaña antimosquito en Cuba y después en Panamá. En esos años, las técnicas de Gorgas se encasillaron dentro una teoría para la eliminación del mosquito conocida como la “Mosquito Reduction Theory”. Gorgas, a través de esa teoría, comprobó que a medida que desaparecían los mosquitos, la epidemia de fiebre amarilla dejaba de ser una amenaza para

¹⁰⁷ Groh (1971), p. 95.

¹⁰⁸ Bean (1977), pp.75-92.

¹⁰⁹ Delgado García (2010), p. 12.

¹¹⁰ Logan (1963), p. 625.

¹¹¹ Allison (2010), p. 1.

la población.¹¹² En el ocaso de la I Guerra Mundial, tanto esa teoría como el conjunto de técnicas enmarcadas en la llamada “Key Centre Theory”, se probaron en Ecuador junto a otra teoría que parecía contradecir la teoría del agente filtrable. Todo ello con el financiamiento de la FR como veremos en el siguiente apartado.

2.3. La Fundación Rockefeller y los médicos de Guayaquil, (1917-1936).

La polémica actividad del International Health Board para “erradicar” la fiebre amarilla de Guayaquil entre 1918 y 1920 a través de la Yellow Fever Commission to Ecuador fue el hito que marcó el inicio de una larga relación de “cooperación” entre Ecuador y la Fundación Rockefeller. Se utiliza el término “polémica” porque, de acuerdo con la agenda establecida en el año de 1916 cuando el General Gorgas realizó los primeros contactos con los oficiales de la sanidad ecuatoriana, el proyecto de la FR en Ecuador se enmarcó dentro de lo “humanitario”. Consecuentemente, con la excusa de esta etiqueta, el Estado no fue debidamente informado de la forma en la que la labor de la FR se ejecutaría en Guayaquil. El informe de la Dirección de Sanidad de 1916 decía que la comisión norteamericana desarrollaría “un proyecto altamente humanitario, cuanto científico” pero no proporcionó detalles de la forma como la ciudad de Guayaquil sería intervenida sanitariamente.¹¹³ Los norteamericanos no consideraron necesario especificar la ayuda, en tanto esta fue considerada “humanitaria”, además, la presencia de la fiebre amarilla, sumada a la crisis del sector productor del cacao, estaba afectando gravemente a las arcas del Estado. A este respecto, el informe del Director General de la Salud Pública al Ministro de lo Interior y Sanidad en 1918 decía que

“[...] faltan ahora recursos al gobierno porque la guerra europea ha secado, en gran parte, la fuente principal de riqueza, que es el movimiento comercial, y se ve obligado a cercenar el presupuesto nacional para poder sostener la administración pública. La sanidad no forma excepción y sufre las penurias de la carencia fiscal”.¹¹⁴

¹¹² Rose (1920), pp. 38-39.

¹¹³ Véase la cita referenciada en la nota n° 82.

¹¹⁴ Becerra, L. (1918), p.52.

Al parecer, sólo los norteamericanos sabían que sería primero un grupo de médicos liderados por el Dr. Hideyo Noguchi, del Rockefeller Institute for Medical Research (RIMR), quienes trabajarían en Guayaquil y solo después, y no de forma paralela el IHB, enviaría a un especialista, el Dr. Michael E. Connor, para ejecutar una campaña de erradicación de la fiebre amarilla.

Esa distinción entre actividades, le permitía a la FR completar una secuencia de puntos clave dentro de su propia agenda: en primer lugar, la ejecución de ensayos biomédicos para determinar una nueva teoría acerca de la etiología de la fiebre amarilla y, en segundo lugar, una campaña para la “erradicación” de la fiebre amarilla de acuerdo a la “Key Centre Theory”. El primer punto de la agenda de la FR posibilitaría al Dr. Noguchi ejecutar sus pruebas con voluntarios humanos en una zona lo suficientemente grande y contaminada para poder probar con suficiencia su teoría acerca del agente causal de la fiebre amarilla. Esto, tal como ya se señaló antes, se llevó a cabo a pesar de que desde 1900, según los experimentos de Carroll, ya se sabía que el agente causal de la fiebre amarilla era un virus filtrable. Después, tras el fin de ese experimento, el segundo punto permitiría al General Gorgas poner a prueba su “Key Centre Theory”. El fin de esas pruebas, en conjunto, era crear un método práctico para eliminar la fiebre amarilla a gran escala y de bajo costo en la región. La prensa local de esos años ya lo anticipó e informó al público de que la presencia de la FR en Guayaquil, obedecía a su intención de “probar una vacuna para la fiebre amarilla”.¹¹⁵

2.4. The Yellow Fever Commission to Ecuador ¿Virus o bacteria?

En 1918, a pesar que los ecuatorianos llamaban a su capital económica y principal puerto marítimo de carga “la perla del Pacífico”, Guayaquil era conocida a nivel internacional como “the pest hole of the Pacific”. Esta condición sanitaria, motivada por la presencia de la fiebre amarilla y de la peste bubónica, impidió la migración interna de la fuerza de trabajo hacia áreas de mayor producción y provocó el aislamiento del país.¹¹⁶

¹¹⁵ Instituto Rockefeller (1918) b.

¹¹⁶ Véase: Guayaquil y su condición sanitaria (1918).

Tal como se menciona en otra parte de esta memoria, en medio un ese escenario sanitarios aparentemente “exagerado”, llegó en 1918 el primer contingente de médicos y científicos enviados por el IHB (figura nº 9).¹¹⁷ Ese grupo que en Ecuador fue llamado “la Comisión Rockefeller” fue la Yellow Fever Commission to Ecuador. En 1919, el médico ecuatoriano Dr. Wenceslao Pareja se unió a esa comisión.¹¹⁸ Pareja, después de cumplir con sus actividades en la YFCE, fue nombrado por el Estado ecuatoriano, Director General de Sanidad. Como se ha dicho, el principal propósito de la IHD, a través de la YFCE, era convertir a Guayaquil en un campo de pruebas biomédicas para descifrar teorías sobre epidemiología amarílica en esa época, sobre el agente causal y sobre la posibilidad de su eliminación espontánea una vez que hubiera desaparecido de los centros endémicos conocidos.¹¹⁹ Las conclusiones a las que llegó la FR tras financiar los trabajos médicos y científicos para probar estas teorías en Guayaquil, sirvieron para financiar, después de 1919, un programa de erradicación masivo en la región.

¹¹⁷ Rose, W. (1918), pp. 7-9.

¹¹⁸ Pareja se unió al grupo de la Fundación para el diagnóstico de la fiebre amarilla en Pernambuco. Pareja durante la estancia de la YFCE en Guayaquil fue colaborador del Dr. Noguchi y su trabajo conjunto puede leerse en un artículo publicado en *The Journal American Medical Association* de enero de 1921 con el título “Prophylactic inoculation against yellow fever”. Véase: Soper (1979), p. 32. En el anexo nº 4 de esta memoria se puede observar la evolución de la Yellow Fever Commission To Ecuador, entre 1917 y 1920.

¹¹⁹ *Ibid.*, p.26.

Figura n° 9. La Yellow Fever Commission to Ecuador a su llegada a Guayaquil el 2 de agosto de 1918.



Fuente: Rockefeller Archive Center, Comisión Rockefeller en Guayaquil (1918).¹²⁰

Un año antes de la llegada de la FR a Ecuador y de acuerdo a las técnicas sanitarias aprendidas en 1908, los procedimientos principales utilizados para evitar la propagación del mosquito en la ciudad eran la petrolización, la desecación de pantanos y charcas y el zanjamiento. Por su parte, se internaba a los enfermos en el Lazareto de la fiebre amarilla, donde quedaban bajo observación y en régimen de aislamiento. Pero más allá de estos procedimientos, los médicos, si bien conocían tratamientos y procedimientos de control, poco sabían sobre los nuevos descubrimientos acerca de la etiología de la enfermedad.¹²¹ Este es un hecho que permite reflexionar acerca de la petición de un laboratorio central que

¹²⁰ En la fotografía podemos ver a la YFCE mientras era recibida por una comitiva oficial de bienvenida. Entre esta comitiva, según lo que informa la prensa de ese año, se encontraba el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez. Médico que, entre 1937 y 1944, fue el Director General de la Sanidad y cuya figura analizaremos con detalle más adelante.

¹²¹ Becerra (1918), pp. 10-13.

el Dr. Becerra, Director General de la Sanidad, realizó al Estado en 1913. La no existencia de un laboratorio para la salud pública que realizara investigaciones propias acerca de la enfermedad se convirtió en un vínculo de dependencia local con respecto a los avances médicos y científicos liderados por los norteamericanos.¹²²

La YFCE a su llegada a Ecuador, estaba formada por el Dr. Arthur Kendall, decano de The Northwestern University Medical School y presidente de la comisión; el Dr. Hideyo Noguchi (figura nº 10), científico del Rockefeller Institute for Medical Research; el Dr. Mario G. Lebreo, delegado de Cuba; y el Dr. Charles W. Eliot, miembro del personal de oficiales del IHB y Herman E. Redenbaugh.¹²³

A la Comisión, ya en actividades, se unió el personal del Hospital de Ancón; el Dr. Wenceslao Pareja, director del Hospital de la Fiebre Amarilla; el Dr. León Becerra, Director General de la Sanidad, las autoridades provinciales y cantonales, así como personal de las Fuerzas Armadas.¹²⁴ Las actividades de la YFCE, bajo la coordinación del General William Crawford Gorgas, se dividieron en cuatro frentes específicos. El primero, la elaboración de una encuesta sanitaria a cargo de los doctores Kendall y Lebreo. El segundo, un estudio clínico de la fiebre amarilla a cargo del Dr. Charles W. Eliot, completado por un informe del Dr. Mario G. Lebreo. El tercero, un estudio químico de la enfermedad a cargo del Sr. H.E. Redenbaugh, y el cuarto, un estudio bacteriológico de la fiebre amarilla a cargo del Dr. Hideyo Noguchi.¹²⁵

¹²² Históricamente, desde 1740 hasta 1917, en Ecuador la fiebre amarilla fue conocida como vómito prieto, tífus fiebre mattolete, tífus ictericoide y en 1880 se la conoció con el nombre de fiebre de aduana. Brotes de la enfermedad ocurrieron desde 1740. Su presencia se registró en varias ocasiones: el 31 de agosto de 1842, en 1844, durante los períodos 1853-1856, 1867-1869, 1877-1878 y en 1880. Véase: AstudilloEspinoza (1981), p. 110. En 1913, la fiebre amarilla fue la segunda enfermedad en ocupar la lista de mortalidad de las epidemias conocidas con 292 casos. Sin embargo en 1914 fueron sólo 31 casos. En 1917, se registraron 131 enfermos de los cuales 64 se curaron y 67 murieron. Becerra (1914), p. 17. En este contexto fue cuando llegó a Guayaquil la YFCE, un antes T. C. Lyster, oficial de la IHB, había elaborado un plan para obtener la autorización y los fondos de la Fundación Rockefeller para continuar los trabajos de investigación en Guayaquil. Rose (1917).

¹²³ Rose (1918).

¹²⁴ Lazo (1985), p. 35.

¹²⁵ Rose (1918), p. 21.

Figura n° 10. El Dr. Noguchi a su llegada a Guayaquil en 1918.



Fuente: Rockefeller Archive Center.¹²⁶

El primer hallazgo científico de la Comisión fue la discriminación de otras enfermedades que frecuentemente eran confundidas con la fiebre amarilla. En el Lazareto de la Fiebre amarilla, por ejemplo, se encontraron enfermos internados por sospechas sin determinar si lo que tenían era efectivamente esta enfermedad.¹²⁷ Mientras, el resto de la Comisión realizó una serie de visitas técnicas a los lazaretos y a la sala de observaciones del Hospital General, el Dr. Noguchi en su laboratorio (figura n° 11), aisló, a nueve días de su llegada, el 11 de agosto de 1918, el “germen” de la fiebre amarilla. El hallazgo clave de

¹²⁶ Véase: Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Records, Photographs, Box 84, folder 450N689 (i) 3. Photo No., s/n. (s.f.). En la imagen se observa al Dr. Noguchi en el centro vestido de blanco.

¹²⁷ Véase: Visita de los norteamericanos (1918) y Rose (1918). El diagnóstico de la enfermedad, no era solo un problema para los médicos ecuatorianos sino también para la comunidad científica internacional pues no había un cuadro de síntomas definitivos ni pruebas de laboratorio que fueran aceptadas como concluyentes.

sus experimentos lo hizo en cultivos hechos con la de sangre de Asunción Arias, una joven que ingresó grave al hospital de Guayaquil.¹²⁸ Los cultivos del germen, cuya espiroqueta a la que Noguchi llamó, *Leptospira icteroides*, sirvieron para preparar una vacuna y un suero contra la fiebre amarilla.¹²⁹

¹²⁸ Lazo (1985), p. 36.

¹²⁹ Rose (1920), p. 24.

Figura n° 11. Dr. Hideyo Noguchi en el laboratorio del Lazareto de la fiebre amarilla en Guayaquil.



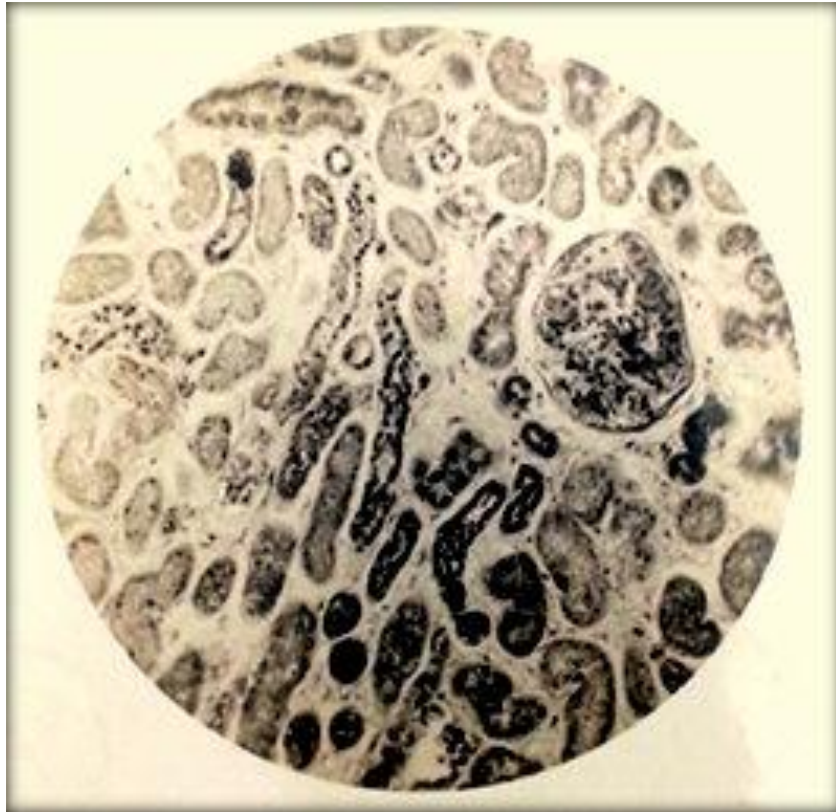
Fuente: Rockefeller Archive Center ¹³⁰

En la la figura n° 12 se muestra lo que probablemente Noguchi vió a través del microscopio. La teoría de Noguchi en 1918 contradecía las conclusiones de los científicos de la US Army Yellow Fever Commission, en la que James Carroll defendía que el agente causal de la fiebre amarilla era de naturaleza viral.¹³¹

¹³⁰ Véase: RAC, RF, Photographs, Box 84, folder 1699. Photo No. 383. En la Imagen se observa al Dr. Hideyo Noguchi mientras realizaba pruebas sobre cobayos en el laboratorio que fue montado en el edificio del Lazareto de la fiebre amarilla.

¹³¹ Garcia (1995), p. 2.

Figura 12. Vista al microscopio del hígado de un paciente fallecido en Guayaquil, (1918).



Fuente: Rockefeller Archive Center.¹³²

No obstante, con cultivos muertos de la *Leptospira icteroides*, Noguchi preparó una vacuna contra la fiebre amarilla y los primeros en probarla fueron los soldados del ejército ecuatoriano.¹³³ Después de trasladarse de Guayaquil a Quito, en la mañana del 22 de septiembre de 1918, el Dr. Noguchi se instaló en la sede de la Subdirección de Sanidad y procedió a vacunar a diez soldados del Regimiento de Artillería n° 1 “Bolívar”. A cada uno se le inyectaron 1.5 centímetros cúbicos de suero y ese mismo día, después de observar el desarrollo de la vacuna, Noguchi determinó que solo era necesaria una dosis del medicamento para generar inmunidad absoluta.¹³⁴ Según el propio doctor Noguchi “A pesar

¹³² Véase: RAC, RF, RG 5S2, Jul., 7,1918, Series 2, Box 83, Folder: 6121, 317 O, Ecuador-Yellow Fever, Eliot on the clinical manifestations of Yellow Fever as seen at Guayaquil., p. 247s. En la imagen se observa una muestra vista al microscopio de un paciente fallecido por fiebre amarilla en Guayaquil..

¹³³ Sobre experimentación humana en soldados, véase: Schmidt (2015).

¹³⁴ Guerra a los Gusarapos (1918).

de que la vacuna contiene dos mil millones de gérmenes es, desde todo punto de vista inofensiva, sintiéndose el paciente apenas con una ligera elevación de temperatura”.¹³⁵

Después de esta prueba Noguchi consiguió un contingente mayor de soldados para probar su suero y su vacuna. Los “inmunizados” fueron soldados del Batallón “Vencedores”, quienes, dentro de su agenda, tenían planeado viajar desde Quito a Guayaquil para participar en un desfile militar en las fiestas del puerto. Los soldados, eran originarios de la región interandina del Ecuador y por tanto, no tenían inmunidad contra la fiebre amarilla. Ya se sabía, entonces, que el mosquito no vivía a más de 1.800 metros sobre el nivel del mar, es decir, que solo vivía en climas templados y calientes, y por tanto los militares serranos eran el material más adecuado para el experimento. A pesar de que el resultado de la vacuna sobre el primer grupo fue alentador, siete del segundo grupo enfermaron y posteriormente murieron.¹³⁶ Noguchi planteó entonces que era necesario aumentar la dosis de linfa y practicar una segunda vacunación a los 5 ó 7 días de la primera.¹³⁷

Desde que finalizó el experimento en Guayaquil, se inició una extensa actividad a nivel internacional en torno a la *Lectospira icteroides* que el Dr. Noguchi encontró en Guayaquil. En una aparente consonancia con los hallazgos de Noguchi, en los siguientes años, se encontraron casos de la misma cepa de *Lectospira icteroides* en Mérida, Yucatán, en 1919, y en la zona Norte del Perú en 1920. También, en este último año se obtuvo una cepa en Veracruz, México.¹³⁸ Con los resultados obtenidos en Perú y México, a pesar que Noguchi había manifestado que tenía que trabajar antes de establecer la relación definitiva de la *Lectospira icteroides* con la fiebre amarilla, los oficiales de la IHD concluyeron que los hallazgos de este bacteriólogo japonés se habían convertido en un certeza razonable¹³⁹ y con cultivos muertos de la *Leptospira icteroides* preparó una vacuna con la que se inició la inoculación protectora a gran escala.¹⁴⁰

¹³⁵ Dr. Noguchi. (1918).

¹³⁶ Lazo (1985), p. 35.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 37.

¹³⁸ Rose (1918), p. 192.

¹³⁹ Rose (1920), pp.108-109.

¹⁴⁰ Rose (1918), p.192.

La vacuna fue preparada y distribuida por el Dr. Vasconcelos y Caza del Consejo Superior de Sanidad, en México y el Dr. Lynn y el Dr. Guadarrama en Tuxpan, un puerto del norte de México. Lo mismo, hicieron el Dr. Lyster, Bailey y Vaughn en Centroamérica. El Dr. Hanson, en 1921, vacunó a 200 soldados no inmunes en Lambayeque, ciudad del noroeste del Perú, y a 200 civiles en Paijan, una localidad peruana ubicada en la provincia de Ascope, al Noroeste de Perú.¹⁴¹ Al final de esta primera prueba a gran escala, el total de personas vacunadas fue de ocho mil, de entre las cuales no se reportó ningún caso de la enfermedad mientras que, en entre las personas no vacunadas, se registraron setecientos casos de fiebre amarilla.¹⁴²

Como hemos señalado, el IHB entre 1918 y 1920, utilizó la vacuna a gran escala en México y Centroamérica, buscando la inmunidad de la mayor parte de la población. Sabemos que el IHB se concentró únicamente en saber si la vacuna y el suero de Noguchi podían ser utilizados a gran escala y con una mínima inversión. El interés, separado de la realidad sanitaria de cada país, fue netamente corporativo. Es decir, frente a la ciencia filantrópica, lo único importante eran los resultados y no las promesas humanitarias tales como aquellas con las que, en 1916, el General Gorgas se presentó ante el gobierno ecuatoriano para ofrecer su “ayuda” en nombre de la FR.

En 1926, Max Theiler y Andrew Watson Sellards publicaron un artículo, en *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, en el que se planteó la posibilidad de que *Leptospira icteroides* podría no ser el agente causante de la fiebre amarilla¹⁴³ al ser serológicamente idéntica a la *Leptospira icterohaemorrhagiae*. En ese sentido, Gutiérrez Vera (1987: 301) aclara que “lo que realmente aisló, Noguchi en Guayaquil, fue una nueva especie de espiroqueta la *L. Icteroides* la cual se dijo que era filtrable y similar pero no distinta a la *L. icterohaemorrhagiae*”. Ambas, según Gutiérrez Vera, fueron prácticamente iguales e indistinguibles para Noguchi. A partir de los descubrimientos de Theiler y Watson, en 1926, J. Gordon Frierson, denunció que: “In that same year, the Rockefeller Foundation quietly discontinued its distribution of the vaccine, and there was no alternate

¹⁴¹ Rose (1922), p.14

¹⁴² Rose (1920), pp. 108-109.

¹⁴³ Theiler, Sellards (1926), p. 402.

candidate” “[En ese mismo año, la Fundación Rockefeller en silencio suspendió la distribución de la vacuna, y no hubo candidato alternativo]”.¹⁴⁴

Figura 13. Partida de la Yellow Fever Commission to Ecuador.



Fuente: Rockefeller Archive Center.¹⁴⁵

Al finalizar sus actividades, el primer grupo de la Comisión abandonó Guayaquil entre finales de 1918 e inicios de 1919 mientras que Noguchi permaneció en Ecuador hasta diciembre de 1919.¹⁴⁶ En la figura nº 13 se puede observar a los miembros de la comisión antes de su salida de Guayaquil.

En 1919, Noguchi abandonó el país, si bien continuó con sus estudios en Latinoamérica. Pero tras un período de experimentación en la región, fue designado para

¹⁴⁴ Frierson (2010), p. 3.

¹⁴⁵ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Records, Photographs, Box 84, folder 1699. Photo No. 3822. “Personnel of the Yellow Fever Commission to Ecuador”. En la figura podemos observar al personal de la YFCE en su despedida de Guayaquil. De derecha a izquierda el Sr. J. Guzmán, ayudante; Sr. Hernán R; Dr. Mario Lebedo; Dr. Hideyo Noguchi; Dr. Arthur Kendall, presidente de la comisión; Dr. Charles Elliot; Sr. Milton Wiley, ayudante; las enfermeras: Anita Way, Vera Richmond y Augusta Rather.

¹⁴⁶ Partida de la Comisión (1918).

estudiar la fiebre amarilla en África Occidental. En su misión africana el Dr. Noguchi encontró la muerte en 1928 por un contagio accidental de fiebre amarilla. Los restos mortales del Dr. Noguchi, se encuentran en la ciudad de Nueva York, en el cementerio de Woodland.

Es necesario aclarar con respecto a versiones locales acerca del Dr. Noguchi que no fue él quien realizó la campaña para erradicar la fiebre amarilla y que el germen de la fiebre amarilla no se descubrió “en depósitos de agua potable”. El Dr. Noguchi se dedicó a probar su propia teoría sobre el agente causal y a probar también una vacuna y un suero que posteriormente se utilizaron, en virtud de los intereses corporativos de la FR, en una prueba a gran escala en toda la región. Así mismo, según esas mismas versiones, se ha señalado que el trabajo del Dr. Noguchi fue un extraordinario aporte en el proyecto de la erradicación de la fiebre amarilla. Sin embargo, lo que se ha podido observar, de la información obtenida en el RAC y en Ecuador, es que el aporte de Noguchi si bien, entre 1918 y 1926, fue un primer escalón (parte de la escalera que llevo a Max Theiler a descubrir la 17-D en 1937), fue una falsa expectativa que retrasó la investigación para encontrar, quizá desde otros centros de investigación sin la influencia de la FR, la cura para la fiebre amarilla.

Un efecto colateral de la presencia del Dr. Noguchi, en Ecuador fue la gran conmoción pública que causó su actividad en los diferentes círculos de la sociedad ecuatoriana. Su trabajo, junto, quizás, a su carisma, despertó gran interés y entusiasmo durante su permanencia en el país. Antes de abandonar el Ecuador, el científico japonés recibió varios galardones, condecoraciones, una calle recibió su nombre y el Ejército ecuatoriano como una forma de reconocimiento, lo nombró “Coronel *ad honorem*”. Esa acogida fue extremadamente importante para los intereses de la FR y de los Estados Unidos. En un contexto en el que se venía haciendo cada vez más profundo un sentimiento anti- americano, la YFCE, con Noguchi, y posteriormente con el Dr. Connor, logró transformar esos sentimientos. Referencialmente, se puede citar un fenómeno parecido en 1908. En ese año, el Dr. Bolívar Lloyd, quien durante el gobierno del general Eloy Alfaro obtuvo resultados positivos en su campaña, ayudó también de forma indirecta a crear

sentimientos afines a lo norteamericano. Solórzano (1997:41), quien estudió este fenómeno en México, explica que esa influencia en la forma de pensar de los locales fue una actividad paralela de la FR que buscó, en medio de la curiosidad local, generar actitudes más receptivas a la presencia económica y cultural de Estados Unidos.

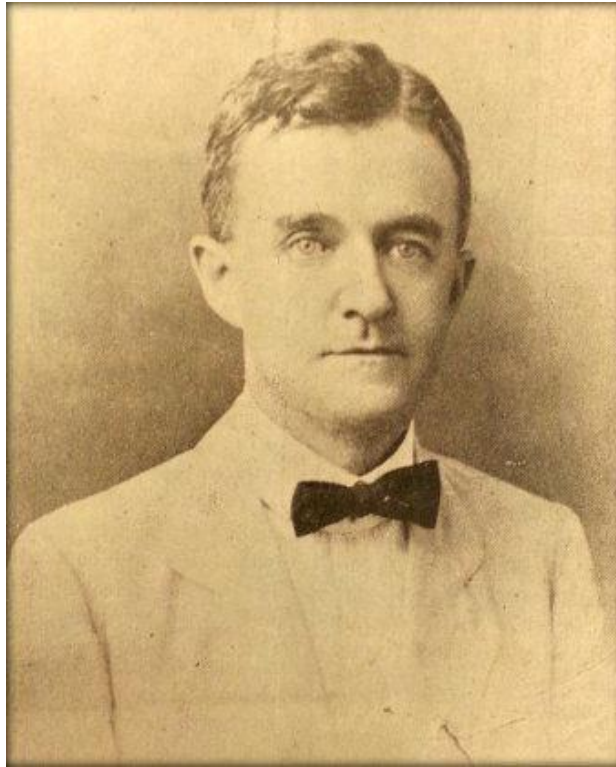
2.5. Michael E. Connor y la “Key Centre Theory”, ¿Control o erradicación?

La campaña de la fiebre amarilla en Ecuador fue dirigida por el Dr. Michael E. Connor (figura n°14) y no por el Dr. Noguchi. Connor fue quien puso en marcha una campaña sanitaria a gran escala bajo la etiqueta de la “erradicación”, para reducir la población del mosquito en Guayaquil entre 1918 y 1920,¹⁴⁷ y cuyo control, a través de un servicio antilarvario nacional, se extendió hasta 1936. En ese lapso de tiempo, la FR también financió proyectos en relación con otras enfermedades, tales como la malaria y la anquilostomiasis.¹⁴⁸ En el contexto de la “Key Centre Theory”, cuando se creía que eliminando la fiebre amarilla de Guayaquil, se podía eliminar espontáneamente la enfermedad de la costa del Océano Pacífico de Sudamérica, la campaña de “erradicación”, entre 1918 y 1920, se realizó por el servicio sanitario nacional y la IHB una campaña para “erradicar” al mosquito vector de la fiebre amarilla a través de la aplicación de medidas antilarvarias.

¹⁴⁷ Cueto (2004).

¹⁴⁸ Sawyer (1940)

Figura n° 14. Dr. Michael Edward Connor, Subdirector *ad honorem* de la sanidad ecuatoriana, 1918.



Fuente: Dr. Michael E. Connor (1918). *El telégrafo*.

En este contexto, la “erradicación”, conocida así desde las campañas emprendidas por la US Army Yellow Fever Commission desde los inicios del siglo XX, significó realmente “reducir y/o controlar” la enfermedad y no su “eliminación total”. Soper (1979: 93) puntualiza que el programa de la Fundación para combatir la fiebre amarilla en las Américas entre 1918 y 1928, fue esencialmente administrativo, dedicado en gran parte a “reducir los criaderos de mosquitos en centros endémicos urbanos y en pequeñas comunidades hasta un nivel que no se permitiera la perpetuación de la enfermedad”. En este sentido, la gran inversión de la Fundación para la fiebre amarilla en Ecuador se centró primero en la reducción del mosquito en su fase larvaria y luego en la constante aplicación de medidas de control dirigidas a mantener la población del mosquito bajo un umbral de control de menos del 2%. Es decir, el control de la población del mosquito pasó a

convertirse en una campaña de largo plazo dependiente de técnicos especializados y de un constante flujo de recursos económicos.

La falta de estos recursos, en el contexto de la “erradicación”, habría significado la presencia de mosquitos naturalmente dispuestos a convertirse en huéspedes intermediarios de la enfermedad. A las técnicas anti-mosquito de control se añadió, entre 1918 y 1936, el uso de técnicas de viscerotomía,¹⁴⁹ las cuales sirvieron para reforzar el control e identificar las primeras manifestaciones de fiebre amarilla de tipo selvático en la Amazonía ecuatoriana.¹⁵⁰ Después de la encuesta realizada por el General Gorgas y su equipo en Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela, se determinó que Guayaquil, junto con Yucatán en México eran los centros epidémicos más peligrosos de la costa del Pacífico en Sudamérica y Centro América, y por tanto, un factor de riesgo esencial para el comercio internacional. En esos años, por la relación directa de Guayaquil con el canal de Panamá, se pensaba que la zona del canal no era la única que podía reinfectarse sino que, desde ahí, se podía crear una cadena de contagio masivo hacia las áreas continentales e insulares del Pacífico occidental y Asia.¹⁵¹

El Dr. Connor llegó a Guayaquil en noviembre de 1918 y, ese mismo mes, fue nombrado para ocupar el cargo de Subdirector de Sanidad *ad honorem*. El nombramiento lo hizo el gobernador de la provincia del Guayas el 21 de noviembre de 1918 mediante el oficio del Estado n° 431.¹⁵² Desde ese momento Connor quedó revestido de las facultades necesarias para realizar su trabajo en las provincias del Guayas, Los Ríos, El Oro y Manabí.¹⁵³ Esa tarea se inició el 25 de noviembre de 1918 y se centró en atacar el mosquito

¹⁴⁹ Soper (1979), p. 158. La viscerotomía, es decir la obtención sistemática postmortem de muestras de tejido hepático de enfermos fallecidos por fiebre amarilla y su examen, se convirtió en un instrumento indispensable para el estudio de la distribución de la fiebre amarilla en América del Sur desde 1930.

¹⁵⁰ *Ibid.*, pp. 178-205. La expresión “fiebre amarilla selvática” no figuró en las publicaciones hasta 1935. A este tipo de fiebre amarilla se le denominó así para distinguirla, desde el punto de vista epidemiológico, de la fiebre amarilla clásica y/o urbana. La denominación selvática hacía referencia a su presencia en las selvas tropicales y con intensas lluvias. Después de la campaña internacional desarrollada por la Fundación Rockefeller en América solo se confirmaron tres casos y para 1935, un año antes que terminara el primer ciclo de cooperación de la FR con Ecuador, la epidemiología de la fiebre selvática era lo bastante clara para comprender que su eliminación no tenía posibilidad inmediata.

¹⁵¹ *Ibid.*, pp. 79.

¹⁵² Nombramiento del Subdirector de la Sanidad (1918). El nombramiento de Connor reproducía lo ocurrido en 1908 con el Dr. Bolívar Lloyd quien, durante el gobierno del General Eloy Alfaro, fue nombrado Director Interino de la Sanidad.

¹⁵³ Véase: Dr. Connor Subdirector de la Sanidad. (1918).

en su fase acuática de acuerdo con las técnicas que el General Gorgas había aplicado y perfeccionado desde la Habana en 1900, y para el control del mosquito en Panamá desde 1904 hasta 1914.¹⁵⁴

A las tradicionales técnicas antimosquito, el Dr. Connor añadió el uso de peces (*Gambusia affinis*) que se alimentaban de las larvas del mosquito vector de la fiebre amarilla. La utilización de estos peces con el fin de eliminar al vector en su fase acuática se popularizó a raíz de que Joseph A. Le Prince del United States Public Health Service, quien también venía trabajando en la erradicación del mosquito desde Cuba y Panamá, demostrara su efectividad en Tampico, una ciudad y puerto del noreste de México en el estado de Tamaulipas. Desde entonces, en la guerra contra la fiebre amarilla, los peces *Gambusia affinis* se utilizaron en México, América Central y Perú¹⁵⁵ El uso de peces era notablemente económico, haciendo posible la reducción del personal contratado para la campaña.¹⁵⁶ En efecto, esta técnica que se ajustaba, en el contexto de la gran escala y coste mínimo, a los requerimientos de la FR, le permitió a Connor establecer un grado mayor de efectividad en la campaña de Guayaquil. En el contexto de la reducción de personal, en la figura nº 15, se puede observar una escuadra de saneamiento compuesta solamente por un técnico encargado del registro y dos peones con su respectivo equipo de desinfección.

¹⁵⁴ Strem (2008), p. 3.

¹⁵⁵ Rose (1920), p. 23.

¹⁵⁶ Rose (1918), p. 106.

Figura 15. Escuadra de saneamiento, Guayaquil-Ecuador. 1918-1919.



Fuente: Rockefeller Archive Center.¹⁵⁷

El plan general de Connor, después de dividir la ciudad en distritos de trabajo (figura nº 16), consistió en involucrar estratégicamente en la campaña no solo a las autoridades sanitarias sino también a los medios de comunicación, a los líderes de los grupos gremiales y educativos y, principalmente, a la ciudadanía, en general, de Guayaquil. Su intención fue popularizar la prevención dando a conocer a la comunidad las formas de propagación del mosquito *Stegomyia*. Particularmente Connor a través de este tipo masivo de difusión, lo que quería era generalizar, como medida sanitaria permanente, el recubrimiento de los tanques donde se guardaba el agua para el consumo (figura nº 17) y la adopción de medidas sanitarias básicas como la construcción de drenajes y zanjas.

¹⁵⁷ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Records, Photographs, Box 84, folder 1699. Photo No. 4481.

Figura 16. Plano de la ciudad de Guayaquil dividido en distritos para la erradicación de la fiebre amarilla según el plan del Dr. Connor.



Fuente: Rockefeller Archive Center.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Rockefeller Archive Center, RG 5, Series 2, Box 30, Folder 180.

Figura 17. Cubiertas de madera para los depósitos de agua de consumo humano.



Fuente: Rockefeller Archive Center.¹⁵⁹

El siguiente fragmento de su discurso leído a la sociedad de los “Hijos del Trabajo”, el día 8 de diciembre de 1918, ilustra el poder que ejerció el discurso de Connor en sus campañas:

“la fiebre amarilla y la Bubónica han cerrado a Guayaquil al libre intercambio comercial del mundo [...]. Conocido es que ambas pueden ser exterminadas [...]. Desde 1842 el mosquito abrió la guerra contra esta ciudad que ha matado a muchos especialmente a niños [...]. La fiebre amarilla es una enfermedad que se puede prevenir [...]. La fiebre amarilla ha hecho que Guayaquil sea considerado como un foco endémico [...]. La enfermedad siempre está con nosotros unas veces como epidemia y otras veces como casos aislados pero siempre la tenemos en una u otra forma. La creencia popular que las personas que habitan zonas endémicas por un número de años adquieren inmunidad ha sido científicamente destruida, pues sabemos ahora con evidencia que ninguna raza ni color tienen inmunidad natural y que la verdadera inmunidad solo la tienen los sobrevivientes de la misma. Necesitamos su cooperación, como todos sabemos la fiebre amarilla se transmite por el mosquito *Stegomyia* que tiene sus criaderos en el agua dulce destinada para el uso doméstico. El mosquito casi poco se aleja del lugar donde nace y es por esa razón que el mosquito es doméstico o

¹⁵⁹ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Records, Photographs, Box 84, folder 1699. Photo No. 5654. En imagen se observa la forma como se cubrían los receptáculos de agua para el consumo humano.

casero. En los tres primeros estadios de su vida el mosquito vive en el agua que está destinada para el consumo humano, la cocina y el baño y la razón por la que existen tantos gusarapos es porque los receptáculos no están tapados permitiendo que los mosquitos pongan sus huevos”.¹⁶⁰

Las operaciones antilarvarias para la reducción del mosquito en su fase acuática, se iniciaron el 25 de noviembre de 1918 y se extendieron hasta junio de 1919. Este periodo se escogió por coincidir con la estación seca y la escasa presencia del mosquito. El promedio anual de casos de fiebre amarilla, según los datos que manejó el IHB entre 1912 e inicios de 1918, era de 252. El último caso de fiebre amarilla, según un informe del IHB en 1920, se reportó el 22 de mayo de 1919.¹⁶¹ Después de que se redujera la población de mosquitos, el Estado y la FR crearon un servicio antilarvario para mantener el índice del mosquito *A. Aegypti* bajo un umbral mínimo de control del 2%. Merece la pena reproducir el comentario que, acerca de este servicio, hizo en 1987 el Dr. Juan A. Montalván Cornejo quién más tarde, entre 1944 y 1956, sería Director del Instituto Nacional de Higiene:

“En Guayaquil, mejor dicho en el Ecuador entero, pasábamos tranquilos de saber que la enfermedad estaba erradicada del puerto principal y de todas las localidades aledañas que antes fueron infectadas, y nos contentábamos con mantener un servicio de control de la población de *Stegomyias*, que nos mantuvieran exentos del desarrollo de una nueva epidemia, si acaso algún enfermo, eludiendo las cuarentenas sanitarias, llegase a la ciudad. Debo decir sin embargo que cuando yo tome contacto directo por primera vez con el Servicio de Sanidad Pública (1932) y aquí empiezan mis relaciones con el problema, encontré que el tal servicio antilarvario no estaba tan eficiente como se pensaba, pues que mientras para erradicar la enfermedad en 1919 se requirió bajar el índice de *Aedes* hasta un medio por ciento, requiriendo mantenerlo hasta un máximo de dos, los índices en ciertos sectores de la ciudad eran de trece y aun (en el cerro santa Ana) de 23%, lo que quería decir que estábamos sobre un volcán”¹⁶²

Una vez que concluyó la campaña cooperativa, la Comisión abandonó Ecuador (figura nº 18) y el programa para la erradicación de la fiebre amarilla se direccionó hacia Brasil, Colombia, Venezuela, la Guayana Francesa, Perú, Paraguay, Centro América, la zona del mar Caribe y la costa del Atlántico en Sudamérica.¹⁶³ En 1920, la FR también envió una comisión exploratoria al África Tropical. En esa misión el Dr. W. C. Gorgas

¹⁶⁰ Dr. Connor a los hijos del trabajo. (1918).

¹⁶¹ *Ibidem*. Véase también: Ortega (1987).

¹⁶² Montalván Cornejo (1987), p. 287.

¹⁶³ Rusell (1923), p. 23.

encontró la muerte, antes de llegar a su destino final en la ciudad Londres.¹⁶⁴ El Dr. Connor, por su parte, siguió participando en las campañas contra la fiebre amarilla. En 1928, desengañado de los resultados de la campaña de la FR para erradicar la fiebre amarilla mediante la reducción temporal de criaderos del *A. aegypti*, decidió intentar formas alternativas para su erradicación.¹⁶⁵ Mas tarde, Connor salió de la Fundación en 1930, sosteniendo indeclinablemente que la erradicación era imposible. Soper (1963) explica también que esta posición radical obedecía a la ley llamada de rendimiento decreciente y a la ley de la inviolabilidad de la especie. La ley de rendimiento decreciente se ilustraba con lo ocurrido en Brasil cuando el Dr. Connor autorizó un intento para erradicar al *A. aegypti* de la ciudad de Paraíba, un Distrito Federal parte de la República Federativa del Brasil, compuesta de 35.000 habitantes. El esfuerzo prolongado durante la campaña redujo el índice de reproducción del mosquito al 1 %, pero nunca a cero. El fracaso de la erradicación se atribuyó a la imposibilidad de erradicar por completo el mosquito.¹⁶⁶ La ley de rendimiento decreciente, en ese sentido, ilustraba también lo dicho, en 1987, por el Dr. Gutiérrez Vera, ex Ministro de Salud Pública de Ecuador, sobre la reducción del mosquito a cero, en Guayaquil, como proyecto “imposible”. La inviolabilidad de la especie, por otra parte, hacía referencia al instinto de conservación y la pertinaz presencia del mosquito *A. aegypti* y a su forma evolutiva que según Soper (1979) se reflejaba en los altos niveles de infestación alcanzados por la especie en el trópico.

¹⁶⁴ Montalván Cornejo (1987), p. 285.

¹⁶⁵ Soper (1979), p. 351. Esas formas alternativas fueron la organización de brigadas para desecar los denominados “focos madre”. La labor de los grupos de detección se orientó no solamente a la búsqueda de focos primarios sino principalmente de los secundarios. Estos últimos, ocultos, según Connor, eran los principales causantes de que la fiebre amarilla no desapareciera, pues se había advertido que estos eran la causa de la presencia constante de mosquitos una vez destruidos los focos visibles.

¹⁶⁶ Soper (1963), p. 260.

Figura n° 18. Foto en la despedida del Dr. Michael E. Connor, después la campaña para “erradicar” la fiebre amarilla del puerto de Guayaquil, en Ecuador.



Fuente: Viaje del Dr. Michael E. Connor. (1919).¹⁶⁷

Después de la campaña de Guayaquil, el Dr. Henry Hanson¹⁶⁸ con las técnicas de Connor y bajo los supuestos de la “Key Centre Theory”, controló la enfermedad en el Perú, del mismo modo lo hizo el Dr. Teodoro G. Lyster y el Dr. White en América Central y México. A finales de 1922, las áreas todavía infectadas se encontraban en una delgada zona costanera que cubría desde el este de Brasil hasta el este de México. En la costa oeste de Sudamérica, América Central y México no se presentaron más casos al igual que en el subcontinente norteamericano. En el sur, según datos de la IHB, solo quedaron dos focos, uno en Colombia y el otro en el norte de Brasil. En 1923, la comunidad científica pensaba

¹⁶⁷ En la fotografía podemos ver una comitiva para despedir al Dr. Michael E. Connor. En ella aparecen sentados de izquierda a derecha: (Sentados) Dr. Carlos V. Coello, médico de la sanidad americana; Sr. Alberto Reina; Dr. León Becerra, Director de la Sanidad; Dr. Michael E. Connor, miembro de la FR, subdirector de la sanidad y director de la campaña contra la fiebre amarilla; Dr. Wenceslao Pareja, Director de los Lazaretos y quien subrogó al Dr. Connor en su ausencia; Dr. Teófilo N. Puentes y Dr. J.M. Estrada Coello. De pie: Dr. J. Martínez Vinuesa; Sr. Luis Felipe Huerta, Colector de la Sanidad; Dr. Enrique Soyago S., Jefe del gabinete de bacteriología de la Sanidad Pública; Dr. Adolfo Fassio, médico del servicio de sanidad marítima; Dr. J. Domingo Escobar y el Dr. Darío Moral. El artículo no menciona el nombre del último personaje. La foto fue tomada después de un almuerzo de despedida en el Club Metropolitano.

¹⁶⁸ Henry Hanson nació 4 de julio 1877 en Glenwood, Dakota del Sur. En 1908 se graduó en la Universidad Johns Hopkins. En el año en que Estados Unidos entró en la I Guerra Mundial, Hanson se unió al Cuerpo Médico del Ejército y fue designado a Panamá. En ese lugar, fue nombrado como Jefe Inspector Sanitario de la Zona del Canal de Panamá en 1918. En 1919 fue contratado por el gobierno peruano. Véase: Hanson (1961).

que se había conseguido la efectiva erradicación de la enfermedad en occidente¹⁶⁹ y con los recursos y el personal necesario, la campaña de las Américas se trasladó al África Occidental.¹⁷⁰

Pero la creencia de que la fiebre amarilla había desaparecido de la faz de la tierra se puso en duda en 1932 cuando en el Valle do Canaan, en el interior de Espírito Santo, Brasil, un nuevo brote de fiebre amarilla apareció sin la presencia de *Aedes* o antecedentes anteriores de la infección. Ese brote sin explicación permitió a la comunidad científica establecer que la fiebre amarilla tenía una nueva modalidad epidemiológica diferente y a la que, por su presencia en los bosques lluviosos, se la denominó, como fiebre amarilla selvática.¹⁷¹

2.6. Fin del primer ciclo de cooperación entre la Fundación Rockefeller y el Estado ecuatoriano.

Los historiadores latinoamericanos dedicados a la investigación de la ayuda internacional en el campo de la salud, después de describir y analizar el rol que desempeñaron organismos como la FR en Latinoamérica, han nombrado o simplemente han obviado, el caso ecuatoriano. La versión oficial sobre el rol de la FR en Ecuador deja de lado un capítulo importante a la hora de interpretar, dentro de la historia de la medicina latinoamericana, la forma en que las organizaciones de ayuda internacional actuaron en los países considerados desde el primer mundo como “atrasados”.

En este sentido, al hablar de la “actuación” de la FR, esta investigación se refiere a la influencia que tuvo la “ayuda” de organismos privados norteamericanos en el pensamiento del círculo médico y la élite que ejerció el control del Estado en esa época. En el caso ecuatoriano se puede ver que en las primeras décadas del siglo pasado esa ayuda sirvió para que el Estado, tal como veremos a continuación, impulsara procesos que, como una norma general, fueron beneficiosos para la oligarquía local (los receptores) y los

¹⁶⁹ Rose (1922), p.33.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 33.

¹⁷¹ Montalván Cornejo (1987), p. 287

intereses de sus pares en el extranjero (los donantes). Nos referimos a una forma de desarrollo que si bien sirvió para crear cierto nivel de modernización, tanto en los procesos como en la estructura general del Estado, no sirvió para que Ecuador pudiese cruzar la frontera del subdesarrollo.

En ese sentido, la contribución que hace este estudio, dentro de sus propias limitaciones, es ofrecer, a través de una versión cuyo planteamiento hipotético se sustenta en la teoría asistencia internacional para el desarrollo planteada por Montufar en el año 2002, una interpretación que, de alguna manera, sirva para llenar ese vacío. Entre 1920 y 1936 la necesidad de ayuda internacional creció exponencialmente. La intervención de la FR para “erradicar” la fiebre amarilla en Guayaquil, creó un inevitable (y deliberado) lazo de dependencia. El 22 de mayo de 1919, cuando se reportó el último caso de fiebre amarilla, el Estado asumió que esta enfermedad, luego de la intervención de la FR, había sido erradicada.¹⁷² La campaña, más allá de aplicar y establecer nuevas técnicas para mantener al mosquito bajo un umbral mínimo de control, no logró eliminar ni a la especie anofelina ni al “germen” de la enfermedad. Es decir, las campañas de erradicación sirvieron para mantener al mosquito (urbano) bajo control y ese método se mantuvo hasta después de la II Guerra Mundial a través de una campaña que dependió de la utilización de recursos técnicos y económicos que a largo plazo resultaron ser insostenibles por su alto costo.¹⁷³ En ese sentido, la tarea del Estado, después que el último caso de fiebre amarilla fuera denunciado por la Comisión de “erradicación”, fue mantener al mosquito bajo un umbral de control del 2%.¹⁷⁴ Desde 1919, la condición sanitaria de Guayaquil, con respecto a la fiebre amarilla, pasó a depender tanto del control sanitario de un Servicio Antilarvario que este extendió sus actividades hasta que, después de la II Guerra Mundial, se creó un Servicio Nacional Antimalárico (1948-1956).¹⁷⁵

Desde 1917 hasta 1936, el control de la fiebre amarilla fue la principal fuerza con la que la Fundación Rockefeller imprimió su influencia sobre el Estado ecuatoriano. La última

¹⁷² Pareja (1920), p.17.

¹⁷³ Véase: OMS (2005).

¹⁷⁴ Montalván (1976), pp. 287-288.

¹⁷⁵ Montalván (1948).

visita de los oficiales de la IHD a Ecuador se registró el 23 de septiembre de 1933. Ese año, el Dr. Fred L. Soper atendió a una invitación de la Dirección General de Sanidad en la que las autoridades sanitarias aprovecharon para pedirle que se financiara un servicio de viscerotomía para estudiar los casos sospechosos de fiebre amarilla.¹⁷⁶ El 29 de Octubre de 1936, la IHD reportó a la FR que el trabajo de la fiebre amarilla en Ecuador había terminado completamente. El informe, de forma concluyente, decía: “tras tres años de estudio no se volvieron a presentar casos de fiebre amarilla”¹⁷⁷ y oficialmente se cerró un primer ciclo de cooperación entre la FR y el Estado ecuatoriano. A partir de aquello, el trabajo en Ecuador, como el de otros países sudamericanos, quedó bajo la dirección de Soper, cuya administración se ejerció desde Río de Janeiro.¹⁷⁸

¹⁷⁶ Rockefeller Archive Center, RF, B, 23, RG, Series 4 Lewis Hackett. Hackett Reports, IHD Rio de la Plata. Sep. 23 1933.

¹⁷⁷ *Ibid.*, 29 de octubre de 1936.

¹⁷⁸ *Ibid.* 1934, 1935, 1936.

A manera de resumen, entre 1916 y 1937 los acuerdos entre el Estado ecuatoriano y la FR se centraron principalmente en la erradicación de la fiebre amarilla (tablas n° 2 y 3).

Tabla n° 2. Inversión de la Fundación Rockefeller en el programa de la Fiebre amarilla en Ecuador (1917- 1936).

FECHA.	ACTIVIDAD.	MONTO.
23 de Enero de 1917.	Control en Guayaquil.	20.000 dólares
25 de Junio de 1918.	Comisión para investigar las condiciones en Ecuador.	26.750 dólares.
15 de Julio de 1918.	Control en Guayaquil.	20.000 dólares.
10 de Octubre de 1918.	Control en Guayaquil 1919.	101.544 dólares.
7 de Junio de 1919.	Control en Guayaquil.	6.000 dólares.
17 de Noviembre de 1919.	Control-Ecuador 1920.	50.000 dólares.
18 de Julio de 1921.	Control-Ecuador.	2.000 dólares.
12 de Enero de 1922.	Control-ecuador 1922.	4.000 dólares.
Extendido desde el 31 de Diciembre de 1931 hasta el 28 de Abril de 1934.	Servicio de viscerotomía.	1.000 dólares.
16 de Diciembre de 1933.	Control e investigación de la fiebre amarilla en 1934.	25.000 dólares.
15 de Diciembre de 1934.	Control e investigación de la fiebre amarilla en 1935.	2.000 dólares.
14 de Diciembre de 1935.	Control e investigación de la fiebre amarilla en 1935.	Cantidad sin especificar.
1937	Sin especificar.	1.29 dólares

Fuente: Elaboración propia con datos del Rockefeller Archive Center.¹⁷⁹

¹⁷⁹ Rockefeller Archive Center, RF, RG S/N, Series 4 y 5, Box 20, Folder 71.

Adicionalmente al programa para la “erradicación” de la fiebre amarilla, entre 1916 y 1926, el Estado ecuatoriano y la FR realizaron pequeñas inversiones y trataron de concretar otros programas para el control de la anquilostomiasis y de la malaria. En la tabla n° 2 se puede observar la evolución de esos, pequeños, proyectos junto al de la fiebre amarilla. Mediante esos acuerdos, muchas veces infructuosos, el Estado trato de atraer la atención de la FR para que esta invierta para el control de enfermedades que en ese tiempo ya eran conocidas por afectar principalmente a la fuerza de trabajo en zonas de producción agrícola.

Tabla n° 3. Inversiones y acuerdos entre la International Health Division y la Dirección General de Sanidad, entre 1916 y 1927.

FECHA/ENFERMEDAD.	FIEBRE AMARILLA.	ANQUILOSTOMIASIS.	MALARIA.
24 de Octubre de 1916.	W.C Gorgas visita Guayaquil y recibe del gobierno ecuatoriano la aceptación para erradicar la fiebre amarilla ¹⁸⁰ .		
23 de Enero de 1917.	T.C. Lyster elabora un plan para controlar la fiebre amarilla en Guayaquil. La IHD designa fondos para el trabajo de Lyster. ¹⁸¹		
25 de Junio de 1918.	Se crean los fondos para una investigación de fiebre amarilla. ¹⁸²		
20 de mayo de 1919.	Medidas de Control del mosquito aplicadas por el Dr. M.E. Connor hacen que el número de casos de la fiebre amarilla disminuyan radicalmente. ¹⁸³		

¹⁸⁰ Rose (1916), pp. 83-85.

¹⁸¹ Rose (1917), p. 317.

¹⁸² Rose (1919), p. 89-90.

¹⁸³ *Ibid.* p. 90.

<p>21 de Octubre de 1919.</p>	<p>A pesar que no se reportan casos de fiebre amarilla desde Junio de 1919 la IHD propone continuar el trabajo por lo menos un año más. Se designa al Dr. Connor para que trabaje en conjunto con el gobierno y la comunidad.¹⁸⁴</p>	<p>El Ministro ecuatoriano en Washington presenta un oficio a la IHD agradece la cooperación para eliminar la fiebre amarilla e invita a cooperar con el control de la Anquilostomiasis. Se reporta que 120.000 sucres (60.000 USS), han sido donados por el gobierno y la asociación de agricultores. La IHD autorizó para que un oficial sostenga conferencias con las autoridades y realice una encuesta en las regiones afectadas.¹⁸⁵</p>	
<p>26 de Octubre de 1919.</p>	<p>El Dr. Connor, es autorizado por la IHD, para donar los equipos a las autoridades locales y transferir el trabajo de control del mosquito a la sanidad local.¹⁸⁶</p>		
<p>17 de Noviembre de 1919.</p>		<p>El Dr. Connor regresa a Ecuador para realizar una encuesta.¹⁸⁷</p>	<p>Fondos son designados para iniciar el control de la Malaria, incluido corte de vegetación, trabajos menores de drenaje y petrolización. 23.000 sucres (6000 USS) se designaron para este propósito.¹⁸⁸</p>

¹⁸⁴ *Ibid.* p. 91.

¹⁸⁵ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation records, projects 33, series 4, 5 Box 20, folder 71, Miscellaneous reports on countries of the Río de la Plata and Andean Region.

¹⁸⁶ *Ibidem.*

¹⁸⁷ *Ibidem.*

¹⁸⁸ Rose (1919), p. 228-229.

18 de Julio de 1921.	La IHD frente a un brote de fiebre amarilla en el Norte del Perú asigna fondos para ayudar a la sanidad para que se apliquen medidas preventivas y para que se reduzca el índice de Stegomyia. ¹⁸⁹		
25 de Octubre de 1921.	Un representante de la IHD inspecciona las condiciones en Ecuador y sugiere que es prudente continuar con las medidas de precaución. ¹⁹⁰		
22 de mayo de 1923.		El Trabajo de la anquilostomiasis empezó en 1919 y 1920 pero se abandonó por la falta de fondos. El Dr. Wenceslao Pareja, director de la Sanidad solicita dos becas a la IHD. ¹⁹¹	
5 de Noviembre de 1925.	El Dr. Michael e. Connor visita Ecuador y confirma que ya no existen indicaciones de la infección. ¹⁹²	La encuesta para iniciar la campaña se retrasa por falta de personal. ¹⁹³	

¹⁸⁹ Rose (1922), pp. 98-101.

¹⁹⁰ *Ibid.* p. 97.

¹⁹¹ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation records, projects 33, series 4, 5 Box 20, folder 71, Miscellaneous reports on countries of the Río de la Plata and Andean Region.

¹⁹² Rusell (1925), p.204.

¹⁹³ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation records, projects 33, series 4, 5 Box 20, folder 71, Miscellaneous reports on countries of the Río de la Plata and Andean Region.

4 de Noviembre de 1926.		La encuesta sigue sin realizarse a pesar que la IHD recibe una solicitud del Dr. Pablo Arturo Suarez. ¹⁹⁴	La malaria se vuelve uno de los mayores problemas para la construcción del tren del nordeste del país. El Gobierno invita a la IHD para asistir con un programa de control. ¹⁹⁵
13 de Mayo de 1927.		La IHD concede una beca para el Dr. Benjamín Wandenburg director del departamento técnico del laboratorio de Bacteriología de la Sanidad. La beca es para estudios en el control de la Malaria y anquilostomiasis. ¹⁹⁶	

Fuente: International Health Board, annual Reports. Elaboración propia adaptada de los informes anuales de la IHD, documentos del RAC y de la DGS en Ecuador.

El fin del primer ciclo de cooperación entre el Estado ecuatoriano y la FR coincidió también con el de otros países donde la Fundación financió campañas sanitarias a través de la IHD. Entre 1918 y 1939, a nivel general en la región, tal como dice Solórzano (1997: 238-239) esta fuerza, impulsada por los capitales privados norteamericanos, consolidó la influencia de Estados Unidos en Latinoamérica. Después de esos años, en los cuales los programas de la Fundación fueron la mejor y única alternativa, emergió una clara necesidad de programas de salud pública.

¹⁹⁴ *Ibidem.*

¹⁹⁵ Suárez (1927), p., 30-32.

¹⁹⁶ Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation records, projects 33, series 4, 5 Box 20, folder 71, Miscellaneous reports on countries of the Río de la Plata and Andean Region.

Uno de los acontecimientos de mayor importancia, a nivel regional, fue la firma y la adopción del Código Sanitario Panamericano en 1924 por parte de Ecuador y otros países sujetos a las normativas de salud internacional de la Oficina Sanitaria Panamericana.¹⁹⁷ En 1927, durante la Conferencia sanitaria de Lima de la OSP, se crearon puestos para los llamados “comisionados viajeros”. En ese contexto fue enviado a Ecuador el Dr. John D. Long, un médico que antes, en 1923, había trabajado para erradicar la peste en el país. Esta enfermedad, al igual que la fiebre amarilla, se había convertido tanto en una preocupación local como internacional por sus implicaciones en el comercio marítimo internacional.¹⁹⁸ En Ecuador, la historia de la peste se remonta a 1908. En ese año, la presencia de esta enfermedad, junto con la fiebre amarilla y la viruela obligó a que el Estado, con la ayuda internacional, reestructurase la organización sanitaria del país y la normativa local de acuerdo a la ley de sanidad internacional.¹⁹⁹ A pesar de todos esos cambios, la peste y la viruela, con excepción de la fiebre amarilla que desde 1917 se había convertido en una preocupación de la FR, no pudieron ser eliminadas del puerto de Guayaquil y su prevalencia amenazó incluso con atacar otras ciudades del interior del país. En 1929, el Dr. Long estableció las pautas para el combate específico en contra de la peste,²⁰⁰ mientras que el Estado a través de la Dirección General de Sanidad se encargó, con los médicos locales, de otras enfermedades como, la viruela, el alastrim, la escarlatina, el sarampión, el tifus exantemático, la gripe epidémica, la fiebre tifoidea, la lepra, la disentería bacilar, el paludismo, la anquilostomiasis, la tuberculosis y las enfermedades venéreas. Los resultados positivos obtenidos de la aplicación de medidas sanitarias aplicadas tanto por la DGS para atacar a estas enfermedades

¹⁹⁷ Un tratado internacional firmado ad referendum por 18 países de las Américas el 14 de noviembre de 1924 durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. Para mayores detalles del tratado. Véase: Delgado, Estrella, Navarro (1999).

¹⁹⁸ Cueto (2004), p. 62.

¹⁹⁹ Véase: Alfaro (1908)b.

²⁰⁰ La presencia de Long en Ecuador y su campaña para erradicar la peste, es el fin de otro ciclo iniciado en 1902. Véase: Cueto (2004). Este proceso obedeció a los diferentes acuerdos que las conferencias sanitarias plantearon para la región. Resumiendo las políticas, desde la primera hasta la cuarta conferencia, podemos entender como actuó la presión internacional en los procesos del Estado ecuatoriano. En la primera Conferencia, celebrada en Washington (1902), se creó por primera vez una oficina para el intercambio de información epidemiológica. Durante la segunda Conferencia, en Washington (1905) se estableció la doctrina del mosquito para el saneamiento público. Durante esta conferencia, se estableció también un sinnúmero de reglas para los países signatarios, los cuales debían poner en práctica procedimientos concretos en caso de cólera, peste o fiebre amarilla. Durante la tercera Conferencia celebrada en México se estableció la vacunación obligatoria contra la viruela, el establecimiento de propaganda para luchar contra el paludismo y medidas contra la tuberculosis. En la cuarta conferencia de Costa Rica, se declaró que los gobiernos debían asegurarse del saneamiento efectivo de los puertos.

como la campaña a gran escala de Long para erradicar la peste,²⁰¹ y el control del mosquito que se venía realizando por el servicio antilarvario desde 1920 después que el Dr. Connor aplicó su campaña anti-larvaria entre 1918 y 1919, sirvieron para que Ecuador solicitara a la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1930, la declaración de Guayaquil como puerto limpio clase A.

En un informe del Dr. Luis Cueva, Director General de la Sanidad, se puede observar cómo el Ministro de Gobierno y Previsión Social, informaba al Estado sobre el éxito alcanzado en la campaña intensiva dirigida a esas enfermedades. Su reporte, hacía énfasis en primer lugar a la ayuda prestada por el Dr. John D. Long de la Oficina Sanitaria Panamericana. En segundo lugar, al estado y control de enfermedades en el puerto, responsabilidad de la DGS y en tercer lugar, a la ayuda que recibió el Estado ecuatoriano, por parte de la FR para el control de la fiebre amarilla. Esta última según este informe se había mantenido, especialmente en los domicilios, bajo el umbral mínimo del 2% y su control constante y efectivo había servido para que el Estado informara a la OSP sobre la inexistencia de esta enfermedad en el puerto de Guayaquil.²⁰²

“La peste bubónica aparecida en 1908, una vez que se tuvo certeza que la enfermedad era producida por el bacilo de Yersin y transmitida al hombre por la pulga *X. Cheopis*, fue combatida con la ayuda del Dr. John D. Long y el apoyo del gobierno. [...] El esfuerzo principal fue dirigido desde una campaña intensiva a gran escala para envenenar en base a arsénico y métodos anti-ratas la población de roedores en el puerto. El resultado a corto plazo fue la disminución de los casos hasta obtener automáticamente su desaparición, con la reducción hasta cero de ratas infectadas. [...] Junto a las medidas anti-ratas se aplicaron otras medias como la vacunación con Linfa Haffkine (no obligatoria). [...] En cuanto a la fiebre amarilla desde que esta desapareció en 1919, desde los trabajos del Dr. Michael E. Connor, el servicio de profilaxis antilarvaria se ha dedicado a mantener el mosquito bajo el umbral mínimo de control hasta que los reservorios de agua desaparezcan de los domicilios. [...] La viruela que afecta a la población infantil se confunde todavía con enfermedades similares: alastrim, escarlatina y sarampión. Con la utilización de la vacuna de Jenner se ha inmunizado a la población. [...] Tifus exantemático, no existe. [...] Para la gripe epidémica se han aplicado medidas profilácticas. [...] Tifoidea, su presencia en 1930 fue de 71 casos y 3 defunciones. [...] La lepra, los caso en el leprocomio son reducidos y no se considera como una enfermedad de alarma. [...] Disentería Bacilar, se utiliza petróleo para disminuir las larvas. Los casos en Guayaquil durante 1930 fueron de 139 casos y 37 defunciones. [...] Paludismo, esta enfermedad hermanada con la anquilostomiasis y la tuberculosis se trata con quina. En 1930 los casos fueron 178. [...] La Anquilostomiasis, se han construido excusados y letrinas en los campos. [...] Tuberculosis, los enfermos graves son conducidos al asilo “Calixto Romero”. En 1930 se registraron 2860 casos y de esos 193 fallecieron. [...]

²⁰¹ Véase: Cueto (2004), pp. 62-63.

²⁰² Boloña (1930).

La profilaxis venérea, se han tomado medidas para controlar la prostitución clandestina. Los casos en 1930 de sífilis son de 123, blenorragia 243 y chancro blando 67”.²⁰³

Con el trabajo conjunto de la Dirección General de Sanidad para controlar enfermedades cuarentenables, el control de la fiebre amarilla como consecuencia de la campaña anti-larvaria de Connor y el apoyo de la OSP para la exterminación masiva de ratas portadoras de pulgas, el 30 de septiembre de 1930, a petición del Director de Sanidad del Litoral, Guayaquil fue declarado puerto limpio Clase A. El hecho fue comunicado al Ministerio y posteriormente tal como se cita a continuación a la Oficina Sanitaria Panamericana para la inscripción respectiva:²⁰⁴

“El Ministerio de Previsión Social y Sanidad e Higiene de la República del Ecuador, considerando: Que la Honorable Cámara del Senado ratificó el código Sanitario Panamericano y el Honorable Consejo de Estado expresó su aprobación del citado tratado: y en vista de que todas las medidas necesarias para el exterminio de la peste bubónica han sido aplicadas en el Puerto de Guayaquil y en las áreas adyacentes, y que no existe en el citado puerto de Guayaquil, ni en los pueblos vecinos, ningún caso de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, tífus exantemático, ni ninguna otra enfermedad contagiosa en forma epidémica grave susceptible de ser transportada mediante el comercio internacional; Yo, Doctor Francisco J. Boloña, Ministro de Previsión Social y Sanidad e Higiene de la República del Ecuador, oficial y solemnemente declaro que el puerto de Guayaquil es y debe ser considerado como Puerto Limpio de Clase A, de acuerdo con los requisitos y las prescripciones del Tratado Sanitario conocido con el nombre de Código Sanitario Panamericano. Dado en el Palacio Nacional, en Quito, a treinta de septiembre de mil novecientos treinta”²⁰⁵

Ecuador en 1930 había cumplido con las disposiciones internacionales a través del saneamiento del puerto de Guayaquil y así, se unió a la visión predominante estratégica de Estados Unidos para proteger las condiciones sanitarias desde los puntos de donde se enviaban productos a los centros industrializados.²⁰⁶ Esto tal como dice García (1981) constituyó un paso necesario en la fase de implantación del capitalismo en América Latina. Como hemos visto, Long, Lloyd, Noguchi y Connor, a través de diferentes organizaciones, representaron la fuerza con la que la ayuda internacional influyó en los procesos relacionados con la salud impuestos a Ecuador y otros países de la región durante la

²⁰³ *Ibid.* pp. 4-18.

²⁰⁴ *Ibidem.*

²⁰⁵ *Ibidem*

²⁰⁶ Montúfar (2002), p. 64.

implantación, a nivel internacional, de la idea contemporánea y literal de la salud pública en la primera mitad del siglo XX.

2.7. Los organismos de “ayuda” internacional y la estructura sanitaria del Estado ecuatoriano (1895-1936).

Como acabamos de ver, la Dirección de Sanidad del Litoral, a través del Ministerio de Previsión Social y Sanidad con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana y de un programa de control de la fiebre amarilla financiado por la Fundación Rockefeller, después de haber demostrado la no existencia de enfermedades contagiosas en Guayaquil, solicitó a la OSP el registró internacional de Guayaquil como puerto limpio Clase A.

De forma general, este proceso de tres décadas y media de duración, entre 1895 y 1936, muestra como la salud pública en Ecuador se desarrolló en una dinámica que fusionó los intereses locales con los extranjeros. La ayuda de organismos internacionales generó un cierto grado de modernización que permitió al Estado la creación de procesos a largo plazo que se materializaron en lo interno, en este caso el saneamiento del puerto, y también en la recuperación de las inversiones de los donantes en forma de capital financiero. Según el planteamiento de Montúfar (2002), esto significó un despegue de la economía ecuatoriana hacia una concepción de desarrollo donde los receptores (la oligarquía en el poder) debían imitar a los donantes para garantizar un desarrollo esperado. En este sentido, la inversión externa y el apoyo político interno, se convirtieron en dos elementos clave. Rodríguez Landívar (2013), en la misma línea de Montúfar, plantea que el trayecto desde inicios del siglo hasta finales de la década de 1930, se centró únicamente en la expansión del comercio internacional, dejando de lado los verdaderos problemas sanitarios del Ecuador. Es decir, la ayuda internacional favoreció directamente a los que ejercieron el poder sobre los medios de producción y la fuerza de trabajo, pero no sirvió para cumplir con la tarea nacional de modernizar, de verdad, el país con su propia fuerza e iniciativa. Rodríguez Landívar, agrega:

“la economía del país, al sustentarse básicamente en un solo producto (el cacao), adquiere un carácter vulnerable ya que el futuro de nuestros ingresos depende

directamente de la suerte de la “pepa de oro”, esa situación de no tener una producción diversificada se debe, como ya se advirtió, a la implantación del modelo de desarrollo y también a la carencia de visión nacional para fomentar la agricultura y la industria, que son partes fundamentales de la prosperidad de un país. Pero difícilmente se puede alentar y diversificar la producción si el interés de los grupos hegemónicos del Ecuador esta fincado en la exportación; como dicha actividad no requiere de una infraestructura vial se la descuida; es notoria la falta de vías de comunicación con transporte rápidos y baratos y el ferrocarril se traza como el único medio aceptable que conectaba la Costa con la Sierra”²⁰⁷

Es necesario señalar que la implantación del modelo de desarrollo ecuatoriano impulsado por las organizaciones de ayuda internacional, vino de la mano de las campañas sanitarias cuya doctrina se “moderniza” de acuerdo a las necesidades de los donantes. Es decir, existe una relación directa entre el modelo de desarrollo, basado en una economía de producción y exportación, y las campañas sanitarias que, en el contexto del saneamiento del puerto de Guayaquil, sirvieron a nivel internacional para la expansión de mercados y áreas de producción. En este sentido, la política sanitaria local, impulsada desde afuera y en medio de una precaria condición económica e inestabilidad política, generó un alto grado de dependencia hacia la ayuda internacional.²⁰⁸ Esto, tal como lo plantea Fosdick (1952) al hablar de la asistencia internacional, cuyos orígenes se remontan al primer tercio del siglo XX, se entiende cuando se analiza la regla de oro de la Fundación Rockefeller. Un principio que en el caso ecuatoriano fue aplicado fiel a las palabras de su fundador, John D. Rockefeller Sr. En ella se decía que la cooperación era una inversión que no debía ser confundida con caridad y que las relaciones que se establecían con los beneficiarios eran basadas estrictamente en bienes de capital destinados a obtener un beneficio.²⁰⁹ En este

²⁰⁷ Rodríguez Landívar (2013), pp. 114-115.

²⁰⁸ La asistencia económica y técnica de la International Health Division con el apoyo financiero de la Fundación Rockefeller para la fiebre amarilla hasta 1922, entre Latinoamérica y el Este, fue de 2.883.625,97 dólares. La porción que se asignó al Ecuador hasta ese mismo año fue de 111.160,84 dólares y para el control de la malaria alcanzó un valor de 4.595,59 dólares. Véase: Rusell (1923), pp. 178-196. En el caso ecuatoriano, el gobierno nacional, como hemos visto, difícilmente pudo haber asumido ese gasto porque la DGS dependió de la distribución de un bajo presupuesto entre 1914 y 1920 debido la caída del precio del cacao en el mercado internacional. Véase: Velasco (1990), p. 122. El presupuesto que el país logró recaudar, se distribuyó de manera inequitativa: al pago de la deuda externa se destinó entre el 20 y el 60% de los egresos fiscales; el 42% a gastos militares y burocráticos, mientras que los recursos destinados a obras públicas, educación y, en general, obras de desarrollo donde se incluyó la sanidad, solo representó el 10%. Véase: Hurtado (1993), p. 104. La sanidad, sin otra alternativa, acudió constantemente a la ayuda internacional como una forma de suplir el vacío generado por el Estado.

²⁰⁹ Véase: Farley (2004P, pp 4-5.

sentido, lo que generó este tipo de cooperación fue una situación de dependencia que luego se transformó en una predisposición a la inversión en salud pública.

A nivel regional, se puede observar que de los 2.883.625, 97 dólares invertidos por la FR para la investigación y control de la fiebre amarilla, 111.160,84 se invirtieron en Ecuador.²¹⁰ Una cantidad de dinero que, según Hurtado (1993: 104), hubiese sido imposible de invertir por parte del Estado debido a que en esos años el presupuesto general, entre el 20 y el 60%, se destinaba al pago de la deuda externa y el 42% a gastos militares y burocráticos. Al mismo tiempo, los recursos destinados a obras públicas, educación y, en general, a obras de desarrollo donde se incluía la sanidad, solo representó el 10%.²¹¹ Esta forma de distribución “desigual” del presupuesto del gasto del Estado, explica claramente porque la “ayuda” internacional generó un alto grado de dependencia de los llamados programas de cooperación internacional financiados por la FR.

Por otra parte, hemos dicho que la dependencia se transformó en una predisposición a la inversión en salud pública. Desde, 1922, tan solo dos años después de la intervención sanitaria en Guayaquil por parte de FR hasta inicios de la década de 1940, se puede observar que el Estado inició un proceso de crecimiento exponencial en las inversiones para la salud pública, directamente vinculadas con las exportaciones. Los datos económicos en cuanto a ese rubro así lo reflejan: en 1922: 220.000 sucres; 1925: 263.006 sucres; 1930: 773.000 sucres; 1940: 2.031.440 sucres y en 1941: 2.300.000 sucres.²¹² En este sentido, al observar el comportamiento del Estado frente a su responsabilidad en la salud pública, se puede observar que otro de los efectos de la ayuda en esos años fue la inversión.

La “responsabilidad” compartida quería decir que la élite política, que al mismo tiempo se encargaba de controlar los medios de producción y la fuerza de trabajo, debía por la presión internacional, crear una atmosfera sanitaria prospera y saludable precisamente

²¹⁰ Rusell (1923), pp. 178-196.

²¹¹ Hurtado (1993), p. 104.

²¹² Izquieta Pérez (1946), p. 1.285.

para los capitales extranjeros.²¹³ La inversión se empezó a percibir como aquello que había que hacer o que se estaba obligado a hacer. La ayuda internacional, desde esos años, exigía que el Estado fuera el responsable de las acciones que los donantes esperaban. Para eso, era requisito necesario que el Servicio Sanitario Nacional se consolidara en el régimen de salud internacional.

En general, los resultados de esta tendencia internacional orientada al saneamiento del puerto de Guayaquil con la ayuda internacional se pueden relacionar directamente con el crecimiento de la exportación del principal producto de comercio ecuatoriano, el cacao. Según, Moncayo (2011) la presencia de este fruto en los mercados internacionales, desde 1895 a 1933, se incrementó a razón de un 5.03%. Sin que este dato parezca una coincidencia, ese aumento coincide con la reestructuración sanitaria local que fue impulsada por el Public Health & Marine Hospital Service (1902-1912) junto con la Oficina Sanitaria Internacional (1902-1923); la “erradicación” de la fiebre amarilla, del puerto de Guayaquil, fue realizada con financiación de la FR (1918-120); y la limpieza sanitaria del puerto en 1930, con el impulso de la Oficina Sanitaria Panamericana. El incremento, que en algunos años de ese periodo parece tener ligeras regresiones, muestra una tendencia a la progresión. Mientras que la presencia internacional del cacao en 1895 era de 73.352.000 kilos, en 1933 había aumentado a la cantidad de 547.700.000 kilos. El incremento rápido de la producción y de su presencia en el mercado internacional provocó además que los Estados Unidos, a diferencia de Alemania y Gran Bretaña, se convirtiera en cabeza del mercado de consumo con una cifra anual que excedía los 200.000.000 de kilos de cacao bruto.²¹⁴ Durante el primer tercio del siglo pasado, la producción cacaotera, dominada por un pequeño grupo de agro-exportadores, tuvo un incremento rápido. Sin embargo, no pudo sustraerse de la depresión posterior al crac de 1929. Desde ese año hasta 1933, los precios cayeron como resultado de la disminución en la demanda y el consumo.

Hasta el inicio de la época de la crisis cacaotera, se puede inferir que la ayuda internacional recibida para mejorar las condiciones sanitarias del puerto de Guayaquil, fue

²¹³Esa forma de pensamiento y acción se llama “dominación por consentimiento”. Desde la perspectiva de Gramsci, la dominación por consentimiento, dentro de la teoría de la hegemonía cultural, es la capacidad que tiene alguien o algo para imponerle su voluntad a otro sin coerción sino con su colaboración. Véase: Adamson (1980), pp. 169-179.

²¹⁴ Véase: Moncayo (2011), pp. 242-248.

una fuerza capitalizadora que le sirvió al Estado para impulsar procesos internos con impacto en los intereses de los donantes y, paralelamente, según lo que dice Montúfar (2002) para generar relaciones jerárquicas entre los donantes y los receptores.

Tres años después de la declaración de Guayaquil como puerto limpio Clase A, en 1933, año que coincide también con el fin de la crisis cacaotera (1929-1933), la United Fruit Company (UFCO) (1899-1970), adquirió la hacienda Tenguel para la producción bananera. La UFCO fue una multinacional estadounidense que producía y comercializaba frutas tropicales en América Latina y que además, fue conocida por tener una fuerza determinante en la política y economía de muchos países de la región.²¹⁵ Al observar la historia de la producción bananera ecuatoriana, desde 1933 hasta 1965, se puede inferir que la llegada de la United Fruit Company a Ecuador se convirtió en el hito que inicio un nuevo tipo de soporte del desarrollo económico ecuatoriano. Desde 1933, año en el que la UFCO empezó a producir la fruta, hasta después de la II Guerra Mundial, la producción bananera fue de 234.000 racimos de bananas a 1.284.000 en 1955.²¹⁶ La presencia de la UFCO, después de la crisis del cacao, activo la industria bananera. En esos años, la industria bananera era controlada por los propietarios de los medios de producción locales que, en décadas anteriores, monopolizaron la producción cacaotera. Entre 1948 y 1965, en un nuevo proceso de reorganización del sistema económico internacional, Ecuador entró en un momento de “auge” donde las transnacionales bananeras, como la UFCO, controlaron las exportaciones de la fruta mientras que el Estado, con un modelo desarrollista, generó las condiciones necesarias (infraestructura sanitaria, carreteras, préstamos, asesoramiento técnico, etc.) para llevar a los productores locales al mercado de la fruta.²¹⁷ En esos años, la modernización de la salud pública fue esencial para esos cambios y la existencia de un laboratorio para la investigación y control de enfermedades que pudiesen afectar a la producción y a la fuerza de trabajo se hizo indispensable.

²¹⁵ United Fruit Company... (1998).

²¹⁶ May, Plaza (1958), pp. 169-175.

²¹⁷ Larrea, Espinoza, Sylva (1987), p. 47.

3. Origen y consolidación del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” (1937-1946).

En el marco, de la investigación científica para la salud pública y la ayuda internacional, se describirá y analizará en este capítulo el periodo comprendido entre 1937 y 1946. En esta coyuntura se desarrollaron dos procesos clave. En el primero, entre 1937 y 1941, la Dirección General de Sanidad erigió un edificio pensado para centralizar la investigación para la salud pública en la ciudad de Guayaquil no solo con la ayuda del Estado ecuatoriano (dinero proveniente de un llamado timbre de la sanidad), sino también con la participación de la banca guayaquileña (préstamo personal al director de la DGS), de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (terrenos) y la colaboración técnico-chilena (planos arquitectónicos). Después, en un periodo que hemos llamado de “transferencia” y “transición” (1941-1946), el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, Director General de la Sanidad junto con el Ministro de lo Interior, atrajeron hacia Ecuador el programa de subvenciones de la FR. El análisis de estos cinco años, en el que el Estado recibió, en el contexto de la transferencia, la “ayuda” para enviar a médicos ecuatorianos a Estados Unidos para que se preparasen como administradores en salud pública bajo el llamado, desde 1915, modelo “Hopkins” y en el contexto de la “transición” la cooperación técnica para organizar el laboratorio con el modelo norteamericano y el asesoramiento para la reestructuración del sistema sanitario nacional con la creación de un plan cuadrienal de salud, nos permite observar como la “ayuda” filantrópica, característica entre los años 1917 y 1941, se convierte en “asistencia” internacional para el desarrollo. En esos años, tanto el concepto como la forma de empleo de la “ayuda” de la FR pasaron a manos de las nuevas organizaciones de asistencia internacional para el desarrollo, financiadas por el gobierno federal norteamericano. El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical, fundado en 1941, muestra como la “ayuda” filantrópica y la “asistencia” internacional se fundieron en los primeros años de la década de 1940. En este sentido, podemos analizar, a través de los mecanismos políticos, económicos y sociales aplicados en esa coyuntura, las transformaciones conceptuales y metodológicas en el campo de la biomedicina que

sirvieron para el diseño y desarrollo, tutelado desde los Estados Unidos, de las políticas de salud pública en el país.

3.1. La Dirección General de Sanidad y la necesidad de un laboratorio para la salud pública en Ecuador (1937-1941).

Desde 1917 a 1936 el principal interés de la FR en Ecuador fue la investigación y control de enfermedades transmitidas por mosquitos como la fiebre amarilla. Aunque, tal como se ha visto anteriormente, existió un débil interés, especialmente desde fuera, por financiar otros programas relacionados con la malaria y la anquilostomiasis, la fiebre amarilla siempre fue el centro de atención para la ayuda de la FR. Las técnicas aplicadas en las campañas para el control del mosquito, entre 1936 y 1937, experimentaron un giro radical hacía una nueva aplicación de un viejo descubrimiento: el DDT.²¹⁸ En esta etapa se inició la llamada “The Golden Age of Mosquito Control”.²¹⁹ El DDT empezó a utilizarse en el mundo entero después de la II Guerra Mundial y su uso en Ecuador se extendió a partir de 1948 cuando se creó el Servicio Nacional Antimalárico (1948-1956) y más tarde, a través del Servicio Nacional de la Erradicación de la Malaria (21 Julio de 1956-presente).

En el contexto de la estrategia norteamericana en el período posterior a la II Guerra Mundial para la protección del hemisferio en contra del comunismo, las campañas para la erradicación de la Malaria con DDT a nivel mundial, sirvieron para garantizar las inversiones y bienes estadounidenses en la región mientras que, a nivel local, sirvieron para que la elite agroexportadora, tradicionalmente propietaria de los medios de producción y al frente de la fuerza de trabajo, por medio de la erradicación de los vectores del paludismo, la fiebre amarilla y la malaria, pudieran abrir al comercio de exportación importantes zonas agrícolas, antes subexplotadas por la presencia de esas enfermedades, Montalván (1960).

²¹⁸ Otto Zeidler sintetizó el DDT por primera vez en 1874. Más tarde, Paul Hermann Müller (1899-1965) que trabajaba para la empresa J. R. Geigy de Basilea, encontró que el DDT mataba a un amplio espectro de insectos y que además, tenía otras características importantes como la estabilidad, la falta de olor y el bajo coste. Geigy patentó el DDT y en 1940 tenía la producción de este insecticida en marcha. Véase: Stapleton (2005).

²¹⁹ Holton (2004). El autor caracteriza a este periodo de control del mosquito haciendo referencia al uso del DDT como una medida generalizada en la erradicación de mosquitos u otros vectores artrópodos.

Estas campañas en Ecuador, surgieron cuando el Estado impulsó, a través de un programa de corte desarrollista después de la II Guerra Mundial, la incorporación del país al nuevo sistema internacional. Previamente, durante la guerra, la FR, de acuerdo con sus propios intereses, ayudó al gobierno ecuatoriano a crear un laboratorio central de investigaciones científicas para la salud pública. A continuación se explica el proceso que dio origen al laboratorio y el rol que éste desempeñó durante “The Golden Age of Mosquito Control”, que en el caso ecuatoriano, al final del periodo de “transferencia y transición” (1941-1946), coincidió con el auge bananero ecuatoriano (1948-1965).

Entre 1931, fin del ciclo Juliano en el cual el Estado estuvo influenciado por una corriente militar de tendencia socialista, y 1937, el país se enfrentó a una profunda crisis económica y política, relacionada con el crac de la bolsa norteamericana.²²⁰ En el caso ecuatoriano, Moncayo (2011: 87) afirma que la depresión económica se originó por la caída de los precios de los productos exportables, caída que no fue causada por ningún factor interno y que dependió, principalmente, de las perturbaciones que sufrieron los grandes mercados internacionales de consumo. Al inicio de esa coyuntura de crisis, el Gobierno, en 1931, pasó a manos de Isidro Ayora. Este presidente, impotente ante la crisis, entregó el poder a militares que más tarde se lo transfirieron a Alfredo Baquerizo Moreno.²²¹ Durante su mandato se impusieron medidas económicas que empeoraron la situación del país. En 1933, Velasco Ibarra fue nombrado presidente. Tras dos años en el poder como representante principalmente de una fuerza que concentró a sectores populares de las grandes ciudades, fue derrocado en 1935 por el ejército, que entregó el poder al Ingeniero Federico Paez. El gobierno de Paez trajo cambios al país. Entre ellos destacan la iniciación del Seguro Social, las reformas al Código Civil, la creación de varias leyes de beneficio social (las de huelga, de salario mínimo y de los hijos ilegítimos), el establecimiento del servicio militar obligatorio, la celebración del Modus Vivendi (concordato) con la Santa Sede y el traslado del pleito limítrofe con la República del Perú a Washington. Pero, quizá uno de los más significativos actos de Paez en el gobierno fue que su presencia en el poder significó también, en el contexto de las dos principales corrientes de poder en Ecuador (la burguesía comercial costeña y el latifundismo serrano), el ascenso al poder de los

²²⁰ López (2009), pp. 1-16.

²²¹ Ayala Mora (2013).

capitalistas de la costa.²²² Páez, ejerció el mando de la República por dos años (26 de septiembre de 1935 al 22 de octubre de 1937) a través de una dictadura civil encomendada por los altos mandos castrenses.²²³

Es interesante anotar que desde que el gobierno de Páez trasladó el histórico conflicto limítrofe entre Ecuador y Perú a Estados Unidos, el país empezó a dejar progresivamente su estado de crisis económica aunque empezó a vivir una crisis territorial que se prolongó hasta 1995. En ese período, se desarrollaron lo que hoy se conoce como las tres guerras ecuatoriano-peruanas del siglo XX (1941, 1981 y 1995). En este último año Argentina, Brasil, Chile y Estados Unidos (todos garantes de un proceso de paz) firmaron un dictamen arbitral para cerrar una parte de la frontera ecuatoriano-peruana que no estaba delimitada desde la firma del Protocolo de Rio de Janeiro en 1942.²²⁴

En cuanto a los aspectos sanitarios, el tiempo que transcurre desde el fin del ciclo Juliano (1931) hasta que Páez convocó a una Asamblea Constituyente en agosto de 1937, ante la cual presentó su renuncia,²²⁵ la actividad sanitaria se centró en mantener la condición higiénica del puerto de Guayaquil. En esos años el Estado, que hasta 1936 contó con la ayuda de la FR para mantener el control de la fiebre amarilla, estableció en 1935 un departamento de sanidad campesino,²²⁶ reorganizó la policía sanitaria y en 1937 trasladó la Dirección general de Sanidad de Quito a Guayaquil como un ente del Ministerio de Previsión Social y Salud. El regreso de la DGS a Guayaquil, tal como dice García (1981), es un reflejo de la relación de la fuerza existente en el Estado entre los capitalistas de la Costa y los terratenientes del latifundismo serrano. En ese momento, se inició un nuevo ciclo de la historia de la investigación científica en Ecuador. Leopoldo Izquieta Pérez,

²²² Ayala Mora (1980), pp. 36-98.

²²³ *Ibid.*, p. 16.

²²⁴ Espinoza (1999), pp. 11-15.

²²⁵ Avilés (2004).

²²⁶ Guerrero (1937), pp. 79-106. Esa dependencia era el Departamento de Asistencia Gratuita y Defensa biológica del Campesino del Litoral. Creado en octubre de ese año, mediante un decreto supremo del Ingeniero Federico Páez, este órgano del Estado se estableció en Guayaquil y su función fue asistir al trabajador agrícola y campesino del litoral. Las principales enfermedades a las que este departamento dio cara fueron el paludismo, la anquilostomiasis, la disentería y el pian; además, el departamento contaba con misiones sanitarias ambulantes y con un presupuesto de 600.000 sucres. Uno de sus aportes más importantes fue la distribución, a precio de costo, entre los dueños de las haciendas de botiquines en caso de la presencia de esas enfermedades.

Director General de la Sanidad, con la ayuda de organismos internacionales como la OSP, la FR y el IIAA, en 1937, inició un proceso que culminaría con la implantación de un laboratorio central para la salud pública según la doctrina para la investigación y control de enfermedades contagiosas que los norteamericanos venían utilizando desde inicios del siglo XX para su expansión comercial.²²⁷

En términos de modernización de la estructura sanitaria del Estado, el período entre 1937 y 1946 fue en una especie de plataforma desde la cual, con el apoyo de un laboratorio de referencia para la salud pública, se impulsó un proceso para la ampliación y tecnificación productiva. En este sentido, el laboratorio funcionó como intermediario para garantizar un mayor rendimiento de la fuerza de trabajo y la apertura de zonas infestadas por mosquitos a la producción de exportación. En esos años el discurso local del capital humano y la defensa de la salud, sirvió para establecer la defensa biológica de los campesinos de la costa y paralelamente, esa misma retórica, sirvió para abrir las puertas de las áreas estratégicas ecuatorianas a los intereses de las organizaciones de asistencia internacional.²²⁸

El Dr. Leopoldo Izquieta Pérez fue un catedrático, médico y político guayaquileño que tras una primera etapa de su vida como docente universitario, pasó, con 58 años, a ocupar la Dirección General de Sanidad en 1937 y se mantuvo en el cargo hasta 1944. Su vida estuvo definida por tres claras facetas: la política, la médica y la académica. La primera fue la política. En 1914, fue Consejero Municipal en la Comisión de Educación y en 1918 formó parte de la comitiva ecuatoriana que recibió en Guayaquil a la YFCE.²²⁹ En 1927, fue Consejero Municipal y Vicepresidente de la municipalidad de Guayaquil. En 1932, fue diputado electo por la provincia del Guayas. En 1935, en una unificación de los

²²⁷ Izquieta Pérez (1946).

²²⁸ Guerrero (1937). En 1937, fue nombrado Ministro de Previsión Social, Asistencia Pública, Trabajo, Agricultura, Industrias y Colonización, el militar que participó en la revolución juliana, Virgilio Guerrero (1898-1971). Guerrero, fue quien, en sus informes, haciendo referencia a temas como la colonización y la agricultura empezó a utilizar y a expandir la política de “civilizar es poblar”. En su dirección se estableció, en más de un millar, colonias europeas en zonas agrícolas ecuatorianas. El concepto utilizado por Guerrero al parecer se popularizó desde la llegada de la United Fruit Company al Ecuador en 1933.

²²⁹ Véase: Dr. Noguchi a su arribo (1918).

grupos de poder de la Costa, fue elegido tercer vocal de esa agrupación y, entre 1938 y 1939, fue Ministro de Educación.

En su faceta médica, en 1899, fue vocal de la asociación de la Escuela de Medicina de Guayaquil. En 1907, fue médico del Hospital General de Guayaquil y tres años después, en 1910, también médico militar (Mayor del ejército asimilado). En 1913, representó a Ecuador en la Quinta Conferencia Panamericana en Lima. En 1915, fue secretario del Primer Congreso Médico Nacional en Guayaquil. En 1924, fue Subdecano de la Facultad de Medicina y fue también Vicepresidente de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas además de asistir como delegado de Ecuador a la Conferencia Panamericana Sanitaria en Washington. En 1925, fue vicepresidente de la Sociedad Protectora de la Infancia. Entre 1937 y 1944, exceptuando el período 1938-1939, fue Director General de la Sanidad.

En su vida académica e investigadora sus aportes fueron una publicación sobre accesos hepáticos en la década de 1920; una investigación de un caso de histerectomía abdominal supra vaginal y la elaboración de la reglamentación para la profilaxis de la prostitución. Entre 1902 y 1903 fue Vicepresidente del Círculo de Instrucción Libre. En 1906, fue profesor del Colegio Vicente Rocafuerte y en 1915 fue profesor en la Cátedra de Terapéutica en la Universidad de Guayaquil. Más tarde, en 1944, tras su etapa en la DGS, y por oposición liberal a una causa que supuso el retorno al poder de los terratenientes feudales de la Sierra en una coyuntura que en Ecuador se conoció como “La Gloriosa”, Izquieta pasó a liderar el partido liberal radical. Tras una breve candidatura sin resultados, cuatro años más tarde, el 5 de Abril de 1948, falleció a los 68 años de edad debido a una metástasis pulmonar.²³⁰ Su labor cívica y de médico higienista lo hizo merecedor del reconocimiento como “Mejor Ciudadano de Guayaquil” (octubre de 1947) y una calle lleva su nombre.²³¹ Adicionalmente, Izquieta desde 1920, entre varios propietarios de haciendas, comerciantes-importadores, apoderados de firmas petroleras, profesionistas, políticos, industriales, etc., fue accionista del Banco La Previsora. Un banco que hasta la década de

²³⁰ Pérez Pimentel. (1987)a.

²³¹ Véase: Obra de destacados (2002).

1960 fue pensado para la expansión del sector comercial y agrícola de la Región del Litoral.²³²

La llegada de Izquieta a la Dirección General de Sanidad consolidó a un grupo de médicos que, desde 1908, venían dirigiendo la sanidad de acuerdo con los idearios y estrategias liberales.²³³ Este grupo de médicos construyeron en Ecuador, entre 1908 y 1944, la estructura sanitaria del Estado bajo la influencia y la ayuda de organizaciones federales y privadas de los Estados Unidos. En sus manos, la sanidad se desarrolló alrededor del puerto de Guayaquil como centro del principal interés de los Estados Unidos en relación con la monopolización de productos estratégicos tanto en el periodo de entreguerras como durante la II Guerra Mundial.

²³² Quintero (1980).

²³³ Izquieta Pérez (1946). Estos médicos liberales al frente de la sanidad, desde que el Dr. Bolívar Lloyd entregó el Servicio de Sanidad Pública al Estado ecuatoriano, estuvo constituida por el Dr. Luis Felipe Cornejo Gómez (primer director de sanidad ecuatoriano); el Dr. León Becerra; el Dr. Wenceslao Pareja, quien en 1918 trabajó también para la Fundación Rockefeller; El Dr. Mariano Cueva, el Dr. Benito Soyago y finalmente, desde 1937 hasta 1944, el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez.

3.2. Nuevo ciclo de Cooperación entre la Fundación Rockefeller y el Estado ecuatoriano (1941-1946).

Un nuevo ciclo de cooperación entre el Estado ecuatoriano y la Fundación Rockefeller estaba por empezar en 1941 a causa de un brote de peste bubónica en Guayaquil que tuvo lugar, en 1937. La peste bubónica que apareció por primera vez en 1908 y se consideró erradicada en 1930, después que el último caso murino fuera reportado el 28 de marzo, se presentó súbitamente poniendo en peligro la condición sanitaria del puerto de Guayaquil.²³⁴ A continuación, en el contexto de un repunte de los índices en la agro-exportación, se explica porque este nuevo brote de la enfermedad fue la causa indirecta para que Ecuador y la Fundación Rockefeller reiniciaran un nuevo ciclo de cooperación.

Si bien la peste bubónica nunca fue un objetivo directo de la FR, tal como si fue la fiebre amarilla, su presencia, debido a sus implicaciones directas con el comercio internacional, llevó al Gobierno de Federico Páez a reorganizar la estructura sanitaria del país. Esta reorganización permitió al Director General de la Sanidad, el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, trasladar la DGS a Guayaquil para desarrollar, *in situ*, los trabajos sanitarios en atención al recrudecimiento de la peste bubónica en varias poblaciones del Litoral.²³⁵ Durante la campaña para erradicar esta enfermedad, que consistió en la demolición de focos infecciosos, la exterminación de ratas, la distribución de veneno, la higienización de barrios y zonas de residencia y la vacunación preventiva,²³⁶ Izquieta trabajó muy de cerca con el Dr. Henry Hanson,²³⁷ comisionado viajero de la OSP. En esa campaña, Izquieta creó también vínculos de trabajo y amistad con el Dr. Fred Lowe Soper²³⁸. Soper era un oficial

²³⁴ Guerrero (1937). p. 37.

²³⁵ Páez (1937)a.

²³⁶ Cumming (1942), p. 22. A los dos años de iniciarse la campaña, en abril de 1939, los casos de la enfermedad volvieron a ser cero. Durante la campaña se identificó que el principal vector de la plaga era la pulga *Xenopsylla cheopis*.

²³⁷ Véase: Hanson (1961). El Dr. Henry Hanson fue parte de un grupo de médicos a los que la OSP llamó: comisionados viajeros (travelling representatives). El grupo en 1940 estaba conformado por el Dr. R. Murdock, Dr. Anthony Donovan, Dr. Vernon W Foster, Dr. Joseph S. Spoto y el Dr. John D. Long. Véase también la nota nº 168.

²³⁸ Dr. Fred Soper se unió a IHD de la Fundación Rockefeller en 1920 y participó en las campañas de anquilostomiasis en Brasil y Paraguay (1920-1927). De 1927 a 1942 fue Director Regional de la IHD, en Río de Janeiro, y participó activamente en el estudio y control de la fiebre amarilla y la malaria. Dr. Soper fue

de la FR, y llegó a Guayaquil para inspeccionar un servicio de viscerotomía financiado por su organización. Esos enlaces fueron utilizados por Izquieta, como veremos más tarde, junto con el discurso sobre el capital humano y la defensa de la salud, para atraer el programa de subvenciones de la Fundación e implementar un laboratorio para la salud pública en Ecuador.

Izquieta asistió como representante del Ecuador a varias Conferencias Panamericanas de la Salud donde se dió cuenta de que el plan para construir el laboratorio no podía hacerse si previamente el Estado no mostraba iniciativa para atraer la ayuda internacional. Al revisar los informes de la DGS entre 1937 y 1941 se puede entender que el plan de Izquieta, testigo en esas conferencias internacionales de varios proyectos con procesos similares a los que Ecuador quería llegar, contemplaba la clara ejecución de dos fases: la primera, la obtención de los recursos económicos y logísticos para la construcción del edificio que sirviera para alojar un laboratorio central y la segunda, la atención directa y sin intermediarios del director de la FR para que este se interesara en el proyecto ecuatoriano.

La idea inicial de Izquieta era agrupar todos los laboratorios y organismos afines a la investigación en salud pública existentes en Ecuador en un solo laboratorio. Si esta idea fue o no original es difícil de comprobar. Sin embargo, sabemos que esta necesidad ya existía desde 1913 y que, en 1937, Izquieta observó la forma en la que otros países, con la ayuda de la FR, firmaron convenios para centralizar la investigación en un solo ente sanitario nacional. Algunos de esos casos que pudieron servir de inspiración para Izquieta, y que han sido tomados para esta memoria de un informe de Soper (1948: 91-92), fueron:

- a) La creación por parte de la FR de un laboratorio central en la capital de Nicaragua, Managua, y seis filiales en 1926, el propósito de ese organismo fue ayudar a la capacitación de oficiales y la instrucción de médicos para la interpretación de reportes de importancia para el control de enfermedades transmisibles. El laboratorio pronto se convirtió en parte del servicio de salud pública nicaragüense.

Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, durante tres periodos, entre 1947 y 1959. Véase: US National Library of Medicine, Box 10, Folder 1-12, South American Yellow Fever and Yellow Fever Journal, 1940, Sep. 1942.

- b) El mantenimiento de un servicio de laboratorio de diagnóstico en Guatemala, también en 1926, que se convirtió en el inicio para el establecimiento de un completo laboratorio de salud pública por parte del gobierno de ese país.
- c) En El Salvador, el gobierno promovió un programa para implementar un laboratorio de salud pública, donde la IHD sirvió como consejera en la política general.
- d) La organización de un laboratorio de Salud Pública en Costa Rica por un miembro de la IHD en un convenio de acuerdo cooperativo con el Estado de ese país.
- e) La compra por parte del gobierno de Colombia, de un moderno laboratorio privado, llamado Laboratorio Nacional de Higiene en el que la IHD contribuyó con los gastos, también durante 1926.
- f) La aprobación de Brasil, el mismo año, de la construcción de un Instituto de Higiene en Sao Paulo, así como del desarrollo de una escuela médica en esa misma ciudad. La IHD invirtió 16.500 dólares para construir y equipar el nuevo edificio.
- g) En 1935, la IHD financió en Bogotá la creación de un laboratorio de fiebre amarilla para ofrecer servicios locales a los países del noroeste de América del Sur.
- h) En 1928, la IHD, estableció un laboratorio en Bahía-Salvador en el que se hicieron importantes contribuciones en el campo de la fiebre amarilla. La información que se obtenía en este laboratorio ayudaba a determinar la validez de los resultados obtenidos en África.

Con estos antecedentes, la oportunidad para obtener los recursos necesarios para la construcción del laboratorio se presentó el 22 de abril de 1937. En ese año, el presidente Páez dictó un decreto para que el Instituto Nacional de Previsión Social se encargase del proyecto para crear los laboratorios que fuesen necesarios para el estudio de productos químicos y farmacéuticos. En agosto de 1937, el gobierno, advirtiendo que inicialmente esa actividad había sido designada a un ente del Estado ajeno a la salud pública, modificó esa resolución redirigiendo la responsabilidad a la Dirección General de Sanidad.²³⁹ A continuación se presentan los artículos de este decreto que más interesan a esta investigación:

²³⁹ Véase: Páez (1937)b. El Decreto que contiene 13 artículos modificatorios con disposiciones generales.

“Art. 1. Establécese en la República el amplio control sobre la elaboración, introducción, venta y propaganda de los productos químicos y biológicos destinados a la medicina o veterinaria, y de una manera particular sobre las especialidades farmacéuticas.

Art. 2. Para que sea permitida la venta de cualquier producto de esta índole, o para expedición por parte del Ministerio de Previsión Social y Marcas de Fabricas, será necesario que se proceda un permiso que, con el nombre de Registro de Sanidad, otorgará la Dirección general de Sanidad de la República.

Art. 3. Para extender tales registros, la dirección de Sanidad practicará en sus laboratorios, cuando los tuviere, o mandará a practicar, mediante honorarios convencionales, en los que hubieren establecidos en la República, suficientemente capacitados, los análisis y comprobaciones que estime necesarios, para juzgar de la exactitud de la fórmula escrita, de la pureza de los componentes y demás condiciones que crea debe comprobar.

Art. 6. Todo anuncio de especialidad farmacéutica o de productos químicos y biológicos destinada a la medicina o veterinaria, que se haga por cualquier medio, y aun las leyendas que llevan los ejemplares de venta, deberán tener aprobación previa de la Dirección General de Sanidad [...]

Art. 8. La Dirección General de Sanidad formulará el Reglamento para la aplicación de este Decreto, el que someterá a la aprobación del Poder Ejecutivo. En Dicho Reglamento se harán constar las condiciones a que debe sujetarse la elaboración de especialidades farmacéuticas en el País [...]

Art. 10. El producto de los derechos y multas que resultaren de la aplicación de este Decreto, será destinado al pago de los análisis que deba verificar la Sanidad, sea entregando como subvención especial a la institución de cuyos laboratorios se valga y del que llevará cuenta la Dirección de la Contraloría, o sea destinándolo a la formación e incremento de un laboratorio destinado al objeto.”²⁴⁰

Con la reasignación del proyecto a la DGS y con el apoyo del Estado Izquieta, hizo aprobar una ley con la que el gobierno creaba impuestos basados en el cobro de un llamado timbre de la sanidad. Esos ingresos permitieron que Izquieta, después de cumplir entre 1938 y 1939 las funciones de Ministro de Educación y se reintegrase como Director de la Sanidad, iniciara la edificación del laboratorio. Paralelamente, a la acumulación del capital necesario para la construcción del laboratorio, Izquieta entabló conexiones con el Dr.

²⁴⁰ *Ibíd.*, p. 1.

Eugenio Suárez Herreros de quien obtuvo los planos arquitectónicos.²⁴¹ En la figura n° 19 se puede observar una imagen en la que Izquieta, a nombre del Servicio Sanitario Nacional, presentaba al Estado como luciría la fachada central del laboratorio al que originalmente llamó Instituto Sanitario Nacional.²⁴²

Figura n° 19. Plano de la fachada principal del Instituto Sanitario Nacional (1939).



Fuente: Izquieta Pérez (1939), p. 89.

En un informe entregado al Ministro de Previsión Social en 1939 acerca del edificio que albergaría a al instituto sanitario, el Dr. Izquieta decía:

“En relación con la ley sobre el control de introducción, fabricación, propaganda, venta de medicamentos y su reglamento y con el producto de las ventas originadas por su aplicación, he dado comienzo, y esto me es muy grato decirlo, a la construcción del primer edificio de la sanidad en la República que es destinado al funcionamiento de los diversos laboratorios de la sanidad. El edificio tal como está construyéndose reunirá a los laboratorios de química analítica, de bacteriología, Instituto de la vacuna, etc., etc. Y es el propósito dotarlo de todos los implementos necesarios para que funcione como un verdadero Instituto de la Sanidad, donde además se preparen todos los productos biológicos necesarios para la labor de la defensa de la Salud Pública

²⁴¹ Pérez Pimentel (1984) p. 87.

²⁴² Izquieta Pérez (1939), p.89.

y que se realicen en el los trabajos de investigación científica que orienten de la mejor manera las actividades de la Sanidad nacional”.²⁴³

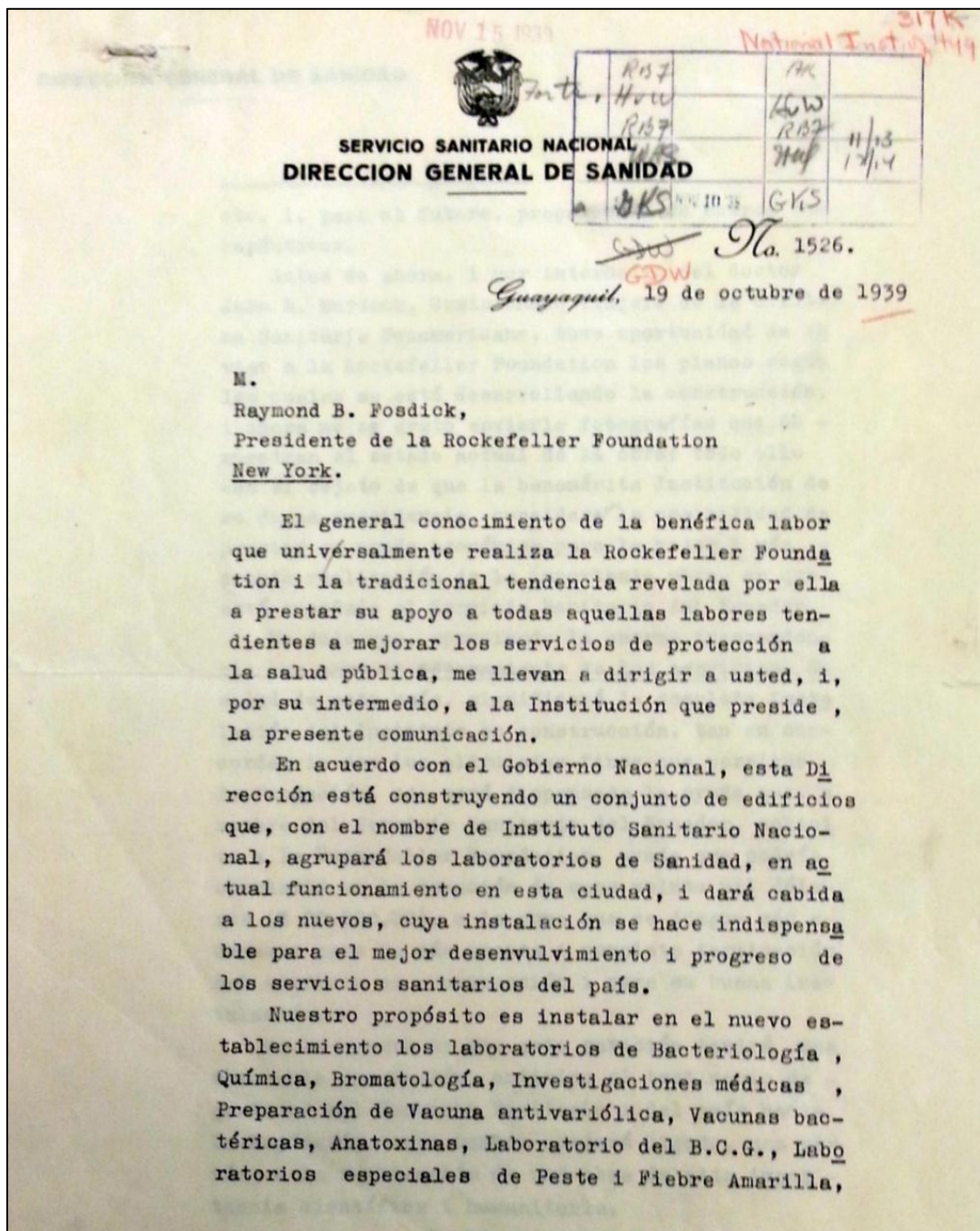
En pleno funcionamiento, el Instituto, decía Izquieta, estará capacitado para realizar trabajos de investigación y preparación de productos químicos y biológicos (especialmente vacunas bactericas y anatoxinas, etc.) en una magnitud proporcional a las necesidades de la República y también “para ser el núcleo de futuros trabajos de preparación de sueros terapéuticos”.²⁴⁴ Al inicio de la década de 1940, el Instituto Sanitario Nacional estaba ya casi terminado.

Con la primera parte de su proyecto, en marcha, el siguiente paso de Izquieta fue enviar un comunicado oficial, con fotografías, al director de la FR, Raymond Fosdick, solicitando la ayuda económica para finalizar la construcción del laboratorio. En la larga carta (figura n° 20) Izquieta centró su mensaje en que la FR debía interesarse por el proyecto del Servicio Sanitario ecuatoriano. La solicitud de Izquieta mencionaba, en primer lugar, el interés que tenía el Estado ecuatoriano en recibir la ayuda de la Fundación. Después, de una manera concisa, relataba el objetivo que pretendía alcanzar a nivel nacional y le pedía que hicieran una donación de 20.000 dólares. La carta terminaba haciendo énfasis en que la obra pasaría, por su carácter científico, a convertirse en un proyecto invaluable para la salud pública en Ecuador. Las fotografías enviadas por Izquieta (véanse figuras de la n° 21 a la n° 26) mostraban a Fosdick el estado en el que se encontraba la construcción del Laboratorio, financiado por el Estado ecuatoriano, en Guayaquil.

²⁴³ Durango (1939).

²⁴⁴ Izquieta Pérez (1939), p. 32.

Figura n° 20. Carta del Dr. Leopoldo Izquieta Pérez al Dr. Raymond B. Fosdick.



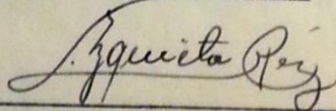
etc. i, para el futuro, preparación de sueros terapéuticos.

Antes de ahora, i por intermedio del doctor John R. Murdock, Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, tuve oportunidad de enviar a la Rockefeller Foundation los planos según los cuales se está desarrollando la construcción, i ahora me es grato enviarle fotografías que demuestran el estado actual de la obra; todo ello con el objeto de que la benemérita Institución de su digna presidencia, considere la posibilidad de prestar su ayuda económica para la mejor i más pronta realización de la importante obra, en que está empeñado el Servicio Sanitario del Ecuador.

No dudo que, apreciando la enorme trascendencia que para el mejoramiento de los servicios de salud de este país, significará la completa instalación del Instituto en construcción, tan en concordancia con los altruistas fines que persigue la Fundación, nos será dispensada la ayuda que, a nombre del Servicio Sanitario del Ecuador, solicito a la Rockefeller Foundation, ayuda que podría consistir en la donación de unos veinte mil dólares (\$ 20.000.00), o la suma que se juzgue más adecuada para la más pronta i completa terminación del edificio en construcción i para su buena instalación.

En la espera de que esta petición tendrá una favorable resolución, anticipo el testimonio de gratitud del Servicio Sanitario i del país hacia la Fundación, cuyo nombre quedará ligado, una vez más, a la realización de una obra de alta importancia científica i humanitaria.

De Ud. atento i S. S.

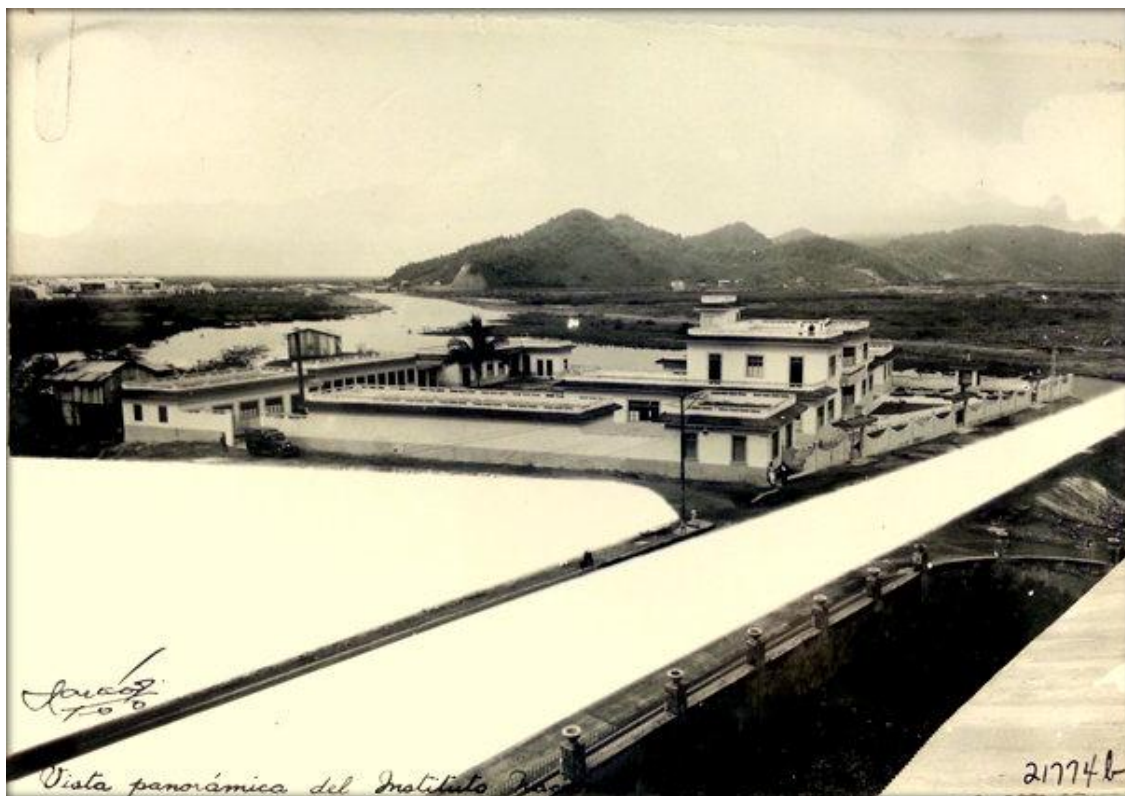


Dr. Leopoldo Izquieta Pérez.

Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁴⁵

²⁴⁵ Véase: Izquieta Pérez to Raymond Fosdick, Octubre 19, 1939, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317 K.

Figura n° 21. Vista panorámica del Instituto Sanitario Nacional.



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁴⁶

²⁴⁶ RAC, RF, RG (photographs), Series s/n, Box 84, Folder 1698, 317 k Ecuador, National Institute of Hygiene, picture 21774 b.

Figura n° 22. Vista posterior del Instituto Sanitario Nacional.



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁴⁷

²⁴⁷ RAC, RF, RG (photographs), Series S/N, Box 84, Folder 1698, 317 K Ecuador, National Institute of Hygiene, Picture 217742.

Figura n° 23. Vista Frontal Del Edificio del Instituto Sanitario Nacional.



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁴⁸

²⁴⁸ RAC, RF, RG (photographs), Series S/N, Box 84, Folder 1698, 317 K Ecuador, National Institute of Hygiene, Picture 211428.

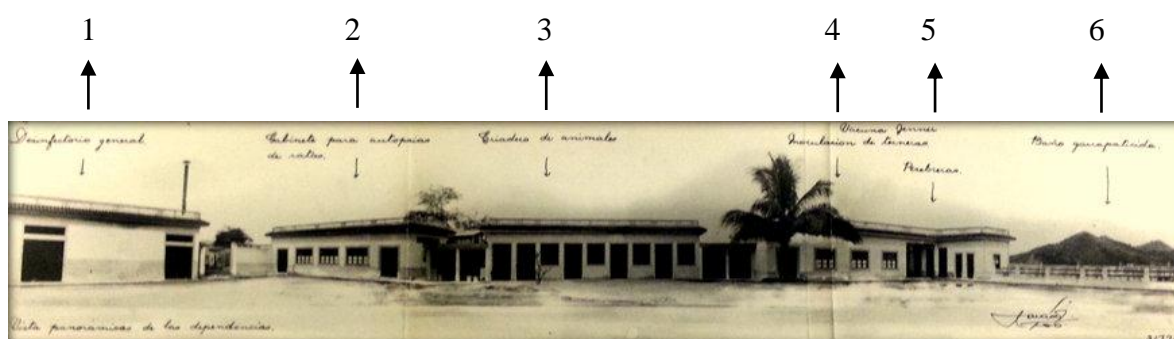
Figura n° 24. Patio delantero del Instituto Sanitario Nacional.



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁴⁹

²⁴⁹ RAC, RF, RG (Photographs), Series S/N, Box 84, Folder 1698, 317 K Ecuador, National Institute of Hygiene, Picture 21774 c. Nótese, en el lado inferior derecho, al Dr. Izquieta (traje negro) en compañía de los encargados de la construcción del laboratorio. Los números dos y tres que aparecen en el centro de la imagen corresponden a dos fuentes de agua en las que, según el método aplicado por Michael Connor en 1918, se colocaban peces para atacar al mosquito en su etapa larvaria. El numero 1 corresponde a una jaula de primates destinados para experimentos.

Figura n° 25. Vista del patio central del Instituto Sanitario Nacional.



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁵⁰

²⁵⁰ RAC, RF, RG (Photographs), Series S/N, Box 84, Folder 1698, 317 K Ecuador, National Institute of Hygiene, Picture 21774 b. Parte posterior del Instituto Sanitario Nacional. 1: Desinfectorio; 2: Gabinete de autopsia de ratas; 3: Criadero de animales de laboratorio; 4: Vacuna Jenner, inoculación de terneras; 5: Pesebreras; 6: Baño garrapatizada.

Figura nº 26. Gabinete de autopsia de ratas e investigación sobre la peste.



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁵¹

La ayuda que Izquieta solicitó a la FR iba respaldada por el Ministro de Previsión Social y Sanidad, Enrique Malo, quien en 1940, pidió al director de la Fundación, ayuda para que los programas de erradicación se adhiriesen al programa de reconstrucción nacional:²⁵²

“Programas recientes se han realizado en el país para la salud pública como un paso inicial dentro de un programa de reconstrucción nacional pero la amplitud del programa, al ser muy vasto, se vuelve muy complicado para el cuerpo de sanidad del país. Queremos expresarle que ha sido imposible obtener resultados positivos sin la cooperación de expertos entrenados en la erradicación de la Malaria y la Anquilostomiasis y sin el apoyo financiero por lo menos hasta que el país pueda recuperarse económicamente, lo cual es la meta actual del gobierno nacional. Dentro de nuestro programa de reconstrucción nacional, el cual se orienta principalmente a la intensificación de la agricultura, lo primero es mejorar las condiciones de vida de peones y agricultores cuya eficiencia actualmente es del 50% bajo lo normal a causa de los estragos que causan la

²⁵¹ RAC, RF, RG (photographs), Series S/N, Box 84, Folder 1698, 317 K Ecuador, National Institute of Hygiene, Picture 21774 d.

²⁵² Durango (1940), p.115.

malaria y la anquilostomiasis. La sanidad es importante para el progreso y el bienestar del país. No hace falta decir que tengo el apoyo incondicional del actual presidente el Dr. Andrés Córdova y del gabinete presidencial”.²⁵³

La respuesta de la Fundación al Dr. Izquieta fue que, de acuerdo con su política, era imposible prestarle ningún tipo de apoyo a menos que un oficial de la FR visitara el lugar y después, mediante un informe, hiciera la recomendación correspondiente. Le dijeron también que, al no poder asignar inmediatamente un oficial, tendrían que esperar la visita del Dr. George Strode²⁵⁴ que iría al Perú en una visita programada en enero de 1940.²⁵⁵ El mensaje incluía un párrafo, al final, en el que la FR decía que la visita del oficial no significaría de ningún modo la entrega de asistencia aun si las condiciones del proyecto se mostraran atractivas. Esto, tal como dice Farley (2004), es un indicador de que el proyecto ecuatoriano solo se consideraría importante para la FR si previamente sus oficiales certificaban que la inversión generaría beneficio.

Más tarde, la petición de Izquieta llegó a manos del Dr. Soper, que respondió diciéndole, de forma inesperada, que la FR se encontraba interesada en los problemas de salud de Ecuador pero le ratificó que tenía que esperar la visita del Dr. Strode.²⁵⁶ En esos días, el Dr. John D. R. Murdock, representante viajero de la OPS, en una visita a Guayaquil, habló con Izquieta e inmediatamente, en un gesto de solidaridad, escribió una carta al director de la IHD, el Dr. Wilbur A. Sawyer.²⁵⁷ En ese mensaje se decía que el laboratorio construido por la Sanidad, ocupaba los terrenos del viejo laboratorio donde el Dr. Noguchi, en 1918, realizó su trabajo sobre la fiebre amarilla, y que, gracias al esfuerzo

²⁵³ Véase: Letter from Malo to Raymond Fosdick, Feb. 23, 1940, RAC, RF, RG 1.1 (projects), BOX 1, Folder 371K.

²⁵⁴ Véase: Logan (1963). George King Strode (1886-1958) sirvió en la IHD en varias funciones: director estatal asociado en Maryland (1916-1917); conformó el personal de la anquilostomiasis de campo en Brasil (1923); director de los programas sobre anquilostomiasis y malaria en Brasil y Paraguay (1924-1925); director de campo en Brasil (1926); asistente de dirección del IHD (1927-1937); director adjunto de la Oficina Local de París (1936); director adjunto en Latinoamérica (1938-1944); director científico del IHD (1944-1949); y director de la IHD (1944-marzo de 1951).

²⁵⁵ Letter from Sawyer to Izquieta, Nov., 13, 1939, RAC, RF, RG 1.1 (projects), BOX 1, Folder 317 K.

²⁵⁶ Letter from Soper to Izquieta, Dec., 14, 1939, RAC, RF, RG 1.1 (projects), BOX 1, Folder 317 K.

²⁵⁷ Soper (1979). El Dr. Wilbur A. Sawyer se unió a la FR en 1919. En ese año fue enviado a controlar algunos proyectos de anquilostomiasis en Australia. En 1924, fue nombrado director del servicio de laboratorios de salud pública de la Fundación Rockefeller. En 1926, fue enviado a Lagos, Nigeria, como director de la Fundación Rockefeller en la West Africa Yellow Fever Commission. En 1931, desarrolló una llamada First effective Yellow Fever vaccine, lo cual contribuyó para que Max Theiler más tarde, desarrollase la 17-D. En 1937, Sawyer fue nombrado director del IHD hasta que se retiró en 1944.

del Dr. Izquieta, la construcción del edificio se realizó rápidamente, a pesar de que las finanzas del país se encontraban en un terrible estado. Murdock finalizaba su carta manifestando que, si la Fundación apoyaba al proyecto ecuatoriano, el laboratorio sería de gran beneficio para el país entero.²⁵⁸ En esos días llegó también la respuesta de la IHD al Ministro Malo:

“Nuestra estructura en Sudamérica está actualmente en modificación ya que hemos creado una nueva región con los siguientes países: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Ahí trabajará un representante nuestro en la oficina de Buenos Aires. Esperamos inicie sus actividades en junio. Usted por supuesto estará al tanto de la solicitud del Dr. Izquieta quien será visitado por nuestro representante una vez se instale en Buenos Aires. Con respecto a su solicitud acerca de la anquilostomiasis y la malaria quedarán también a la expectativa de la llegada de nuestro representante a Buenos Aires y visite el Ecuador”.²⁵⁹

En la figura nº 27, se puede observar la región a la que Sawyer hacía referencia en su respuesta al Ministro Malo. La imagen es de 1945, cuando la IHD se organizó oficialmente en lo que la FR llamó International Health Division of the Rockefeller Foundation, Rio de la Plata and Andean Region, bajo la dirección del Dr. Lewis Hackett.²⁶⁰ El mapa ilustra que el objetivo de la FR, al crear esta nueva organización regional, era poner en marcha centros de salud, laboratorios, escuelas de salud, la preparación de enfermeras en salud pública y de actividades para el control de la anquilostomiasis, la malaria, la fiebre amarilla y la tuberculosis. Estos proyectos regionales obedecieron a una nueva propuesta de la FR la cual estaba pensada, en esos años, para fundirse con las actividades de las nuevas organizaciones de asistencia internacional que Estados Unidos creó durante la II Guerra Mundial para llegar más allá de la cuestión de la lucha contra la

²⁵⁸ Letter from Murdock to Sawyer, Jun., 15, 1940, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317.

²⁵⁹ Letter from Sawyer to Malo, Mar., 7, 1940, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317 K.

²⁶⁰ El primer nombramiento del Dr. L. Hackett con la Fundación Rockefeller lo llevó a Panamá donde, como director de campo del IHB, llevó a cabo demostraciones para el control de la anquilostomiasis a través de América Central. Después paso varios años en el programa para el control de la Malaria alrededor del mundo. En 1940, regresó a Sudamérica, donde fue elegido para dirigir las oficinas de Fundación Rockefeller en esa región. Desde ahí, estableció medidas de salud pública para Chile, Bolivia, Perú y Ecuador. En 1945, fue nombrado Director Asociado de la IHD. Hackett se retiró de la Fundación Rockefeller en 1950 y pasó a servir como editor de la revista *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, como Profesor Visitante de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley y como asesor de la OMS. Murió en Oakland, California, en 1962, a la edad de 77 años. Rockefeller Foundation (2013)a.

fiebre amarilla, la malaria y la anquilostomiasis. El laboratorio y otros proyectos, tal como se observará más tarde, fueron parte de la actividad la FR en concordancia con los planes estratégicos de los Estados Unidos y su lucha contra los países del Eje.²⁶¹

El Dr. Hackett antes de su llegada a Ecuador estableció su oficina en Buenos Aires, en Octubre de 1940, y su área de influencia comprendía las estructuras sanitarias de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.²⁶²

²⁶¹ Carter (2012), p. 143.

²⁶² *Ibidem.*

Figura nº 27. International Health Division of the Rockefeller Foundation, Rio de la Plata and Andean Region (1945).



Fuente: Rockefeller Archive Center.²⁶³

²⁶³ RAC, RF, RG S/N, Series 4, Box 11, Folder S/N, International Health Division of the Rockefeller Foundation, semi-annual report for 1945. Lewis Hackett. Otro proyecto clave para Ecuador junto al laboratorio central fue la creación de una escuela de enfermeras en Quito.

Hackett, en calidad de Jefe de la Oficina Regional de la IHD, visitó Ecuador entre el 15 y el 23 de febrero de 1941. Durante esa visita oficial, en compañía de su esposa y la del Dr. Soper, presentó sus saludos al Presidente de la República, Carlos Arroyo del Río.²⁶⁴ Las visitas de los funcionarios de la FR, tal como se puede ver, tenían el rango de Estado. Los oficiales de la Fundación, aunque tramitaban los convenios de cooperación con autoridades a nivel ministerial, como el Dr. Izquieta y el Ministro Malo a quien Soper también visitó personalmente,²⁶⁵ finalmente acordaban sus convenios directamente con los presidentes de las naciones receptoras. En la reunión con el presidente Arroyo, Hackett expuso los planes de la FR para la región y el Ecuador, pues, según Carter (2012), la FR había planificado desplazar los proyectos de demostración y la investigación sobre las enfermedades transmitidas por vectores hacia la investigación médica básica en los países sudamericanos a través de un programa de subvenciones y becas. Una opción que, tal como se dijo antes, fue el objetivo de la FR para aumentar la influencia de los EE.UU en la región. Después de su visita a Ecuador, Hackett, junto a los criterios elaborados en un reporte al comité científico presentado por el Dr. Strode, presentó un informe a la IHD en el que decía:

“[...] El país tiene un bajo nivel de educación médica, sin embargo existe un competente grupo humano. Si nosotros vamos a invertir en algo que sea de largo alcance creo que la mejor inversión será un laboratorio de salud pública. Ecuador tiene muchos enemigos parasitarios y tengo en mis manos una lista parcial de enfermedades endémicas las cuales tendrán que ser dominadas para que el país tome ventaja de su naturaleza y pueda sacar a su población de la miseria y la ignorancia. Con un Instituto el cual describo en un proyecto adjunto²⁶⁶ creo que mucho se puede hacer en contra de la Malaria y la Anquilostomiasis y posiblemente campañas en contra de la plaga y el mosquito *Stegomyia* pueden ser realizadas hasta el punto en que se pueda decir que esas enfermedades han sido erradicadas. Aquí podríamos establecer el principio de tiempo completo ya que como sabemos es el más económico y además Ecuador tendrá sus mercados después de la Guerra”.²⁶⁷

²⁶⁴ Ayala Mora (2013). Carlos Arroyo del Río, se posesionó en el cargo de presidente de la República en septiembre de 1940. Permaneció en sus funciones hasta que fue derrocado por la revolución del 28 de mayo de 1944. Durante su gobierno se consolidó el poder la burguesía

²⁶⁵ RAC, RF, RG 33 (Projects), Series 4 & 5 Box 20, Folder 71, Miscellaneous reports on countries of the Río de la Plata and andean Region.

²⁶⁶ Véase el Anexo n° 5: Proyecto de la IHD para ayudar a la Dirección General de Sanidad para el equipamiento y mantenimiento del Instituto Nacional de Higiene INH por cinco años.

²⁶⁷ Letter from Hackett to Sawyer, Feb., 22, 1941, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317.

En su carta, Hackett mencionó dos detalles importantes. En primer lugar, su referencia a una “lista parcial de enfermedades endémicas” revela que, a partir de 1940, la Fundación pensaba darle un empuje a la investigación y control de otras enfermedades locales cuyos vectores podían ser fácilmente exterminados con DDT, además de contar con el control de las enfermedades tradicionales, como la fiebre amarilla, la malaria y la anquilostomiasis. Esa tarea, sería luego una competencia del Instituto Nacional de Higiene a partir de 1941. Una actividad que, tal como se verá más adelante, aunque planteaba métodos innovadores, no se salía del esquema del control de enfermedades de “interés”. En segundo lugar, Hackett mencionaba el principio de tiempo completo. Una forma de empleo de los especialistas en salud pública que revolucionaría el sistema sanitario en Ecuador. El principio de tiempo completo sería la clave de la norteamericanización del sistema de salud pública ecuatoriano en manos de médicos autóctonos a partir de 1944. En un informe de 1941, el Dr. Izquieta decía que el principio de tiempo completo ayudaría a reemplazar a médicos que no tenían una dedicación completa a la investigación y por tanto no contribuían a los intereses del Instituto.²⁶⁸

La IHD, bajo el principio de tiempo completo²⁶⁹ y a través de su programa de becas, logró que un número importante de médicos latinoamericanos, al terminar su preparación en Estados Unidos, regresaran a sus países de origen y se convirtieran en los elementos diseminadores de la doctrina norteamericana de salud pública. En Ecuador, como veremos, los becarios, tras regresar al país, ocuparon puestos “de decisión” dentro del sistema sanitario nacional.

El informe final de Hackett al presidente de la FR decía también que la situación ecuatoriana, con respecto al laboratorio, se reducía a dos cuestiones:

“La primera que se provea un placebo en forma de una pequeña ayuda para dotar de equipo científico y la segunda la decisión de configurar un servicio de salud pública que el Ecuador deseaba tener pero no podía pagar. Así, el servicio de salud podría ser apoyado por un cierto número de años con el consejo, asistencia y material de la IHD. [...], se podía llevar a cualquier médico del US Public Service que tuviese experiencia previa en Panamá para organizar el

²⁶⁸ Izquieta Pérez (1941), p. 616.

²⁶⁹ RAC, RF, 33, RG, Series 4 Lewis Hackett Reports, IHD Rio De La Plata, Report on the Cooperative Programs of The International Health Division of the Rockefeller Foundation in Ecuador and Peru, The Half Year, January-June , J.L. Hydrick.

Instituto en Guayaquil [...]. Médicos como Van Beek, asistente del Dr. Lewis Bates en los laboratorios de Panamá o cualquier otro hombre de los laboratorios del servicio de salud pública de los Estados Unidos pueden organizar el Instituto”.²⁷⁰

Una alternativa adicional propuesta por Hackett era dar a una beca al Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo el cual, informó, “ya había sido seleccionado por el Dr. L. Izquieta para convertirse en el director del instituto”.²⁷¹ Montalván, en esos años, era el ayudante del Director de la Sanidad, el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez.

En este punto, es necesario subrayar que la decisión de Izquieta, para nominar a Montalván como director del instituto, no fue una proposición al azar. Al contrario, políticamente hablando, la presencia de Montalván en el nuevo organismo significaba, tanto para Izquieta como para Hackett representante de la IHD, la prolongación de la influencia de un círculo de médicos que desde inicios del siglo venían defendiendo la corriente del pensamiento liberal como la mejor alternativa de progreso y de modernización de la salud pública. En el recorrido que hemos hecho en esta investigación desde 1895, se ha podido observar que la FR actuó con mayor intensidad cuando esta tendencia política de pensamiento dominó el poder. Para ilustrar este fenómeno hemos citado en páginas anteriores los casos de la ayuda internacional durante la época de liberalismo radical (1895-1911) y plutocrático (1916-1922). En esos periodos el Ecuador, en el contexto de la investigación y control de enfermedades contagiosas, recibió un importante flujo de capitales extranjeros para modernizar la salud pública. Lo mismo ocurrió a partir de 1937, cuando en un aparente repunte de las exportaciones, Izquieta, fiel representante del liberalismo radical, reinició las conversaciones para atraer la ayuda de la FR con el fin de poner en marcha un proyecto de salud pública que vinculó tanto los intereses de los grupos agroexportadores, comerciales y banqueros del Ecuador identificados con el liberalismo, como los de la FR. Más tarde, en el marco de un periodo conocido como el auge bananero (1948-1965) identificado con el desarrollismo, se podrá observar como el Dr. Montalván, con el impulso de un gobierno apoyado por el pensamiento liberal, dirigió no solo la investigación y control de enfermedades, sino también una política integral de salud pública.

²⁷⁰ Letter from Hackett to Sawyer, Mar., 20, 1941 RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317 K.

²⁷¹ *Ibidem*.

Finalmente, el 21 de marzo de 1941, el director de la IHD ratificó que no existirían dificultades en asistir económicamente a Ecuador tanto para el mantenimiento como para el equipamiento del laboratorio e incluso, ni con la entrega de una beca para un candidato idóneo para que se preparase en los Estados Unidos.²⁷² En el marco de esas conversaciones, el Dr. Sawyer propuso también que se nombrara al Dr. Atilio Macchiavello Varas²⁷³ para que se encargara, como hizo, de la dirección y organización del Instituto.²⁷⁴ Después de algunas conversaciones, el Dr. Atilio Macchiavello, atraído por el proyecto ecuatoriano, dio su respuesta favorable para asumir tal función. Así, en el marco de un proyecto denominado “Aid to State and Local Health Service”, el 4 de junio de 1941, la FR inició un nuevo ciclo de cooperación con el Estado ecuatoriano. Su ayuda consistió en entregar una subvención que cubrió el 30% de un gasto total de 1.200.000 sucres que sirvieron, en el lapso de cinco años, para que Machiavello organizara el laboratorio y Montalván, a su retorno, lo pusiera a producir.²⁷⁵ En la Tabla n° 4 se muestra la distribución de la ayuda económica que, costada tanto por el Estado ecuatoriano y la FR, sirvió para concretar los planes de los Estados Unidos y del Ecuador en los años de la II Guerra Mundial.

²⁷² *Ibidem.*

²⁷³ Dr. Atilio Macchiavello Varas (1902-1996) fue un médico e investigador chileno graduado en la Universidad de Harvard. En Ecuador, desde su posición como asesor de la OSP en el año de 1939, organizó un laboratorio para la investigación de la peste en Ambato-Ecuador. Más tarde, a petición de la FR, fue contratado como Director organizador del Instituto Nacional de Higiene en Guayaquil. Machiavello se posicionó oficialmente en su cargo el mes de noviembre de 1941. Después de organizar el laboratorio, en el año de 1945, se convirtió en el director de un grupo asesor del Ministerio de Sanidad. Desde ese cargo, elaboró el código de la nueva ley sanitaria para el Ecuador y el plan cuatrienal de Salud Pública. Pérez Pimentel (2000). Véase también el Currículum vitae del Dr. Atilio Machiavello Varas en el Anexo n° 6.

²⁷⁴ Letter from Sawyer to Hackett, Mar., 21, 1941, RAC, RF, RG 1.1 (projects), box 1, Folder 317 K.

²⁷⁵ Véase en el Anexo n° 5 el Proyecto de la IHD para ayudar a la Dirección General de Sanidad para el equipamiento y mantenimiento del Instituto Nacional de Higiene INH por cinco años.

Tabla n° 4. Programa de Subvención entre la Fundación Rockefeller y el Estado ecuatoriano para el equipamiento y funcionamiento del laboratorio entre 1491 y 1946.

Años	F. Rockefeller (en sucres)	Estado (en sucres)
Primer año (1941-2).	120.000	120.000
Segundo año (1942-3).	96.000	144.000
Tercer año (1943-4).	72.000	168.000
Cuarto año (1944-5).	48.000	192.000
Quinto año (1945-6).	24.000	216.000

Fuente: Project to aid the Health Service of Ecuador, Rockefeller Foundation, International Health Division IHD, 1941.

La subvención de la Fundación sirvió para becar al Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo que realizó un Master en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Además, según el contrato en el que se establecía que para el primer año ya debía existir un número suficiente de médicos especialistas, se envió al Dr. José Crusellas Ventura con una beca del Estado para formarse en Química y Bromatología. También, la Oficina Sanitaria Panamericana auspició las becas del Dr. Vicente Mosquera Ferrés en las especialidades de Patología y Serología y del Dr. Jorge A. Higgings en la producción de vacunas y el estudio de la tuberculosis.²⁷⁶

A mediados de junio de 1941, el Dr. Macchiavello fue nombrado director del laboratorio e inmediatamente la IHD dotó los primeros equipos al laboratorio. La primera entrega de ese material incluyó algunos microscopios usados y otros instrumentos para estudiantes.²⁷⁷ Más tarde, en septiembre de ese mismo año, después de una reunión de los directores científicos de la IHD, se envió al país una asignación de 16.000 dólares para continuar con el equipamiento. Dicha asignación se extendió hasta diciembre de 1946.²⁷⁸

²⁷⁶ *Ibidem.*

²⁷⁷ Letter from Hackett to Sawyer, Jul., 8, 1941, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317 K.

²⁷⁸ Letter from Sawyer to Hackett, Sep., 17 de 1941, RAC, RF, RG 1.1 (series), Box 1, Folder 317 K.

También, en septiembre de 1941, el Dr. Izquieta informó al Dr. Hackett que, el día 20 de ese mes, el Congreso Nacional había aprobado el tercer y final borrador del presupuesto para de la creación y operación del laboratorio.²⁷⁹ Simultáneamente a la ley del Congreso, Izquieta elaboró una ley con la que el laboratorio se adhirió a la estructura del Estado.²⁸⁰ En esa ley se nombraba por primera vez al laboratorio como Instituto Nacional de Higiene. En el marco de la Ley de Creación del Insituto Nacional de Higiene, las actividades que el Estado designó para este nuevo organismo dependiente de la Dirección General de Sanidad, fueron:

“a) “CIENTÍFICAS: en el terreno de la bacteriología, parasitología, inmunología, epidemiología, estadística, patología humana y animal y ciencias afines relacionadas con la biología y medicina sanitaria, b) SANITARIAS: de orientación, control técnico de las campañas que emprenda la Dirección General de Sanidad, de diagnóstico aplicado a las enfermedades transmisibles, de análisis de control bromatológico, de aguas, de especialidades farmacéuticas y productos biológicos y otros destinados al diagnóstico, prevención y curación de enfermedades especialmente contagiosas, c) EDUCACIONALES: de preparación de personal técnico sanitario, cooperación a la enseñanza superior de la higiene y ramas afines, divulgación y propaganda en materia de higiene, d) COMERCIALES: de reparación y venta a bajo costo de productos que elabore cuando sean de utilidad para la conservación de la Salud Pública”.²⁸¹

Además, se estableció el edificio del Instituto Nacional de Higiene como patrimonio de la DGS; se declaró que el Instituto estaría tanto en el presente como en el futuro, exento de impuestos de cualquier naturaleza y que, de acuerdo a las necesidades sanitarias del país, este podría crear filiales o montar laboratorios permanentes o temporales en cualquier parte del territorio ecuatoriano.²⁸² En cuanto al personal, este se organizó en categorías y se estableció que solo el Director General de Sanidad estaba facultado para nombrar y quitar funcionarios. Según la misma ley de creación, el Instituto se sostendría con las rentas derivadas del presupuesto del Estado; de la venta de preparados elaborados por el propio Instituto; del valor de los análisis y exámenes sujetos a arancel; de los derechos impuestos a las especialidades farmacéuticas y de las subvenciones provenientes del extranjero.²⁸³ Una

²⁷⁹ Letter from Hackett to Sawyer, Sep., 24, 1924, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317 K.

²⁸⁰ Véase en el Anexo nº 7 la Ley de Creación del Insituto Nacional de Higiene INH.

²⁸¹ Arroyo del Rio, C. (1941), Parte II, Art. 5.

²⁸² *Ibid.* Art. 3 y 4.

²⁸³ *Ibid.* Parte II y III, artículos de la letra “a” a la “f”.

vez que el Instituto Nacional de Higiene se estableció orgánica y administrativamente los primeros servicios en adherirse fueron el Laboratorio de Sanidad que funcionaba en el Lazareto de la Peste, y el laboratorio de ratas y pulgas que, desde 1925, había estado recolectando y clasificando artrópodos y que, en 1930, se había reorganizado para examinar las ratas infectadas con peste bubónica.²⁸⁴

Con la promulgación de la ley, el Dr. Izquieta no solo culminó un intenso período de negociaciones internas y externas, sino que, al mismo tiempo, dió fin a la tarea que había quedado pendiente desde 1913 cuando el Dr. León Becerra, Director de la Sanidad, propuso la creación de un laboratorio especializado para la salud pública y, por otra parte, terminó también su labor como el principal impulsor del proyecto. Las ocupaciones del Dr. Izquieta en su calidad de Director General de la Sanidad, después de 1941, se centraron hasta su retiro en 1944 en dirigir el sistema sanitario nacional y coordinar las actividades de la salud pública ecuatoriana con la Oficina Sanitaria Panamericana, la FR y el Institute of Inter-American Affairs de los Estados Unidos.²⁸⁵

Desde que Macchiavello asumió la dirección del Instituto Nacional de Higiene en noviembre de 1941, el control del laboratorio pasó prácticamente a manos de la IHD. Desde ese momento, hasta que Machiavello entregó sus funciones a Montalván y este puso a producir el laboratorio (1941-1946), la FR desarrolló dos procesos paralelos e importantes para la investigación y control de enfermedades infecciosas en Ecuador. El primero fue un proceso al que se ha llamado de “transición”, y el segundo un proceso simultaneo al que se ha denominado de “transferencia”. Antes de explicar este proceso sincrónico que es importante para entender los intereses de la ayuda internacional para la salud pública en Ecuador, durante la II Guerra Mundial, queremos dar respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué es lo que la DGS, a través del programa de subvenciones de la FR, trajo a Ecuador? La/s respuesta/s a esta pregunta servirá/n para darle significado a lo que en el objetivo central de esta investigación se ha planteado como la “reconceptualización” de la

²⁸⁴ Pérez Pimentel (1984), p. 10.

²⁸⁵ OSP (1944), p. 70. Durante la quinta Conferencia panamericana de directores nacionales de sanidad, celebrada en 1944, el Dr. Izquieta, después de realizar un breve recuento de los adelantos sanitarios en Ecuador, agradeció en nombre del gobierno la ayuda recibida de la OSP, en el combate de las grandes epidemias, a la FR por su apoyo al Instituto Nacional de Higiene y a la Escuela de Enfermeras de Quito; y al Institute of Inter-American Affairs por su participación en la construcción de algunos edificios sanitarios y obras de interés sanitario.

investigación científica ocurrida en Ecuador con la ayuda de organizaciones de asistencia internacional. Es decir, se tratará de explicar la forma en que la investigación científica se utilizó en diferentes coyunturas para el diseño de las políticas de salud pública en Ecuador.

En primer lugar, para encontrar la/s respuesta/s a la pregunta que se ha planteado anteriormente es necesario regresar a los inicios del siglo XX, con el fin de entender la forma en la que la IHD se convirtió en el canal mediante el cual la ayuda internacional fluyó hacia Latinoamérica con el propósito de ajustar la salud pública regional a la doctrina de salud pública norteamericana. Un proceso inicial que contiene las pautas necesarias para entender que la investigación científica en salud pública y/o investigación y control de enfermedades, como simplemente llaman los norteamericanos a la maquinaria con la que se adentran en el trópico desde inicios del siglo XX para establecer niveles de desarrollo en naciones que fueron óptimas para los intereses de los donantes de asistencia internacional. Las respuestas a esa pregunta se pueden encontrar en el clásico reporte Welch-Rose de 1915 y que analizaremos a continuación.

3.3. El reporte Welch-Rose (1915).

En los inicios del siglo XX, cuando la explotación de las zonas aldoneras en los estados del sur de Estados Unidos era clave para su integración económica, la FR creó la Rockefeller Sanitary Commission (1909-1913). Su propósito, tras la estimación de la alta prevalencia de la anquilostomiasis,²⁸⁶ era proporcionar un tratamiento y una técnica para su erradicación.²⁸⁷

Los objetivos y las tareas de la RSC sirvieron de base para la creación, el 27 de junio de 1913, y con el financiamiento de la FR, de la International Health Commission²⁸⁸ con los objetivos de promocionar la sanidad pública y difundir el conocimiento de la medicina científica en todo el mundo. La principal prioridad de la IHC desde que fue creada hasta que fue absorbida por la misma Fundación en 1951, fue desarrollar campañas contra distintas enfermedades, seleccionadas por su impacto sobre la productividad económica de los países y también por los propios intereses de los Estados Unidos, como la malaria, la fiebre amarilla y la anquilostomiasis en áreas de América Latina.²⁸⁹

Los programas de la FR se iniciaron en Latinoamérica cuando la RSC se disolvió el 31 de diciembre 1914 y fue sustituida por la IHC.²⁹⁰ Una prioridad del programa de la anquilostomiasis, cuando este se convirtió en una iniciativa global, fue la necesidad de

²⁸⁶ Izquieta Pérez (1940). A lo largo de su historia la anquilostomiasis fue conocida con muchos nombres. En Latinoamérica, la enfermedad de forma general, especialmente entre los agricultores, fue conocida como la enfermedad del sueño. En Ecuador, la anquilostomiasis se empezó a tratar como una actividad de la salud pública del Estado en 1940. Años antes, la FR y el Estado intentaron implementar un programa sin resultados. En ese año (1940) la Ley del Servicio Sanitario Nacional le confirió a la Dirección General de Sanidad la autoridad máxima en todo lo concerniente a higiene y sanidad y en ese contexto se creó el Departamento del Campesinado enfocado en la sanidad rural. Desde esa dependencia, la DGS creó un programa para la construcción e instalación de letrinas con un aporte del 50% del presupuesto. Según el Director de la Sanidad de ese año, el programa no alcanzó los resultados esperados y pronto se desvaneció.

²⁸⁷ Elman (2014).

²⁸⁸ Rose (1915), pp. 7-9.

²⁸⁹ García (1981). Estudios sobre las actividades de la IHC señalan que programas como los de la anquilostomiasis se encausaron para crear una relación entre la inversión de capital y la producción. En ese sentido, los programas de la anquilostomiasis sirvieron en América Latina para suscribir a sus intereses la producción cafetalera; en Asia para acceder a la producción del caucho; y en algunos países europeos para constreñir la explotación minera.

²⁹⁰ Rose (1915), p. 37.

formar especialistas en esa área. Wickliffe Rose,²⁹¹ secretario ejecutivo de la RSC en esos años, planteó a la FR que esa necesidad, la de contar con una nueva especialidad médica, debía ser contemplada como un programa que se dedicase a la formación de profesionales para la administración en salud pública. Mientras estas conversaciones tenían lugar en 1914, la FR, bajo la inspiración de Frederick T. Gates, estaba financiando ya en Estados Unidos una serie de centros orientados a la salud pública que tendrían una gran influencia en el mundo.²⁹²

La propuesta de Rose sobre la creación de un cuerpo de trabajadores para la salud de acuerdo con la concepción del principio de tiempo completo, buscaba contar con un cuerpo consagrado en exclusividad a las actividades de la sanidad internacional. Estos líderes, tanto de la IHC como de otros países, entrenados en conocimientos avanzados en bacteriología, inmunología, parasitología, fisiología y epidemiología, estarían capacitados para dirigir programas internacionales con un solo modelo de salud pública.²⁹³

Las puertas que permitieron a Rose abrir un espacio de conversaciones para encontrar ese modelo que permitiera formar un “ejército” cualificado de expertos mediante el establecimiento de un Instituto de Higiene se abrieron en 1913, cuando la FR patrocinó

²⁹¹ Wickliffe Rose nació en Tennessee en 1862. La asociación de Rose con la FR comenzó en 1910 cuando fue nombrado Secretario Ejecutivo de la Rockefeller Sanitary Commission. Desde entonces, los cargos que ocupó Rose, además de la administración de la RCS (1913-1928), fueron: la Dirección de la IHD (1915-1923); la presidencia del General Education Board, GEB y del International Education Board (1923-1928). Además de las actividades que Rose desarrolló desde esos cargos, también impulsó la creación de escuelas de salud pública como la de la Universidad Johns Hopkins y la de Harvard. Véase un resumen de su biografía en: Rockefeller Foundation (2013)b.

²⁹² Frederick T. Gates, nacido en 1853, jugó un papel esencial en la creación y consolidación de la salud pública norteamericana y del mundo, impulsada por la filantropía de John D. Rockefeller Sr. Desde finales del siglo XIX, Rockefeller impulsó la construcción de importantes instituciones para la educación y la salud pública bajo el influjo y consejo de Gates. En 1892, por ejemplo, fundó la Universidad de Chicago. Después, en 1901, financió la creación del Rockefeller Institute for Medical Research; la creación y organización del General Education Board (GEB) en 1902; y la creación de la Rockefeller Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease en 1909. Con la desintegración de esta última financió la creación de la Fundación Rockefeller y a través de esta la International Health Commission, en 1913. Después de impulsar ideológicamente el programa de Rockefeller, Gates se retiró en 1923. Véase un resumen de su biografía en: Rockefeller Foundation (2013)c.

²⁹³ Flexner (1915), pp. 18-20.

una conferencia entre dos de los expertos en salud pública con mayor reputación de los Estados Unidos: el Dr. William Henry Welch²⁹⁴ y el mismo Dr. Wickliffe Rose.

A partir de sus conversaciones, estos médicos plantearon una redefinición del tradicional modelo de educación de salud pública norteamericano en las conclusiones presentadas en el conocido “Welch-Rose Report” de 1915. Las deliberaciones, en esos años, consistieron básicamente en discutir si se aprobaba un modelo con un perfil apoyado en la investigación científica en un Instituto experimental de Higiene de acuerdo con el modelo alemán, opción defendida por Welch, o en un perfil centrado en la formación de expertos en salud pública que tuviera en cuenta los aspectos más prácticos de esta especialidad de acuerdo al modelo británico, defendido por Rose. Tras las conclusiones, derivadas de varios encuentros entre Welch y Rose, el 27 de mayo de 1915, el comité ejecutivo de la FR aprobó un plan y el presupuesto (267.000 dólares) para organizar, con un equilibrio de opciones entre las dos propuestas, la Johns Hopkins School of Public Health en Baltimore, Maryland.²⁹⁵ Welch fue nombrado director de la Escuela y desde ahí enfocó la formación de los nuevos profesionales de la salud pública en la investigación científica, el entrenamiento práctico y la educación sanitaria popular. Bajo este modelo, los médicos de la IHD y médicos cuidadosamente seleccionados de otros países, empezaron a capacitarse en la escuela dirigida por Welch.²⁹⁶ A medida que esta escuela se fue consolidando en la investigación relacionada con la salud pública, también fue convirtiéndose en el modelo de otras escuelas norteamericanas. Así nació el “Hopkins Model”.²⁹⁷

Con este modelo educativo, otras escuelas de salud norteamericanas iniciaron programas dirigidos a la formación de profesionales en salud pública. Por ejemplo, este modelo sirvió como referente para reorganizar la School for Medical Officers, después que esta, en 1922, se separara del Harvard-Massachusetts Institute of Technology con una

²⁹⁴ William Henry Welch graduado en Europa, llevó a Estados Unidos la investigación experimental en fisiología, patología y bacteriología y contribuyó a desarrollar centros docentes y planes de enseñanza según el modelo de salud pública alemán. En América del Norte, su labor se desarrolló en la Universidad Johns Hopkins. Welch, junto a Osler, Nelly y Halstead, formó el grupo que se conoció con el nombre de los “*four doctors*”. Brieger (1976).

²⁹⁵ Fee, Bu (2007), p. 978.

²⁹⁶ Rosenstock, Helsing, Rimer (2011), pp. 39-95.

²⁹⁷ Fee, Bu (2007), p. 978.

subvención de la FR. En 1921, el “Informe Athlone” recomendó la creación de un instituto de medicina estatal basado en una propuesta de la Fundación Rockefeller y cuyo resultado fue la London School of Hygiene and Tropical Medicine²⁹⁸. En 1924, la University of Toronto School of Hygiene fue creada en la Universidad de Toronto con el apoyo de la Fundación Rockefeller con el modelo Hopkins.²⁹⁹ En China, ese mismo modelo, encaminado desde 1928 a modernizar la educación médica y mejorar la práctica de la medicina, sirvió para crear un departamento de salud pública y medicina preventiva en el Pekin Union Medical College.³⁰⁰ En Brasil, el financiamiento de la Fundación sirvió para llevar el modelo norteamericano a la Escuela de São Paulo. Esta fue la única institución de educación en salud pública de ese país y fue la más grande de Sudamérica.³⁰¹ En 1927, en Yugoslavia la FR patrocinó la organización de la Escuela de Salud Pública y el Instituto de Higiene de Zagreb³⁰². Más tarde, la FR, a través de su programa de subvenciones, proveyó financiamiento para formar médicos de la India, Japón, Filipinas,³⁰³ de distintos países de Europa, de América Latina y de Asia. A nivel internacional a estas instituciones de educación superior destinadas a la formación de expertos en salud pública se les conocieron como las “West Points of Public Health”. Esto, tal como indican Fee y Acheson (1991: 187), se debió a que a un nivel general, todos los médicos que se prepararon en estas escuelas posteriormente ocuparon posiciones de liderazgo en la salud pública en sus respectivos países. En este sentido y en el caso de Latinoamérica, la FR inició un intenso programa de becas con el objetivo de llevar hacia los centros norteamericanos a oficiales seleccionados de otros países. En el caso de Ecuador, el primer médico en recibir esa formación en salud pública fue el Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo. Su designación, tal como se observará después, corresponde al propósito que tenía el Estado, desde la DGS, de

²⁹⁸ El “Informe Athlone” fue elaborado por el Post-Graduate Medical Education Committee, nombrado por el gobierno británico en 1921 y liderado por el Conde de Athlone, para el estudio de la creación de un Instituto de Higiene en Londres por sugerencia de la Fundación Rockefeller que acabó ofreciendo dos millones de dólares para la creación de dicho instituto. Cook (2015) pp. 242-243.

²⁹⁹ Fee, Bu (2007), p. 978.

³⁰⁰ Rockefeller Foundation (2013)d

³⁰¹ Fee, Bu (2007), p. 978.

³⁰² Turda (2015), p. 111.

³⁰³ De acuerdo a la visión de Rose, se requerían médicos para diagnosticar enfermedades contagiosas; ingenieros sanitarios para construir sistemas de drenaje y agua y generar estadísticas vitales para proveer datos cuantitativos de nacimientos y muertes; abogados para escribir códigos sanitarios y regulaciones; enfermeras en salud pública para proveer cuidados y proveer información en domicilios; inspectores sanitarios para visitar fábricas y mercados para hacer cumplir las ordenanzas de salud pública y administradores para organizar presupuestos. Fee, Bu (2007), p. 158.

contar con un médico especializado para que, desde el Instituto Nacional de Higiene, iniciara un proceso basado en los nuevos avances de la ciencia y la tecnología tanto para investigar y controlar las amenazas epidemiológicas que pudieran afectar la fuerza de trabajo, como para expandir la frontera agrícola a través nuevas técnicas aplicadas a las tradicionales campañas sanitarias. Es decir, médicos que, en el contexto de la division internacional del trabajo, fueran capaces de potenciar la productividad agrícola del país.

En este sentido, Quevedo (2013), que plantea las políticas de la FR como un ejemplo paradigmático en Latinoamérica con respecto a la variación del modelo educativo en medicina, explica que existieron diferentes niveles de ayuda a la hora de hablar de la formación médica. En primer lugar afirma que la política final de la Fundación en los países más ricos fue financiar la construcción de escuelas de salud pública con un modelo de “alto nivel” donde se formasen los cuadros que trabajarían con ellos. Después, “a los países pobres pero inteligentes”, también la Fundación les financió centros de educación médica para que mejorasen sus condiciones. Finalmente, al resto de países pobres, el objeto de sus inversiones sería la organización de campañas sanitarias para garantizar que estos países “no siguieran atrasados”. Esto se haría mediante la creación de una política de investigación y control de enfermedades contagiosas con un alto impacto en la productividad. Finalmente, Quevedo concluye que esta inversión mejoraría las condiciones sanitarias necesarias para la circulación de capitales. En este sentido, “los países considerados atrasados” a los que Quevedo hace referencia, eran todos aquellos países de Latinoamérica donde llegaron las ayudas de la FR para el establecimiento de campañas para la erradicación de la fiebre amarilla, la anquilostomiasis y la malaria durante el primer tercio del siglo XX.³⁰⁴

Esta concepción de una formación médica en salud pública ligada a la especialización en la realización de determinadas iniciativas, fue difundida por Wickliffe Rose desde la IHC, de la que, como sabemos, fue director desde 1913 hasta 1923. Así, desde 1915, proyectó aquella concepción de la salud o del modelo norteamericano de la formación médica con un propósito específico a todo el mundo.³⁰⁵

³⁰⁴ Cueto (1995).

³⁰⁵ Flexner (1915), p. 188.

El modelo para los países considerados atrasados, progresivamente se fue empleando a medida que se formaban los médicos en estas escuelas y desde que el programa de la anquilostomiasis se trasladó desde de los estados del sur norteamericano hacia la Guyana Británica, Trinidad, Frenada, St. Vicente, Sta. Lucia, Antigua, Panamá, Costa Rica, Guatemala y Egipto.³⁰⁶ Después, el modelo se utilizó en los programas para erradicar la malaria y, como fue el caso de Ecuador en 1918, para la “erradicación” de la fiebre amarilla.³⁰⁷ Durante el tiempo en el que Rose estuvo al frente de la IHC, la FR financió en Sudamérica una beca en 1917, tres en 1918, 14 en 1914, 34 en 1920, 35 en 1921, 79 en 1922 y 115 en 1923. Cuando Frederick F. Rusell sustituyó a Rose como director de IHC, entre 1923 y 1935, y está más tarde pasó a llamarse International Health Division (1927-1951), se entregaron 1.917 becas adicionales. En esos años países como México, Nicaragua, Panamá y Puerto Rico empezaron ya a participar en esos programas.³⁰⁸

Al finalizar sus programas de estudio, los médicos, formados con la doctrina del “Hopkins Model” se convirtieron en “soldados” de un enorme ejército de trabajadores de la salud pública, preparados para ocupar cargos estratégicos dentro de los sistemas sanitarios locales.³⁰⁹ El plan de Rose, que, junto a Welch, diseñó el programa de educación en salud pública para Estados Unidos con el impulso de la FR, consistió en internacionalizar el modelo norteamericano a través de la “ayuda” de la IHC.³¹⁰ En el caso de Ecuador, la puerta al programa de Rose se abrió por primera vez entre 1918 y 1936. En esa coyuntura, al no existir trabajadores locales especializados en salud pública, fueron los médicos de la IHD quienes ocuparon los puestos de esa gestión de manera que la administración de salud pública se gestionó con esta “supervigilancia” internacional.³¹¹

³⁰⁶ Rose (1917), pp. 209-211.

³⁰⁷ Soper (1979), p. 349.

³⁰⁸ Sawyer (1945), p. 95. Las becas, además de para la formación de médicos, se ampliaron más tarde para la formación de enfermeras para la salud pública. Este programa empezó en 1945. En ese año, Ecuador, con la cooperación de la OPS, del Institute of Inter-American Affairs y de la International Health Division, envió a enfermeras a capacitarse a Estados Unidos. A su retorno, algunas de estas nuevas profesionales se convirtieron en instructoras de la Escuela de Enfermeras de Quito y otras se distribuyeron en el sistema de salud pública. En octubre de 1945 se graduó la primera clase de 20 estudiantes locales.

³⁰⁹ Rose (1917), pp. 209-211.

³¹⁰ Sawyer (1940), pp. 147-148.

³¹¹ Véase: Supervigilancia norteamericana (1918). La prensa local informaba en 1918 que, dentro de los planes de Estados Unidos en relación a sus intereses con el Canal de Panamá, se había establecido una supervigilancia para el control de las condiciones sanitarias del puerto de Guayaquil.

Con la estrategia de expansión del modelo norteamericano, que además incluyó el principio de tiempo completo, Ecuador empezó a participar en el programa de becas en el año de 1941. En ese año, como ya sabemos, el Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo fue el primer médico en asistir a este tipo de formación. Montalván, después de graduarse en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, retornó al Ecuador e inmediatamente fue nombrado Director General de la Sanidad y, paralelamente, en un contexto de crisis política, tal como explicaremos más adelante, como Director (virtual) del Instituto Nacional de Higiene. Desde 1946, después de un proceso de institucionalización de la doctrina norteamericana en el sistema sanitario ecuatoriano, fueron médicos, como Montalván, quienes continuaron la expansión del modelo propuesto por Rose a través de campañas para “erradicar” diferentes enfermedades. En este sentido, el Instituto Nacional de Higiene, fundado en 1941 con la ayuda de la FR como se ha dicho, se convirtió en el órgano, dentro de la estructura sanitaria del Estado, desde donde se expandió la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades de interés.

Desde que Welch y Rose iniciaron sus conversaciones, la formación médica se hizo esencial en los planes de la FR para llevar al mundo los nuevos avances de la medicina y la ciencia con propósitos específicos. En el caso del Ecuador, esa política universal de la FR para crear un ejército de trabajadores de la salud pública sirvió para que el Dr. Hackett, director regional de la IHD, escribiera y enviase, en 1941, el primer borrador del proyecto ecuatoriano a los responsables de la FR. En ese documento, clave para la creación del Instituto Nacional de Higiene, se decía:

“en el pasado, ninguna ayuda se entregó al Ecuador para mejorar las condiciones de su departamento de salud y solo existieron donaciones para el control de la fiebre amarilla y para el mantenimiento de un departamento de viscerotomía, desde 1933 hasta 1936. Los problemas de los ecuatorianos son iguales al resto de la región. Entre esos problemas están: la tuberculosis, las enfermedades venéreas, viruela disentería, plaga, tifus, tifoidea, difteria y una alta tasa de mortalidad infantil y todas exageradas por la tremenda pobreza e ignorancia de la masa del pueblo. Existen problemas típicos de los trópicos húmedos como la malaria, anquilostomiasis, fiebre amarilla, pian, verruga, leishmaniosis y tripanosomiasis americana”.³¹²

³¹² Véase el documento completo en el Anexo nº 5.

Con esos argumentos, Hackett también planteó a los oficiales de la FR que el historial negativo de la salud pública ecuatoriana se debía a la inexistencia de un laboratorio a través del cual se pudiera tanto, investigar enfermedades importantes, como orientar el trabajo de campo y proveer servicios de diagnóstico con la supervisión en la calidad de los alimentos, medicamentos y vacunas”.³¹³ El informe de Hackett a los oficiales de la FR, tal como dijimos, fue “clave” para introducir en el Ecuador el modelo de salud pública norteamericano donde la formación de médicos y la creación de órganos capaces de sustentar esa doctrina fueron elementos esenciales de la penetración norteamericana en los procesos sanitarios del Estado, tal como se veremos a continuación.

3.4. Etapa de transición y transferencia (1941-1946).

Como hemos visto, el Director General de la Sanidad, el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, después de erigir las primeras instalaciones de un edificio apto para alojar un laboratorio central para la investigación y control de enfermedades contagiosas (1937-1941), inició un proceso para atraer al Ecuador el programa de subvenciones de la FR. Después de varias conversaciones y la firma de un convenio bilateral entre el Estado ecuatoriano y la FR para la conformación del laboratorio (1941-1946), el Dr. Izquieta dejó el proyecto en manos de la IHD y se concentró a tiempo completo a dirigir la política sanitaria del país en coordinación con los organismos que los Estados Unidos creó durante la II Guerra Mundial para la asistencia internacional.³¹⁴

Los años que transcurren entre 1937 y 1946 en Ecuador, coinciden con el fin de un periodo político que, desde el crac de 1929, venía enfrentando sucesivos cambios de gobierno. También coincide con un periodo de auge económico que precedió un importante flujo de las agro-exportaciones ecuatorianas a través de diferentes programas de asistencia internacional hacia mercados de consumo en Estados Unidos y Europa occidental.³¹⁵ Para explicar esa etapa primigenia caracterizada por la norteamericanización de la salud pública específicamente en el campo de la investigación y control de enfermedades, al periodo comprendido entre 1941 y 1946 se le ha denominado de transición y transferencia.

³¹³ Letter from Hackett to Sawyer, Feb., 22, 1941, RAC, RF, RG 1.1 (projects), Box 1, Folder 317 K

³¹⁴ Izquieta, Pérez. (1946).

³¹⁵ Velasco (1990), pp. 148-150.

En este sentido la “transición” hace referencia al surgimiento de nuevos intereses entre las organizaciones de “ayuda” internacional, predominantes en el primer tercio del siglo XX, y las nuevas organizaciones de “asistencia” internacional creadas por Estados Unidos durante la II Guerra Mundial. En esos años, la ayuda de la FR, caracterizada en Ecuador desde 1917 por el desarrollo de su propia agenda y por el apoyo a la política de salud internacional para la expansión del comercio internacional -mediante el saneamiento de puertos-, se fundió con los intereses estratégicos de Estados Unidos a través de los programas de asistencia para la salud pública financiados por el Institute of Inter-american Affairs. En sí, el periodo de “transición” se refiere al periodo en el que la salud pública ecuatoriana tuvo que adaptarse a un nuevo escenario planteado por el cambio de los intereses estratégicos de los Estados Unidos durante la II Guerra Mundial encaminados a la monopolización de materias primas estratégicas así como a su lucha contra los países del Eje. Las nuevas organizaciones de asistencia internacional reconceptualizaron la investigación y control de enfermedades para fundirla en el contexto de los intereses creados tanto por una burguesía local que veía oportunidades en el repunte de las agro-exportaciones, como por los Estados Unidos que buscaba el control de los mercados internacionales. En ese contexto, la “transferencia” de la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades contagiosas a médicos ecuatorianos fue clave. Tal como hemos visto, en el caso ecuatoriano, entre 1941 y 1946, ese proceso incluyó el equipamiento de un laboratorio para centralizar la investigación y control de enfermedades; su organización bajo un esquema operativo y administrativo acorde al modelo de salud pública norteamericano y, finalmente, la formación de médicos ecuatorianos que, capacitados con la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades fueran capaces de enfrentar en forma rápida y efectiva los problemas de salud pública a través de la utilización de medidas prácticas y efectivas en el diagnóstico y control de enfermedades que pudieran afectar tanto a la fuerza de trabajo como al comercio internacional.

En definitiva y como veremos con detalle a continuación, este periodo conoció un proceso de reutilización de la investigación y control de enfermedades en el que la “transición”, entre la “ayuda” y la “asistencia”, sirvió para fundir en un solo propósito los intereses de la elite agroexportadora local, que buscaba encontrar nuevas formas de producción e integrarse desde ahí al mercado mundial,³¹⁶ y los de sus pares extranjeros que, a través de la Guerra, buscaban desplazar a otras potencias y hegemonizar el comercio internacional.³¹⁷

Después que el Dr. Atilio Machiavello asumiera, en nombre de la IHD, la dirección del laboratorio, y que en octubre de 1941 se promulgara la Ley de Creación del Instituto Nacional de Higiene, se inició el período de su organización. El organigrama del Instituto incluyó la creación de un laboratorio para el Director; un Departamento de Patología Tropical con secciones de Malariología, Entomología y Parasitología; un Departamento de Bacteriología e Inmunología y un Departamento para la elaboración de la vacuna antivariólica y de la BCG³¹⁸. Además, se puso un especial énfasis en lo técnico, focalizándose en producir estudios epidemiológicos que, en ese momento, se orientaron hacia una epidemia de fiebre tifoidea que azotó la ciudad de Guayaquil en 1942³¹⁹. Esta fue la primera intervención directa del Instituto desde que la IHD se responsabilizara de su organización. En esta coyuntura, llegó la mayor parte del equipo necesario para dotar el laboratorio central de acuerdo al convenio de apoyo firmado entre la Fundación Rockefeller y el Estado. Asimismo, en virtud de este mismo acuerdo, en 1943, se añadió una cantidad mayor de implementos de laboratorio para los departamentos de la Vacuna Antivariólica, de Patología y Diagnóstico, de Patología Tropical y Peste, y para el Departamento de Esterilización y Preparación de Medios de Cultivo. Con la ayuda internacional, ese año se amplió el pabellón central del edificio dedicado a Auditorium, Biblioteca, Sala de Demostración para adiestramiento de personal y a dos laboratorios complementarios.³²⁰

³¹⁶ *Ibid.* p. 151).

³¹⁷ Lauderbaugh (2011), p. 189.

³¹⁸ Pérez Pimentel (1984), pp. 20-23.

³¹⁹ *Ibid.*, pp. 30-31. En la ciudad de Guayaquil de Marzo a Abril de 1942, se registraron 300 casos. La causa aparente de la epidemia fue la ruptura de la red de aguas negras donde terminaba el desagüe del Hospital Territorial, centro donde eran asistidos los pacientes de fiebre tifoidea.

³²⁰ *Ibid.*, p. 33.

La IHD también implementó en el INH un Departamento de Epidemiología y Control de Enfermedades Endémicas centrado en labor de la investigación y control de la fiebre amarilla, la malaria y la anquilostomiasis. El servicio de fiebre amarilla fue dirigido por el Dr. Egberto García, que también fue becario de la FR y se estableció una oficina administrativa en la ciudad de Quito y un puesto de viscerotomía. Las muestras de hígado de las víctimas de la fiebre amarilla, recogidas en el oriente ecuatoriano, se enviaban a través de este departamento hacia el laboratorio de Bogotá para su examen.³²¹ El Dr. Espinoza Smith se encargó de iniciar un programa de encuestas de la malaria y el Dr. Bejar se encargó del programa de la anquilostomiasis. En ese periodo también se incorporó el becario, Dr. Luis F. Gómez Lince, y se le destinó, a tiempo completo, a desarrollar un laboratorio de diagnóstico. Bajo la dirección del Dr. Crusellas se organizaron programas para el control de medicinas y de alimentos y el Dr. Nevárez, a pesar de estar contratado a tiempo parcial, desarrolló un programa de vacunas y sueros.³²² La División de Epidemiología y Control de Enfermedades Endémicas, entre 1943 y 1944, invirtió 16.570,51 dólares y 8.092, 06 dólares, respectivamente.³²³

De acuerdo al convenio firmado entre la FR y el Estado, los dos primeros años de organización del Instituto Nacional de Higiene realizados por el Dr. Machiavello, llegaron a su fin el 2 de diciembre de 1.943. En esa fecha el Estado en un acto a cargo del Dr. Leopoldo Chávez, Ministro de Previsión Social y Sanidad, destacó el mérito de la obra efectuada por Izquieta, fundador del Instituto, y le rindió una nota de homenaje como reconocimiento. Además, se impulsó la Condecoración Nacional al Mérito a los doctores Lewis Hackett, J. L. Hydrick -de la FR-, al doctor Atilio Macchiavello y al señor Carlos Julio Arosemena Tola, Gerente del Banco de Descuento que prestó su apoyo económico

³²¹ Sawyer (1944). pp. 59-60. Vease, tambien: Mejía Rodríguez (2004), p.121. El laboratorio de Colombia, donde Ecuador enviaba las muestras, formaba parte de una red de laboratorios que la Fundación Rockefeller estableció en Uganda, Nigeria y Brasil, coordinados por el laboratorio de fiebre amarilla de Nueva York. La incorporación del departamento de la fiebre amarilla al Instituto Nacional de Higiene, demuestra que la FR tenía claros intereses de anexas las actividades científicas de la investigación de la fiebre amarilla en Ecuador a esta red internacional de laboratorios.

³²² RAC, RF, 33, RG, Series 4 Lewis Hackett Reports, IHD Rio De La Plata, report on the cooperative programs of the IHD of The Rockefeller Foundation in Ecuador and Peru, the half year, january-june , J.L. Hydrick.

³²³ Sawyer (1940), p. 305.

para la construcción del edificio. Además, el Instituto pasó a llamarse oficialmente Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez”.

En diciembre de 1943, después que Machiavello organizara el Instituto Nacional de Higiene con la creación de dependencias internas y la designación de funciones, su contrato terminó. Sin embargo, las condiciones políticas reinantes hicieron que Machiavello, a pedido de Izquieta, se quedara un año más.³²⁴ Esto básicamente se hizo porque Montalván, luego de terminar su beca, no pudo asumir el cargo de Director del INH-LIP. En efecto, el levantamiento popular conocido con el nombre de: “La Gloriosa”,³²⁵ generó la necesidad política de personas para llenar espacios en puestos clave del Estado. Esto hizo que Montalván, a su retorno, en vez de pasar directamente a posesionarse como Director del INH-LIP fuese nombrado responsable de la Dirección General de Sanidad. El puesto de Director General de la Sanidad había quedado vacante después que el Dr. Izquieta, en el contexto de la bipolaridad política del momento, se excusara para no seguir dirigiéndola. El caso de Montalván también se replicó con el Dr. Roberto Nevárez que siendo Jefe de la Sección de inmunología fue absorbido para desempeñarse como Gobernador de la Provincia del Guayas.³²⁶

En el año adicional al frente del INH-LIP, Machiavello dió mayor impulso a la investigación científica de enfermedades contagiosas locales. Machiavello realizó un estudio experimental de cepas aisladas en el Ecuador Interandino y otro sobre supuestos casos de tifus exantemático en Guayaquil. Con la ayuda del Dr. Urigüen, realizó también investigaciones sobre la existencia de tifus murino en Guayaquil. Por otra parte, el Dr. J. Higgins, realizó un estudio estadístico sobre la mortalidad por tuberculosis en Guayaquil y el Dr. J. Álvarez realizó una investigación relacionada a la enfermedad de Chagas en el Ecuador. Esos trabajos de investigación fueron los primeros que Machiavello reportó al

³²⁴ *Ibíd.*, p. 33.

³²⁵ La Gloriosa fue un levantamiento de masas que pedía la restauración de la alternabilidad democrática en el Ecuador. Hubo una serie de enfrentamientos en varias ciudades del país, en especial en Guayaquil. El 28 y 29 de mayo de 1944 tuvieron lugar los enfrentamientos más graves contra el régimen liberal y en favor de José María Velasco Ibarra y de la Alianza Democrática Ecuatoriana. El proceso fue: “una revolución popular que derrocó al gobierno de Carlos Alberto Arroyo del Río con la cual se reivindicó la dignidad nacional, pisoteada por la arrogancia represiva su gobierno, responsable, por otro lado, de la mutilación territorial consumada en enero de 1942, con el llamado Protocolo de Río de Janeiro”. Zapata (2004).

³²⁶ Montalván (1944), p. 29.

Estado y se convirtieron en la base de la tradición del INH-LIP como ente especializado en la investigación de enfermedades contagiosas locales.³²⁷ En el Anexo n° 1 se muestran los trabajos de investigación que el INH-LIP desarrolló hasta el final de 1944. En ellos además del Dr. Machiavello, Higgings y Álvares, participaron también el Dr. Montalván, el Dr., Campos Francisco, el Dr. Izurieta R, el Dr. Blum A, y el Dr. Vigors K. Los aportes de estos últimos y su presencia muestran que el impulso del INH-LIP, desde 1944, además de la investigación de la fiebre amarilla, la malaria y la anquilostomiasis, sirvió para iniciar una tradición centrada en otras enfermedades que en esos años ya eran conocidas por afectar la fuerza de trabajo y el comercio internacional. Nos referimos al paludismo, el tracoma, la fiebre tifoidea y el parasitismo causado por la *dirofilaria immitis*.

En resumen, estas fueron las actividades que desarrolló el INH-LIP mientras Machiavello cumplía un año adicional en la organización y Montalván ocupaba la cabeza de la DGS. Antes de la salida de Machiavello de la dirección del INH-LIP, fue contratado por el Estado para asesorar una comisión creada para cambiar la legislación sanitaria y reorganizar el sistema sanitario nacional. Estas dos tareas se conocieron como el Proyecto del Plan Cuadrienal de Salubridad para la República del Ecuador y el Proyecto de la Nueva Organización Sanitaria en el Ecuador.³²⁸ A través de la nueva normativa y el reordenamiento de los servicios sanitarios, aprobados el 7 de agosto de 1944 durante el gobierno de José M. Velasco Ibarra, el INH-LIP pasó oficialmente a ser una dependencia orgánica bajo el control directo de la Dirección General de Sanidad y sus funciones se determinaron como las de un organismo técnico, parte de la red de dependencias sanitarias del Estado en las que también, administrativamente separadas, constaban un Departamento de Bioestadística y Epidemiología; un Departamento de Higiene Escolar; un Departamento Materno Infantil y un Departamento de Higiene Sanitaria e Higiene Industrial.

La tipificación de las funciones técnicas del Instituto, según la nueva ley, se ubicó dentro de los artículos 19, 20 y 21, en los que se decía que el INH-LIP desarrollaría sus actividades de acuerdo con la ley de su creación, reglamento orgánico y reglamento interno. En el artículo 19 se especificó que el Departamento de Control Biológico se encargaría del

³²⁷ Machiavello (1944).

³²⁸ Montalván, J. (1944).

control de sueros, preparados opoterápicos, vitaminas, diagnósticos de cualquier naturaleza, de drogas y finalmente de las especialidades farmacéuticas. En artículo 20 se designaba al INH-LIP para la estandarización de los métodos y técnicas de laboratorio y del control de los laboratorios clínicos o industriales, públicos y privados, cuyas actividades se relacionaran directa o indirectamente con la salud pública, la medicina, la farmacia, y/o la veterinaria. En el artículo 21 se designó al INH-LIP para ejercer un completo control bromatológico sobre los productos y materias primas alimenticias obtenidas o elaboradas en el país o importadas. Este control se ejercería en la fabricas y en las aduanas, sin interferir con el control bromatológico que ejercían los municipios en los sitios de venta de alimentos”.³²⁹

Tal como se ha podido observar, al finalizar 1944, Machiavello no solo organizó al laboratorio para que este desarrollara actividades científicas relacionadas con la fiebre amarilla, la malaria y la anquilostomiasis, sino también impulsó la investigación de enfermedades contagiosas de impacto local. Adicionalmente, influyó para que desde la perspectiva de la nueva reorganización sanitaria y el plan cuatrienal de salud, se centralizara en el INH-LIP, según lo que se ha mencionado antes, el control bromatológico de productos alimenticios producidos en Ecuador e importados y para la homogeneización de métodos y técnicas que, tanto laboratorios públicos y privados de la nación, utilizaran para la investigación de enfermedades contagiosas. Estos tres elementos, unificados en la ley de 1944 antes que Montalván asumiera la dirección del INH-LIP, imprimieron la fuerza con la que la IHD impulsó la organización del INH-LIP entre 1941 y 1944.

Los norteamericanos, que esperaban pasar el laboratorio organizado por Machiavello a manos ecuatorianas, tuvieron que esperar hasta que Montalván pudiese desempeñarse en sus funciones sin ningún cargo político adicional. Montalván solo hizo efectivo acto de presencia cuando el Dr. Nevárez terminó su función de gobernador de la Provincia del Guayas y fue nombrado Director General de Sanidad. Este hecho coincidió con la finalización del plazo del contrato firmado por la FR y el Estado ecuatoriano. Inmediatamente después de su incorporación al INH-LIP Montalván se centró en la ampliación física del Instituto; el inicio de un programa para la producción masiva de

³²⁹ *Ibidem.*

vacunas y sueros y la puesta en marcha de la campaña anti-malárica, del cual él mismo fue la cabeza.³³⁰

El fin del periodo de transición y transferencia (1941-1946) en el que Montalván se preparó para seguir con el modelo implantado por Machiavello, no solo significó la consolidación del INH-LIP dentro del sistema sanitario nacional sino también la consolidación en Ecuador, tal como se explicó antes, de los intereses que tuvieron los Estados Unidos durante la II Guerra Mundial. En este sentido, el periodo de transición y transferencia, centrado en impulsar la investigación y control de enfermedades contagiosas, sirve para ilustrar la forma en que la “ayuda” característica del primer tercio del siglo XX se fundió en una sola fuerza con los intereses estratégicos norteamericanos que en esos años fueron impulsados por las nuevas organizaciones de “asistencia” internacional. En ese contexto, podemos observar que la idea que venía planteándose el Estado desde 1937 para salir de la crisis iniciada en 1929 a través de un programa sanitario que se preocupara de la protección del capital humano y de la expansión de la frontera agrícola, sirvió para que Estados Unidos, durante la II Guerra Mundial, convirtiera a Ecuador en un aliado y nodo, comercial, militar y estratégico de acuerdo al plan de operaciones del Pacífico para la protección de la zona del Canal de Panamá y para el abastecimiento de productos estratégicos para la guerra.³³¹

Desde la perspectiva de la salud pública, los años de la II Guerra Mundial sirvieron para que Estados Unidos reconceptualizara la investigación y control de enfermedades. Es

³³⁰ Montalván (1946)a. Desde 1944, fin del periodo del Dr. Machiavello, hasta 1946, el INH-LIP realizó aportes a través del Dr. Sáenz en el campo de la peste bubónica, la tuberculosis pulmonar (Dr. Higgings J.), un estudio de moscas como vectores de enfermedades entéricas (Dr. Alcívar C., y Dr. Campos F.). Se empezó también la elaboración de una vacuna antivariólica (Dr. Castañeda A.) y el estudio de una nueva técnica de acuerdo a una técnica fisiológica de Estados Unidos. Además, el Dr. Higgings J., dirigió una encuesta para determinar el nivel de malaria en el Litoral ecuatoriano y desarrolló también una encuesta serológica para determinar el nivel de la sífilis en Guayaquil.

³³¹ En parte esto lo hemos comprobado leyendo la información contenida en un oficio que la IHC/B/D envió a los oficiales de la Fundación Rockefeller. Parte de ese informe decía “[...] antes de terminar junio, se dió un cambio de gobierno en Ecuador. El nuevo Ministro de Salud ha planeado un enorme programa el cual requiere una importante fuerza de medios entrenados y otro personal. El presupuesto se ha planificado para que se incremente de 3.500.000 sucres a 7.000.000 sucres en 1944 y 18.000.000 en 1948. El país probablemente tiene grandes recursos agrícolas y minerales no explotados, pero sin el dinero y la técnica necesaria, esos objetivos pueden llegar a no concretarse”. RAC, RF, 33, RG, Series 4 Lewis Hackett Reports, IHD Rio de la Plata, Report On The Cooperative Programs of the IHD of the Rockefeller Foundation in Ecuador and Peru, The half year, January-June, J.L. Hydrick, 21.

decir, este elemento, dejando atrás su utilidad primigenia, la expansión del comercio internacional a través del saneamiento de puertos, pasó, en el contexto de la “asistencia” a centrarse en los intereses defensivos de los Estados Unidos. En el caso de Ecuador, esos intereses, según Lauderbaugh (2011:205) fueron tres. El primero, crear las condiciones necesarias para que Ecuador le permitiese a Estados Unidos instalar bases aéreas en Galapagos y Salinas. El Segundo, la monopolización de las exportaciones de productos primarios estratégicos para la Guerra. El tercero, la necesidad norteamericana incluir a Ecuador, junto a otros países de su área de influencia, en su lucha contra los países del Eje. En ese sentido, los programas de asistencia en los que participó la FR y el IIAA habrían servido para favorecer esos intereses. En los años en que la FR ayudó a la consolidación del INH-LIP (1941-1946) se firmaron varios acuerdos de cooperación bilateral que beneficiaron directamente a Estados Unidos. Sirvan como ejemplo la obtención del permiso ecuatoriano (Lend-Lease agreement) para que Estados Unidos construyera bases aéreas y navales en Salinas y en las Islas Galápagos (Isla de Baltra: Seymour Sur) en 1942;³³² el monopolio de las exportaciones ecuatorianas de caucho y quina con la forma de un convenio en el cual Ecuador se comprometía a la importación de neumáticos norteamericanos para el sistema de transporte local, y otro en el que Ecuador se comprometía a vender, desde 1943 hasta 1947, toda la corteza de cinchona³³³ y sus productos industrializados al Defense Supplies Corporation;³³⁴ el reemplazo de la línea aérea Sociedad Ecuatoriana de Transportes Aéreos (de inversión alemana) por la Grace

³³² Lauderbaugh (2011), p. 192. Véase también: Harrison (1947). Los Estados Unidos consideraron siempre a las Islas Galápagos como un posible punto de peligro para Estados Unidos. En 1899, durante el primer gobierno del General Eloy Alfaro se negoció, sin éxito, la posibilidad de su compra para instalar una estación carbonera naval. En noviembre de 1938, el General de División David L. Stone, hizo un reconocimiento de las islas y elaboró un pliego de recomendaciones para su compra con el fin de establecer estaciones navales y bases aéreas. Posteriormente, se celebraron varias conferencias entre los representantes norteamericanos y ecuatorianos para definir la situación de las Islas en el tema de la defensa hemisférica. El 11 de diciembre de 1941, el Comando de Defensa del Caribe, con la autorización de Ecuador, estableció en las Islas Galápagos y la costa ecuatoriana (Salinas) bases militares. El 12 de diciembre de 1941, el Comandante del 15vo Distrito Naval, dio órdenes para establecer una base aérea de avance temporal en la Isla Seymour. El 4 de enero de 1942, el Comandante General, Comando de Defensa del Caribe, ordenó que se iniciaran los pasos para la construcción de bases aéreas auxiliares en las Galápagos.

³³³ Un completo trabajo que explora los intereses norteamericanos sobre las misiones de la Cinchona se puede ver en: Cuví, N. (2009). Véase también: Amores, F.(1963). En 1942, casi paralelamente a la creación del INH-LIP, Ecuador y Estados Unidos firmaron una carta de entendimiento para la creación de una estación experimental agrícola. El primer centro experimental se creó en enero de 1943 en la hacienda Pichilingue de la ciudad de Quevedo-Provincia de los Ríos. Las primeras investigaciones de este centro se realizaron alrededor de productos tales, como el cacao, caucho, barbasco, balsa, quina, plantas aromáticas y otras.

³³⁴ Izquieta Pérez. (1946), p. 242.

Airways, PANAGRA (de inversion estadounidense).³³⁵ el equipamiento de las Fuerzas Armadas ecuatorianas a través del Defense Service Cooperation;³³⁶ y la ruptura de las relaciones diplomáticas del Ecuador con Alemania, Italia y Japon.³³⁷

Por otra parte, en el mismo contexto de los acuerdos de cooperación, los acuerdos firmados entre Estados Unidos y Ecuador y que beneficiaron directamente a los intereses ecuatorianos, fueron: la ayuda financiera del Export and Import Bank of Washington para estabilizar la economía por los efectos de la II Guerra Mundial y del conflicto limitrofe entre Ecuador y Perú,³³⁸ y un convenio de cooperación para la creación de la Escuela de Enfermeras de la Universidad Central de Quito (1943-1947),³³⁹ la asistencia del Institute of Inter-American Affairs, en especial para la construcción de diversos edificios asistenciales y otras obras de interés estrictamente sanitario;³⁴⁰ y el programa de becas y bolsas de viaje para la capacitación de especialistas en Ciencias Agropecuarias, Ciencias Humanas, Ciencias Sociales, Ciencias de la Medicina y Ciencias Naturales. La siguiente información (Tabla nº 5) muestra una lista referencial de becarios ecuatorianos que desde 1917 hasta 1970 salieron del país para prepararse en diversas universidades de Estados Unidos.³⁴¹

³³⁵ Ogaz Arce (1998), p. 101. Según este investigador, el retiro de la línea aérea SEDTA filial de Lufthansa correspondía a un debilitamiento de las inversiones alemanas en Ecuador.

³³⁶ Clark (1964), p. 146.

³³⁷ Lauderbaugh (2011).

³³⁸ Warren, Yates (1944), p. 213.

³³⁹ RAC, RF, 33, RG, Series 4 Lewis Hackett Reports, IHD Rio De La Plata, Report On The Cooperative Programs Of The IHD of The Rockefeller Foundation In Ecuador And Peru, The Half Year, January-June , J.L. Hydrick. Ecuador. Esta escuela fue construida en un edificio adyacente al "Hospital Eugenio Espejo" y funcionó administrativamente bajo el control de la Universidad Central del Ecuador. La Escuela se creó con la ayuda del Institute of Inter-American Affairs, el cual financió la construcción del edificio y proveyó el personal técnico, mientras que la FR contribuyó con el pago de salarios, el asesoramiento técnico, la donación de equipos, suministros y un programa de becas para la formación de enfermeras en los Estados Unidos.

³⁴⁰ Acuerdos de cooperación que consistieron en servicios de saneamiento para el relleno de los terrenos bajos en la ciudad de Guayaquil, obras de canalización en varias ciudades del país, el mejoramiento de los suministros de agua potable en Quito y Guayaquil y la negociación de la reconstrucción de las provincias australes destruidas por el conflicto Ecuador-Perú. En el ámbito educativo, además, se estableció el Colegio Americano, en 1940, basado en el modelo de educación de Estados Unidos. Izquieta Pérez (1946), p. 73.

³⁴¹ Rockefeller Archive Center (1980), p. 20. El patrón de becas nos permite también ver la transición de la ayuda destinada a la formación de especialistas. Después de la II Guerra Mundial la formación se orientó hacia las ciencias naturales y medicas y hacia la agricultura.

Tabla nº 5. Becas para varias especializaciones, desde 1917 hasta 1970.

Ord.	Programa.	Grupo.	Nombres y apellidos.	
1	Agricultural Sciences.	Agricultural Sciences	Ávila Medina, Q.	
2			Paladines Mosquera, Q.	
3		Library Science	Alzamora Cordovez, L.	
4		Mass Media	Monje F.	
5			Altamirano Molina, C.	
6		Plant Science		Albornoz P., G.
7				Cabrera J.
8				Cevallos Barriga, F.
9				Cruz L.
10				Días Moreno J.
11				Galarraga, J.
12				Garcés Chacón, J.
13				Gonzales Bahamonde ,G.
14				Guerrero P.T.
15				Lalama Hidalgo, M.
16				Larrea Herrera, P.
17				Luzuriaga F. G.
18				Merino Mancheno, L.
19		Romero Romo, G.		
20		Sánchez Pico, I.		
21		Vázquez, V.		
22		Soil Science	Pacheco Veloz, R.	
23	Human& Social Sciences.	Library Science	Chávez, A.	
24	Medical and Natural Sciences.	Biological Science	Gómez Lince, L.	
25			Manrique Izquieta, J.	
26			Narváez, R.	
27		Nursing	Mosquera de Jurado	
28		Administration	Gómez Jurado	
29		Education	Granja, O.	
30			Grijalva de Pinto, V.	
31			Murillo, J.	
32		Public Health		Crusellas Ventura, J.
33				Montalván Cornejo, J.
34				Mosquera, V.
35				Nevarez, R.
36				Urigüen Bravo, D.
37				Wandemberg, B.

Fuente: Rockefeller Archive Center. ³⁴²

³⁴² RAC (s/f). *Directory of Fellowships and Scholarships 1917-1970*. New York, Rockefeller Foundation.

Aunque no se ha podido determinar con exactitud las fechas de salida y retorno de cada uno de los becarios, se sabe por fuentes orales en el Rockefeller Archive Center, en Nueva York, que el grueso de becarios empezó a salir desde inicios de la década de 1940. Esto se confirma observando la lista de becarios para la salud pública. En ella constan los nombres de los primeros becarios designados para incorporarse después de su capacitación al INH-LIP. Se sabe también que los becarios en el campo las ciencias agrícolas empezaron a salir del país en 1956 a partir del inicio de la participación del Ecuador, junto a la India, en el programa de agricultura de la FR. En ese proyecto, el Institute of Inter-American Affairs ayudó al gobierno ecuatoriano en la creación del Instituto Nacional de Investigaciones. Todos los programas que se han descrito, incluido la conformación del INH-LIP, formaban parte de un programa de asistencia internacional dirigido por el Institute of Inter-American Affairs bajo el control del gobierno federal norteamericano y dirigidos por Nelson Rockefeller.³⁴³ La cooperación con el hemisferio, como fue llamada la actividad de esta agencia, consistió básicamente en diseñar y coordinar políticas que disminuyeran la influencia de la Alemania nazi y de sus aliados en América Latina.³⁴⁴ En 1946, cuando terminó la Guerra todos los programas y organizaciones que se crearon en la fusión de la “ayuda” y la “asistencia” internacional se utilizaron para ampliar su alcance y para mantener las líneas de abastecimiento comercial abiertas entre Ecuador y Estados Unidos.³⁴⁵

³⁴³ Anthony (1972). Esta fue una agencia de guerra de Estados Unidos que se estableció en agosto de 1940, con el nombre de la Office for Coordination of Commercial and Cultural Relations Between the American Republics, pero fue más conocida como la Office of the Coordinator of Inter-American Affairs o la Office of Inter-American Affairs (OIAA). La OIAA influyó en el ámbito latinoamericano durante seis años hasta que fue desmantelada en 1946 cuando la guerra llegó a su fin. Véase: Cramer, Prutsch (2012). En Ecuador la OIAA fue conocida como el Institute of Inter-American Affairs, varios informes de la Dirección General de Sanidad, desde 1940, se refieren a esta agencia como una organización sin fines de lucro que ayudó a mejorar la salud y bienestar de las personas en el hemisferio occidental en colaboración con los gobiernos locales para resolver problemas críticos de salud, saneamiento y de provisión de alimentos. Véase Izquieta (1946). En Latinoamérica el IIAA se conformó con una oficina asesora, una oficina de información y oficinas con oficiales de campo localizadas en las capitales de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Ecuador, Uruguay y Venezuela. Desde ahí se dirigieron acuerdos para el desarrollo de programas para la salud pública, saneamiento y desarrollo y mejoramiento de la producción de alimentos en la región. Estos programas contaron con becas para que profesionales locales ingresaran en escuelas de posgrado en Estados Unidos y se capacitaran en diferentes especialidades: salud pública, enfermería; ingeniería sanitaria y agricultura.

³⁴⁴ Izquieta (1946), p.16.

³⁴⁵ *Ibidem*.

En este sentido, la continuidad de estos programas, mantuvo el flujo de las exportaciones estratégicas y materias primas importantes desde Latinoamérica al centro industrializado.³⁴⁶ Un proceso que Ecuador en particular desarrolló desde que el Estado asumió un modelo desarrollista, centrado en la formación de capital físico, para convertirse en el impulsor de los procesos locales orientados al incremento de la productividad. Estas actividades se ampliaron a través del punto IV mientras el Export-Import Bank extendió la financiación para proyectos hasta 1950.³⁴⁷

³⁴⁶ *Ibidem*

³⁴⁷ Montúfar (2002).

4. El auge bananero, DDT, vacunas y antibióticos. (1948-1965).

El inicio del segundo quinquenio de la década de 1940 trajo importantes cambios al Ecuador. La II Guerra Mundial había terminado y el sistema internacional se preparaba para su reorganización utilizando, como base, los programas que las agencias de guerra y organismos de ayuda filantrópica habían creado para evitar el avance de los países del Eje. Una visión surgida en el punto V, en el marco de los nuevos intereses de Estados Unidos, dió origen a iniciativas de asistencia bilateral surgidas con el propósito de coordinar actividades de desarrollo centradas en la inversión.³⁴⁸ En Ecuador el “desarrollo” esperado desde el crac de 1929 llegó en 1948. En ese año, el Ecuador, con la asistencia internacional de la International Basic Economy Corporation (IBEC) y mediante la adopción de una política desarrollista centrada en la provisión de capital físico, abrió las puertas al capital extranjero.³⁴⁹ Las plantaciones bananeras de la United Fruit Co. en Centro América habían sido destruidas por una enfermedad conocida como el “Mal de Panamá” y en busca de lugares con condiciones climáticas y geográficas adecuadas, la transnacional trasladó todo su aparato productivo y comercial a Ecuador. Este hecho constituyó para el país un despegue hacia una etapa de auge económico que se caracterizó por el desarrollo de una industria agroexportadora que incorporó su producción al mercado internacional haciendo que el país ocupara la posición de primer exportador mundial de banano, hasta el primer quinquenio de 1960.³⁵⁰ En los años de la rápida expansión productiva, el Estado construyó más y mejores vías de comunicación entre los centros productivos y los centros de embarque, y también con apoyo crediticio impulsó a productores independientes para que incorporaran zonas vírgenes en el Litoral a la producción bananera.³⁵¹

En este contexto, este capítulo describe y analiza el rol que desempeñó el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez”, durante el auge bananero entre 1948 y 1965. El objetivo, en el marco del modelo desarrollista que el Estado asumió al final de la II Guerra Mundial, es describir y analizar la forma en la que la doctrina norteamericana para la investigación y control de enfermedades institucionalizada en el INH-LIP desde la

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 64.

³⁴⁹ Velasco (1990), p. 155.

³⁵⁰ *Ibidem*

³⁵¹ Larrea, Espinoza, Sylva (1987), p. 47. Mientras el Estado se encargó de la provisión de capital físico, la burguesía local se encargó de desarrollar actividades administrativas y financieras para la expansión del complejo agroexportador.

II Guerra Mundial, se reconceptualizó para adaptarse a los nuevos intereses estratégicos de Estados Unidos durante la reorganización y consolidación del nuevo sistema económico internacional. En ese sentido, la descripción y análisis parte de la observación a las campañas sanitarias realizadas para “erradicar” mosquitos vectores de enfermedades tales como la fiebre amarilla, la malaria y el paludismo. Se utiliza como referencia al Servicio Nacional Antimalarico (SNA) (1948-1965) y al Servicio Nacional de la Erradicación de la Malaria (SNEM) (1956-presente). Ambos organismos, adscritos al INH-LIP, desde donde higienistas nacionales y extranjeros emprendieron esa lucha con el uso a gran escala de DDT. Así mismo, se observa el trabajo del INH-LIP el cual, en el mismo contexto de las campañas para la expansión agrícola, se encargó tanto de la producción masiva de vacunas y antibióticos como del control e investigación de enfermedades locales peligrosas para la fuerza de trabajo en los centros de producción y de embarque.

Ya casi al final de la década de 1940 se cerró un ciclo crítico de la historia ecuatoriana y comenzó otro de estabilidad identificado con la demanda en el mercado internacional del banano.³⁵² Ese período tuvo sus orígenes durante los primeros años del gobierno de Galo Plaza Lasso (1906-1987),³⁵³ un hacendado influido políticamente por la corriente de pensamiento liberal.³⁵⁴ En 1948, su gobierno empezó conversaciones para el

³⁵² Véase: Ayala Mora (2013), p. 87.

³⁵³ Pérez Pimentel (1980), p. 35. Galo Lincoln Plaza Lasso de la Vega, nació en New York el 17 de febrero de 1906 y fue hijo del general y ex presidente Leónidas Plaza Gutiérrez y de la Sra. Avelina Lasso de la Vega y Ascázubi. Plaza fue heredero de dos de las familias más opulentas del país y mientras fue presidente de Ecuador, impulsó la exportación agrícola. En su gobierno, grupos bananeros norteamericanos como la Standard Fruit y United Fruit establecieron sus negocios en el país. Plaza, que se formó académicamente en los Estados Unidos, gozó del apoyo de personajes como Nelson Rockefeller a quien conoció en 1925, cuando fueron compañeros en el programa de estudios de la Escuela del Servicio Exterior de Georgetown en Washington. Rockefeller durante la II Guerra Mundial dirigió la agencia de guerra conocida como el Institute of Inter-American Affairs y la final de esta la IBEC. En 1957, Plaza fue electo como el “Hombre de la Américas”, en Miami. Entre el 1957 y el 1958 presidió una Comisión de la ONU que sirvió para fundir en uno solo el Mercado Común Latinoamericano. Plaza, muy cercano a los intereses de las élites, en 1958, junto a Stacey May escribió el libro, *The United Fruit Company in Latin America*. El libro evalúa y hace referencia a la política desarrollista que favoreció a las transnacionales fruteras norteamericanas. El caso de Ecuador se estudia desde la óptica de la contribución de las bananeras a la economía local. Véase: May, Plaza (1958).

³⁵⁴ Véase: Larrea, Espinoza, Sylva (1987), pp. 53-162. Galo Plaza dió origen a un periodo que se caracterizó por la incorporación de la producción bananera ecuatoriana en el mercado internacional desde 1948 hasta que una Junta militar, en 1963, después de un periodo de crisis, orientó el modelo de desarrollo ecuatoriano hacia la industrialización por sustitución de las importaciones. En ese periodo se fundaron 33 empresas bananeras en Ecuador: la Standard Fruit, la Exportadora Bananera Noboa S.A., La United Fruit Co., Ubesa, Exportadores de Fruta del Ecuador, Bananas S.A., Agrícola San Vicente, Frutera Sudamericana y otras 23 empresas locales. En ese periodo Ecuador fue gobernado por Galo Plaza (sep. 1948-ago. 1952), José María Velasco Ibarra (sep. 1952-ago.1956), Camilo Ponce Enríquez (sep. 1956-ago.1960), José María Velasco

establecimiento de la United Fruit Co., en Ecuador y a principios de 1949 negociaciones bilaterales con la International Basic Economy Corporation.³⁵⁵ La IBEC era una organización dirigida por Nelson Rockefeller, amigo personal de Plaza, cuyos objetivos fueron promover el desarrollo económico en varias partes del mundo.³⁵⁶ La misión de la IBEC en Ecuador llegó en septiembre de 1948 y estuvo liderada por Stacey May, (como asesor económico), Robert Russell (vicepresidente) y varios expertos en el estudio de suelos, la producción de arroz, crédito agrícola, el desarrollo de vías de transporte y en varios tipos de otros trabajos relacionados. La misión de la IBEC permaneció en Ecuador hasta diciembre de 1948 entregó un reporte en febrero de 1949 que, centrado en el desarrollo económico del Ecuador, comprometía la inversión extranjera para desarrollar un programa de expansión agrícola en el país. El reporte de Stacey decía que “Ecuador tiene grandes recursos que si son desarrollados pueden producir altos estándares de vida en el país” y que “las posibilidades agrícolas pueden beneficiar las exportaciones y también al consumo interno.” Eso significa, decía finalmente Stacey, que “la producción deberá hacerse más eficiente, tener mayor equipamiento, más maquinaria y mayor asistencia técnica para desarrollar el rendimiento máximo del suelo”.³⁵⁷ Con estos primeros encuentros, según Velasco (1990), lo que el gobierno de Plaza buscaba era incorporarse activamente al mercado mundial.

En el Anexo nº 2 se presenta un documento en el que N. Rockefeller contesta a Galo Plaza, justo en el tiempo que el Estado ecuatoriano mantenía conversaciones con la United Fruit Co., le decía, después de describir los atributos geográficos y el potencial productivo de Ecuador, que el país todavía necesitaba de la ayuda de Estados Unidos. Rockefeller justifica esta afirmación partiendo de una descripción de las actividades del Inter-American Cooperative Service y mantenía que la inversión de 3 millones de dólares que Estados Unidos, en conjunto con el Estado ecuatoriano, realizó durante la II Guerra Mundial para mejorar la estructura sanitaria del país, no fue suficiente. En el nuevo período de cooperación, añadía, serían necesarios por lo menos un millón y medio más de dólares para

Ibarra (sep.1960-nov.1961), Carlos Julio Arosemena (nov. 1961-jul. 1963) y la Junta Militar entre 1963 y 1966.

³⁵⁵ Velasco (1990), pp. 151-153.

³⁵⁶ RAC, RF, RG III 4 E, Box 29, Folder 228, Letter from Francois to Tamerson, 1949.

³⁵⁷ *Ibidem*.

ampliar la infraestructura del servicio sanitario nacional y para continuar con la construcción de obras sanitarias permanentes. En la parte final, Rockefeller hacía referencia a los programas de la malaria afirmando que estos al igual que la educación médica en Ecuador, eran trabajos inconclusos que debían continuar en un marco de cooperación entre los Estados Unidos y Ecuador.

Esta última declaración fue la que, prácticamente, definiría el rol del INH-LIP durante las próximas dos décadas. Juan A. Montalván, asumió oficialmente y definitivamente la dirección del INH-LIP el 1 de Junio de 1946, dos años antes de la toma de posesión presidencial de Galo Plaza Lasso el cual, con la asistencia internacional desde 1948, impulsó un programa desarrollista para la inclusión del país en el mercado internacional.

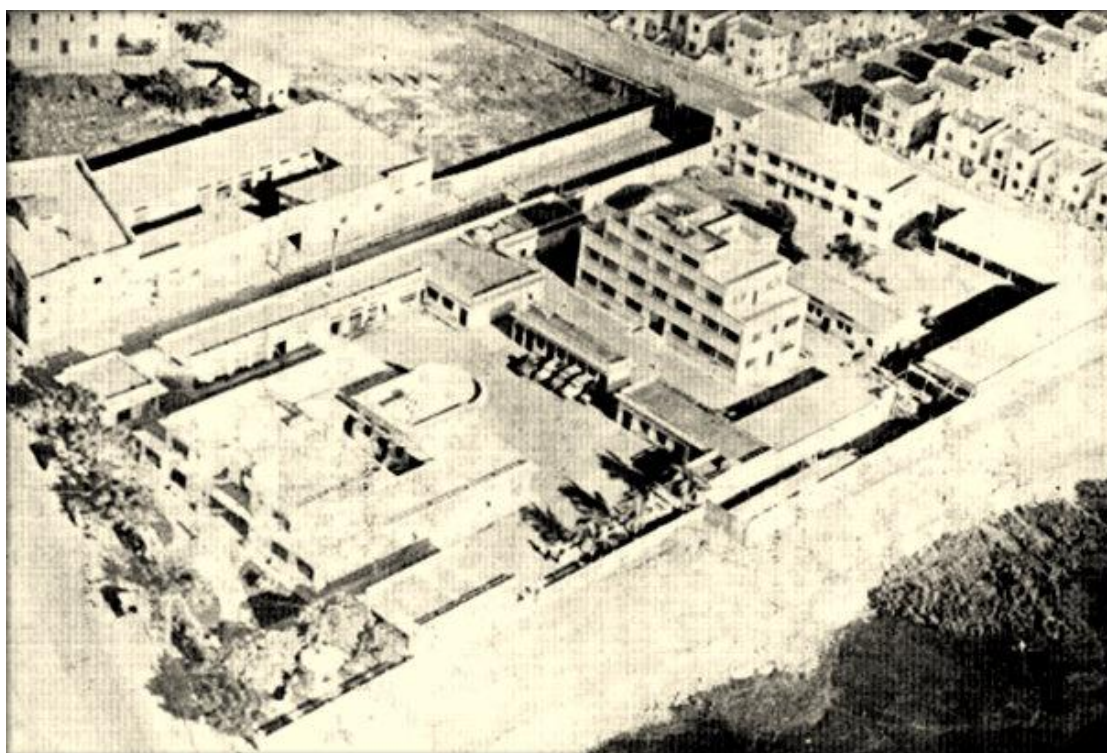
Desde el inicio del gobierno de Plaza, la investigación y control de enfermedades contagiosas, alcanzó niveles impresionantes de dinamización en cuanto a los planes gubernamentales para expandir la frontera agrícola y la protección de la fuerza de trabajo en los centros de producción y en los de embarque. Desde 1946 hasta 1948, Montalván, de acuerdo a la política de salud internacional, inició un proceso preparatorio para implementar lo que, durante la época del auge bananero, los ecuatorianos conocieron como “La Gran Campaña Antimalárica”. Una época que se caracterizó por el uso masivo de insecticidas; la producción a gran escala de vacunas y antibióticos; la investigación y control de enfermedades locales causadas por mosquitos y otros artrópodos; y el control de productos de consumo humano y animal, actividades que fueron clave para los procesos de producción interna esperados por el Estado.

También en 1946, Montalván inició la ampliación física del INH-LIP. Al edificio original se añadieron nuevas instalaciones para incluir varios servicios nacionales, provinciales y diversos departamentos y secciones. Estas obras se concluyeron en 1952 (Figura nº 28). Con estas nuevas instalaciones, el INH-LIP expandió sus funciones para el diagnóstico de enfermedades contagiosas; el control de drogas y alimentos (registro sanitario); el estudio de medicamentos y la comprobación de la calidad de productos biológicos.³⁵⁸

³⁵⁸ Montalván (1953)a. Los servicios nacionales fueron: el Servicio Nacional Antipestoso, el Servicio Nacional de la Fiebre Amarilla, el Servicio Nacional Antimalárico, el Servicio Nacional contra el Tifus

Entre 1946 y 1948, se inició también un programa interno para impulsar la producción de vacunas contra la difteria, una enfermedad endémica pero con episodios epidémicos intercalados que provocaba problemas respiratorios, fiebre, tos, etc., entre los habitantes de la Costa. También se comenzó la producción de la vacuna antivariólica (214.170 dosis), para brindar inmunidad contra la viruela a los habitantes de Guayaquil y la vacuna contra la fiebre tifoidea (15.600 dosis).³⁵⁹

Figura n° 28. Vista aérea de todas las dependencias del INH-LIP (1952)



Fuente: Montalván (1946) b.³⁶⁰

Exantemático, el Servicio Nacional de la Rabia. Además se alojaron en el edificio a los servicios nacionales que organizaron las campañas contra el Píjan, la Campaña Antipestosa y la Campaña Anti-leprosa. De la misma manera se alojaron los nuevos departamentos de Diagnóstico, Química y Bromatología, el de Control y Producción de Sueros Biológicos, Inmunología, Bacteriología y Parasitología. Las secciones de Farmacodinamia, Entomología, Epidemiología, Bioestadística, de Cultivo y Esterilización, y una sección administrativa.

³⁵⁹ Montalván (1946)b. p. 37. El encargado de ese programa fue el Dr. Víctor Castañeda. El programa de ampliación de vacunas contra la fiebre tifoidea fue dirigido por el Dr. Lisímacio Dolberg.

³⁶⁰ En la parte frontal de la imagen se aprecia el edificio original, construido entre 1937 y 1942 por la Dirección General de Sanidad, y en la parte posterior se pueden ver los edificios que, impulsados en la administración de Juan A. Montalván, sirvieron para albergar los departamentos y secciones designados a diferentes áreas de la investigación y de la administración del INH-LIP.

En cuanto a la investigación de enfermedades contagiosas locales el INH-LIP emprendió un programa dirigido a determinar las principales enfermedades en Guayaquil y Ecuador. El primero fue un estudio para determinar la influencia de las moscas como agentes vectores de enfermedades en Guayaquil;³⁶¹ El segundo, un estudio sobre de las materias fecales para determinar problema estomacales, intestinales o en otra partes del tracto gastrointestinal entre los habitantes de Guayaquil (4.178 exámenes).³⁶² El tercero, un estudio epidemiológico del tifus exantemático en Guayaquil.³⁶³ El cuarto, un estudio que fue diseñado para la lucha en contra de las enfermedades venéreas.³⁶⁴ El quinto fue un estudio para determinar la parasitosis intestinal en Ecuador (70.656 exámenes)³⁶⁵ y el sexto, finalmente, un estudio sobre el tifus exantemático.³⁶⁶

En ese mismo periodo Montalván, centrado en la política de salud internacional promovida desde la Oficina Sanitaria Panamericana, impulsó desde el INH-LIP un programa para la “erradicación” a gran escala de enfermedades transmitidas por mosquitos vectores de la fiebre amarilla, la malaria y el paludismo. Esta actividad, tal como se ha visto, antes de 1941 fue una competencia exclusiva de los higienistas norteamericanos. En el caso ecuatoriano de 1908, fue realizada por el Dr. Bolívar Lloyd y en 1918 por el Dr. Michael E. Connor de la FR. Después de 1946, al terminar el periodo de “transición” y “transferencia”, médicos ecuatorianos como el Dr. Juan A. Montalván, quedaron capacitados para esa actividad. En esos años el Estado, con la ayuda de la FR y la IIAA, además de enviarlos a capacitarse a Estados Unidos, equipó y organizó un laboratorio central apto para desarrollar esas actividades.

Los resultados de la transferencia de conocimientos se observaron inmediatamente. Entre 1946 y 1948, el INH-LIP, con Montalván como ejecutor del proyecto, inició una fase preparativa que, en el contexto de las campañas a gran escala realizadas durante el auge

³⁶¹ Montalván (1946)b. El trabajo fue dirigido por el Dr. Clodoveo Alcívar.

³⁶² *Ibidem*. Estudio dirigido por el Dr. F. Gomez Lince.

³⁶³ *Ibidem*. El estudio fue dirigido por el Dr. Daniel Uriguen.

³⁶⁴ *Ibidem*. En 1946 año, el INH-LIP inició la campaña anti-venérea la cual fue dirigida desde el departamento de diagnóstico. En esa campaña el Dr. Gómez estudió la sífilis en un total de 10.000 sujetos de la ciudad de Guayaquil.

³⁶⁵ Montalván (1947)a, p. 3. El estudio fue dirigido por el Dr. K. Vigors Earle.

³⁶⁶ Montalván (1948), pp. 23-41. El Dr. Daniel Urigüen quien recibió una beca de la FR para estudiar salud pública en Estados Unidos, en la misma línea del Dr. Machiavello, primer director del INH, continuó los trabajos para determinar la etiología de esta enfermedad en Guayaquil.

bananero, sirvieron tanto para recoger datos estadísticos como para generar experiencia en cuanto a la “erradicación” mediante el uso del DDT. En este contexto, el primer paso fue un censo poblacional realizado en Guayaquil en 1946 seguido por las primeras dedetizaciones para el control de la peste en Loja y el control de mosquitos en Yaguachi, Milagro, Naranjito y el Valle de Yunguillas. Los resultados de esta primera fase constituyeron en la experiencia para impulsar desde 1948 la “Gran Campaña Antimalarica” como señalamos mas arriba.

Con respecto al primer paso, el censo poblacional en Guayaquil sirvió tanto a la DGS como al INH-LIP para avanzar en el estudio de los problemas sanitarios en esa ciudad, pues, desde el último censo realizado en 1919, la DGS no contaba con ningún tipo de información estadística que permitiera implementar un plan de salud pública para el puerto.³⁶⁷ La encuesta arrojó datos sobre tasas de analfabetismo, ocupación, lugares de nacimiento, sexo, etc. Comparando los datos de 1919, cuando en Guayaquil habitaron 91.892 personas y los datos de 1946 (216.000 habitantes) se calculaba que para el año de 1995 la población en Guayaquil crecería hasta alcanzar un millón de habitantes.³⁶⁸ Tal como se observará después, el censo de Guayaquil sirvió como un primer entrenamiento del personal directivo y administrativo del INH-LIP para los estudios epidemiológicos que se realizaron durante ese periodo en diferentes zonas del litoral.³⁶⁹

El segundo paso, realizado en la provincia de Loja fue el uso del DDT bajo la preparación de un compuesto de los laboratorios suizos Geigy denominado Neocid.³⁷⁰ El Neocid estaba compuesto de DDT al 10% y desde la II Guerra Mundial fue utilizado universalmente para eliminar artrópodos vectores como pulgas, chinches e insectos rastreros. En el INH-LIP, el Dr. Cornelio Sáenz, tras varias observaciones en su laboratorio, determinó que el este insecticida podía ser utilizado en la lucha contra enfermedades transmitidas por insectos parásitos. Las primeras pruebas se hicieron en Loja para el control de la peste.³⁷¹ El uso del Neocid fue, en el caso ecuatoriano, el inicio de un largo periodo donde el DDT se utilizó como un elemento fundamental de las campañas sanitarias en

³⁶⁷ Montalván (1947)b.

³⁶⁸ *Ibidem*.

³⁶⁹ Montalván (1953)a, p. 15.

³⁷⁰ Montalván (1948).

³⁷¹ *Ibid.*, p. 73.

Ecuador. El Servicio Nacional Antipestoso a partir de la experiencia en Loja, utilizó el DDT para su trabajo habitual ³⁷² y, partir de 1951, cuando este departamento contó con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, intensificar la campaña antipestosa basada en el principio general de destruir con DDT todo lo que pueda constituir reservorio o ser agente de propagación de la infección pestosa. ³⁷³

Por otra parte, el DDT, que desde la experiencia de Loja, se creyó efectivo para la lucha contra la peste, también se empezó a utilizar en la lucha contra la malaria en 1947. En ese año los primeros acercamientos del Instituto para determinar la efectividad del insecticida fueron los ensayos realizados en el Cantón Yaguachi, lugar donde el DDT con queroseno se aplicó como un adulticida y en Milagro como un larvicida (DDT mezclado con queroseno y diesel). En Naranjito, en la lucha anti-mosquito, se utilizó por primera vez el Atabrine (clorhidrato de quinacrina). El Atabrine era una droga sintética utilizada en lugar de la quinina como un remedio para pacientes que habían contraído la malaria. ³⁷⁴

Finalmente, en 1948, el INH-LIP en coordinación con la Dirección General de Sanidad, realizó una encuesta para determinar el nivel de contaminación malarica en el Valle de Yunguilla de la provincia del Azuay ³⁷⁵ (figura n° 29). Con los datos de ese primer trabajo, el INHLIP preparó una campaña para eliminar el mosquito vector de la malaria y el paludismo. Durante la operación antimalarica se utilizó el DDT al 5% en Kerosene en dos dedetizaciones que entre el 11 de diciembre 1947 hasta el 1 de marzo de 1948 y cubrieron un área de 408.514,71 m² (2326 casas, 4536 aposentos y 274 gallineros y chiqueros). En la campaña se utilizó un total de 780 kilos de DDT mezclados con 1350 galones de kerosene y 750 galones de diesel oil refinado, ³⁷⁶ con una inversión de \$88.087,26 sucres, que impulsó el desarrollo socio-económico del valle, con un promedio de \$ 77,87 sucres por cada casa fumigada. ³⁷⁷

³⁷² *Ibid.*, p. 75.

³⁷³ Sáenz (1951), p. 621.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 70. El uso del Atabrine se extendió en el mundo desde que Estados Unidos y sus Aliados lo utilizaron durante la II Guerra Mundial como paliativo para atenuar los síntomas de la malaria.

³⁷⁵ Montalván (1948), p. 17.

³⁷⁶ *Ibidem.*

³⁷⁷ *Ibid.*, p. 48.

Figura n° 29. Inspectores capturando mosquitos antes de dedetizarlo. Valle de Yunguillas (1948).



Fuente: Montalván (1948), p. 96.

Después de esta etapa primigenia, a la que Vásquez (1963) en el contexto de la lucha antimalarica en Ecuador llamó “las campañas antes de 1948”,³⁷⁸ Montalván, bajo el auspicio de la FR fue enviado a recorrer algunos países de América del Sur con el fin de observar y compartir experiencias en instituciones análogas al INH-LIP dedicadas al control e investigación de enfermedades contagiosas. Durante su viaje, Montalván dictó conferencias en la Academia Nacional de Medicina del Brasil, en Río de Janeiro, en la Sociedad de Higiene de Buenos Aires y en la Escuela de Salubridad de Santa Fé.³⁷⁹

Cuando Montalván regreso de su gira internacional, presentó un informe al Vicepresidente de la República, Miguel Sotomayor y Luna, con un duplicado al presidente del Honorable Congreso Nacional y otro al presidente de la Honorable Cámara de

³⁷⁸ Vásquez (1963), p. 202. “Las campañas antes de 1948”, tal como hemos venido estudiando hacen referencia a todas aquellas que desde 1908 fueron planificadas y ejecutadas por higienistas norteamericanos, con el financiamiento de la FR.

³⁷⁹ Gómez Lince (1963), p. 3. Este, al parecer, fue el último aporte de la FR con el INH-LIP. En 1951, cuando el INH-LIP prácticamente se consolidó a nivel nacional e internacional coincidió con la integración de la IHC en la FR. Strode, Warren (1951). Prácticamente, desde esta gira de Montalván no se registraron vínculos entre el INH-LIP y la FR.

Diputados. En sus términos más generales el documento decía que la lucha antimalarica debía ser declarada como una obra nacional y urgente que cubriera la región Litoral, Interandina y Oriental.³⁸⁰ Tras la aprobación unánime, el 1 de Octubre de 1948,³⁸¹ el Estado aprobó un proyecto con el nombre de lucha antimalarica el cual pasó a su fase ejecutoria inmediata por su declaración urgente y prioritaria. Así, Ecuador pasó a ser parte de un plan continental para la erradicación de la malaria que en las Américas fue impulsado por la actual Organización Panamericana de la Salud.³⁸² Una actividad que coincidió a nivel local con dos factores importantes que impulsaron la incorporación del Ecuador al mercado internacional. El primero fue el apoyo económico del gobierno (15 millones de sucres) a 922 agricultores que se convirtieron en parte de la estructura de la producción del banano³⁸³ en conjunto con un ambicioso programa para la construcción de carreteras pensadas para unir los centros de producción con los centros de embarque. El Segundo, fue el desarrollo de actividades administrativas y financieras que abrieron las puertas a la inversión extranjera y la llegada al país de la United Fruit Co., a y la Standar Fruit al Ecuador.³⁸⁴

³⁸⁰ Montalván (1949).

³⁸¹ Arosemena (1948). En este decreto, el Estado declaró obra nacional y urgente la campaña de erradicación de la malaria en las zonas del Litoral, Region Interandina y Oriental del territorio ecuatoriano.

³⁸² Los Servicios Nacionales Antimalaricos, de la región, incluidos en este plan continental, fueron: en Ecuador: el Servicio Nacional Antimalárico; Argentina: Dirección de Lucha contra el Paludismo y la Fiebre Amarilla, en Bolivia: La División de Enfermedades Transmisibles y el Departamento Nacional de Paludismo; en Brasil: el Servicio Nacional de Malaria; en Colombia: la División Nacional de Malariología; en Costa Rica: el Departamento de Lucha contra Insectos; en Cuba: el Instituto Finlay y la Comisión de la Malaria; en El Salvador: la División de Epidemiología del Servicio Antipalúdico y el Servicio de Control de Vectores; en Estados Unidos: Surveillance Section, Epidemiology National Malaria Surveillance ProBranch; en Guatemala: la Sección de Control de Insectos y Campaña de DDT; en Haití: Campagne de Contrôle des Insectes; en Honduras: la División de Malariología; en México: La Dirección de Epidemiología y Campaña Nacional contra el Paludismo y las Campañas Sanitarias de la Fiebre Amarilla; en Nicaragua: la 8ª. División de Control de Insectos y Campaña antipalúdica y enfermedades Metaxénicas; en Panamá: La División de Sanidad y Campaña Antimalarica y contra la Fiebre Amarilla; en Paraguay: el Programa de Salud Pública de la División de Control de Artrópodos en el área de Asunción-Villarrica; en Perú: La División de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Lucha contra Vectores; en la República Dominicana: La División de Malariología; en Venezuela: La División de Malariología; en Jamaica: The Insect Control Service; en Puerto Rico: Negociado de Control de Malaria e Insectos; en Granada: The Medical Department Insect Control Program; en Trinidad: The Malaria Division; en la Guayana Británica: The Public Health Department y el Mosquito Control Service y en la Guayana Francesa: Service de la Lutte Antipaludique et Antiamarile. Alvarado (1956).

³⁸³ Velasco, F. (1990:154).

³⁸⁴ Larrea, Espinosa, Sylva (1987), p. 47.

Tras la aprobación unánime de los poderes del Estado el proyecto de Montalván pasó a su fase ejecutoria³⁸⁵ Su campaña a gran escala pretendía cubrir una superficie de 220.000 km² en áreas potenciales para la producción agrícola de exportación.³⁸⁶ Una vez que se asignó el presupuesto, se redactó un reglamento general que, después de ser aprobado por el Consejo Consultivo de Salud Pública y el Ministerio de Sanidad,³⁸⁷ se convirtió en el marco legal para la ejecución de la campaña a través del Servicio Nacional Antimalarico.

El SNA fue creado como un servicio primario bajo la dirección y administración del INH-LIP y formó parte de una red regional de organismos para la erradicación de la malaria, no obstante, su organización y mantenimiento fue responsabilidad del gobierno nacional.³⁸⁸ Este tipo de servicios surgieron cuando la FR consideró que su contribución al problema de la erradicación de enfermedades como la fiebre amarilla y la malaria había terminado y en consecuencia esta actividad debía pasar a manos de la Oficina Sanitaria Panamericana.³⁸⁹ El SNA dirigido por el Dr. Juan A. Montalván y un equipo de asistentes, nació de la evolución del departamento de epidemiología del INH-LIP, al que la FR, dentro del convenio de cooperación con el Estado ecuatoriano en 1941, apoyó para el control de la fiebre amarilla y la malaria.³⁹⁰

Desde el SNA y con los recursos del INH-LIP, Montalván, con los médicos de este Instituto, de preferencia graduados en Estados Unidos y durante cuatro meses, entrenó a 24 inspectores sanitarios. Más tarde, a través de esos inspectores, se realizó una encuesta malárica en las provincias del Guayas, Los Ríos y El Oro, en las zonas denominada, costera (puertos principales) y litoral (capitales de provincia y potenciales centros de producción). En la encuesta se incluyó la zona austral integrada por las provincias del Azuay, Cañar, Santiago y Zamora, (figura n° 30).³⁹¹

³⁸⁵ Montalván (1949).

³⁸⁶ Montalván (1949-50), p. 15.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 84.

³⁸⁸ Alvarado (1956), p. 5. El SNA inició la lucha antimalarica (antipalúdica) con el rociado intradomiciliar con insecticidas de acción residual para interrumpir la transmisión palúdica entre 1948 y 1956.

³⁸⁹ García (1952), p. 3.

³⁹⁰ *Ibid.*, pp. 1-7.

³⁹¹ Montalván, (1951-52), pp. 34-91.

Con la información estadística desprendida de la labor de los inspectores, se organizaron Brigadas de Dedetización constituidas cada una por un Inspector-Jefe, un ayudante y seis rociadores (equipados con pulverizadores). El rociamiento intradomiciliar se hizo con DDT al 5% con queroseno, en una dosis de dos gramos por cada metro cuadrado. La mezcla de DDT y el combustible, se diseñó especialmente para erradicar a los vectores: *Anopheles albimanus* y *Anopheles pseudopurctipennis*. La campaña, se extendió hasta 1952 con fumigaciones una vez por año. El primer rociamiento se realizó entre 1949 y 1950, el segundo entre 1950 y 1951 y el tercero entre 1951 y 1952. El costo de la campaña al final de 1952 fue de 9.222.770 sucres.³⁹² Simultáneamente a la dedetización en la zonas seleccionadas, se dedetizó también la ciudad de Guayaquil. En esta ciudad se aplicó la misma combinación de DDT y queroseno.³⁹³

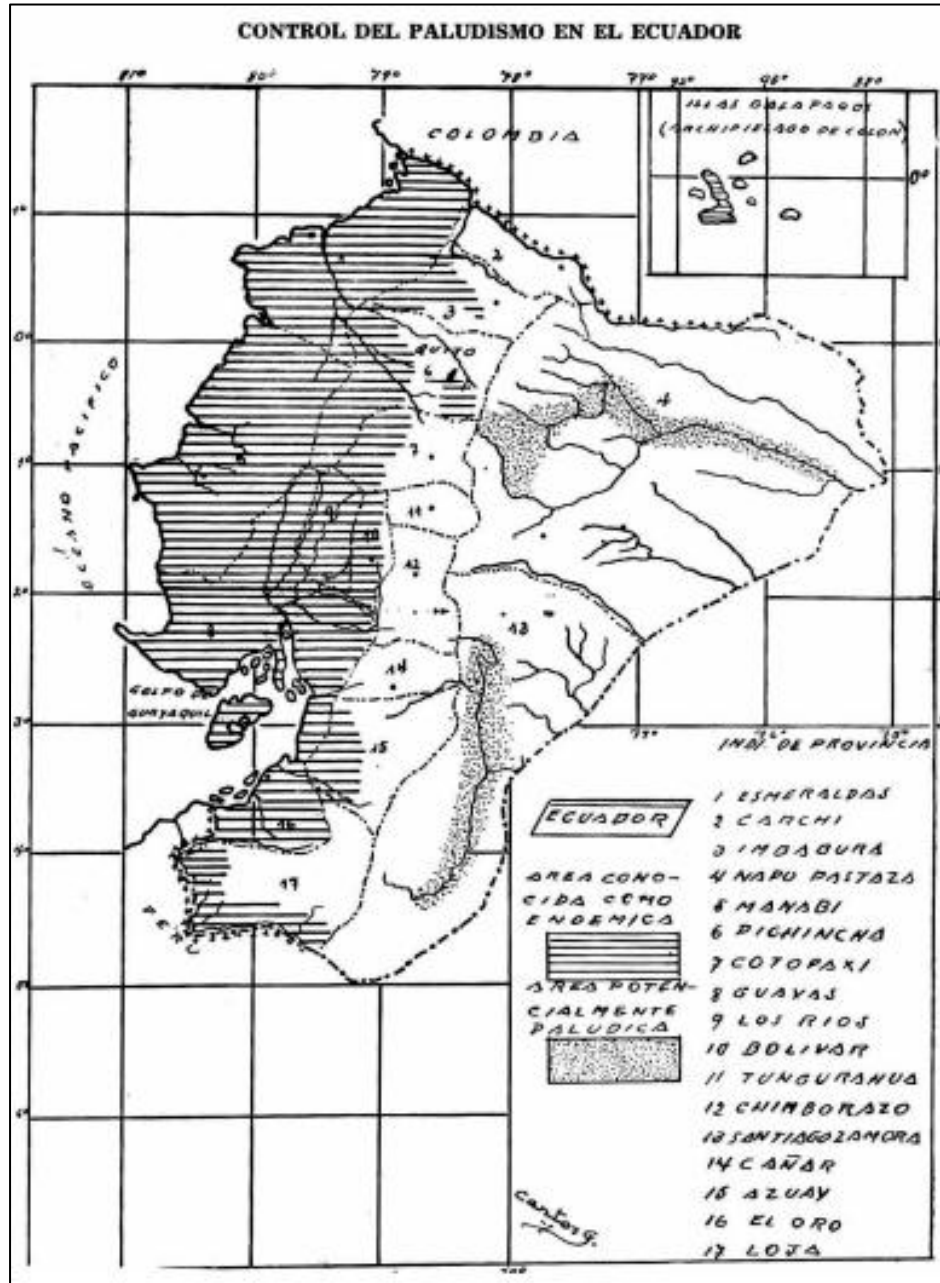
Como medida complementaria en el tratamiento de enfermos (agricultores de las zonas rurales) se utilizó drogas supresivas y curativas como la Metoquina (donada por el Servicio Interamericano de Salud Pública), el Paludrine, el Aralen y el Quiniplex. La evaluación final de la campaña fue la reducción del paludismo a “casos insignificantes”, situación que, según el mismo Montalván, generó una corriente migratoria masiva de agricultores a zonas de cultivo consideradas antes vírgenes y/o impenetrables por la presencia del mosquito.³⁹⁴

³⁹² *Ibid.*, p. 34-91.

³⁹³ *Ibid.*, 91-99.

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 98

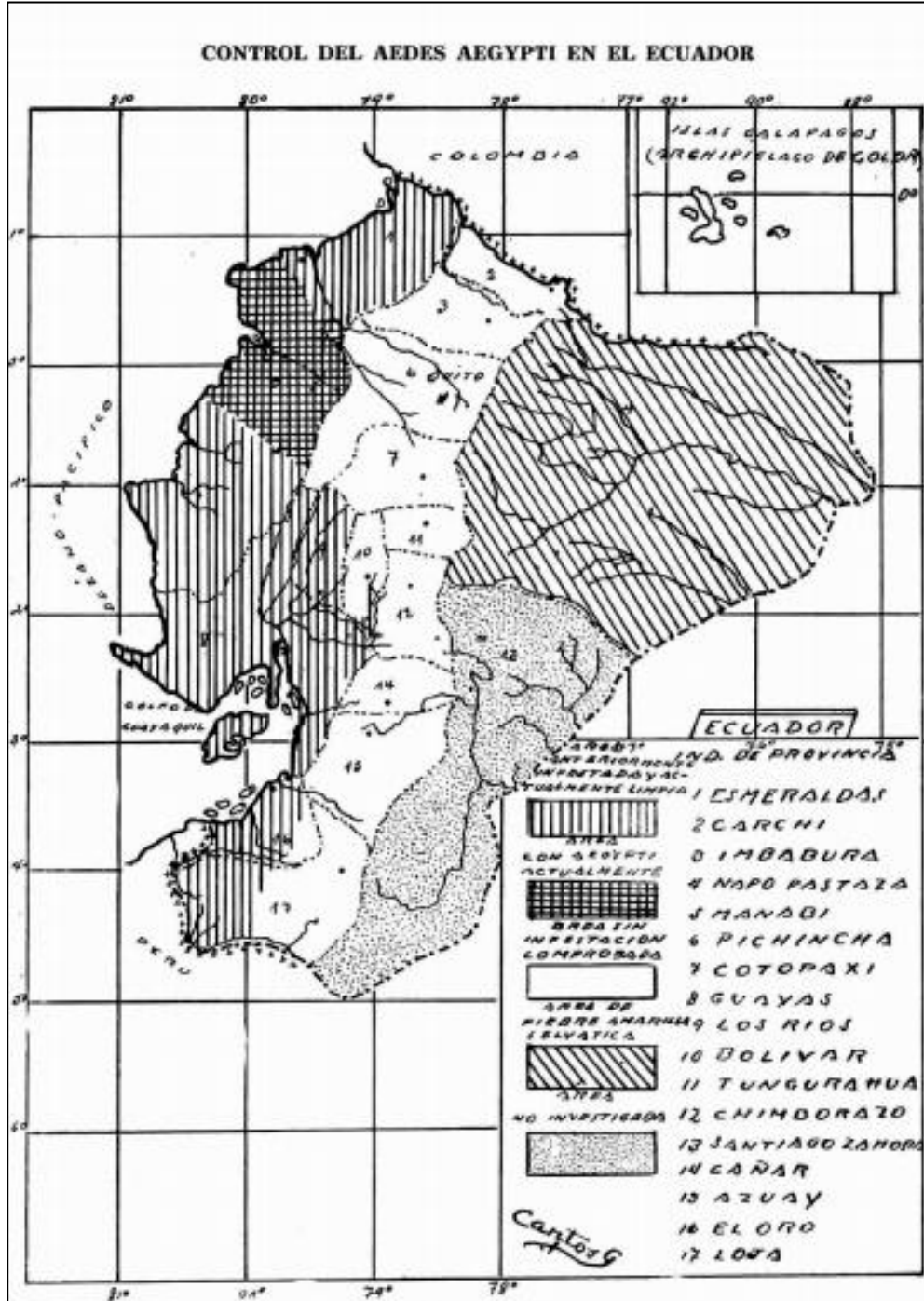
Figura nº 30. Control del Paludismo en Ecuador, (1949-1952).



Fuente: Alcívar (1952), p. 41.³⁹⁵

³⁹⁵ El mapa muestra la zonificación del SNA para la erradicación del paludismo entre 1948 y 1952. Se puede observar que las Islas Galápagos fueron consideradas también como un área endémica, sin embargo, estas no fueron consideradas en el programa de erradicación nacional.

Figura n° 31. Mapa para la campaña para la erradicación del Aedes Aegypti (1947-1952).



Fuente: García (1953), p. 4.

En cuanto a la fiebre amarilla, el Servicio Sanitario Nacional que hasta 1945 utilizaba el método Gorgas, es decir, las medidas anti-mosquito para mantener los vectores

bajo un umbral del 2% de su población, a partir de 1948 fueron reemplazadas por el uso del DDT con un método llamado de reposo-perifocal para impedir que las larvas de mosquitos pasaran a su etapa adulta.³⁹⁶ El Dr. Egberto García, que en coordinación con Montalván dirigió la campaña, concluyó que, según diferentes estudios histopatológicos, el mosquito *Aedes aegypti* no mostraba resistencia al DDT (figura nº 31). Por otra parte, se determinó que la fiebre amarilla selvática estaba focalizada en las provincias de Napo, Pastaza y en algunas regiones montañosas del occidente de los Andes.³⁹⁷

Al finalizar 1952, Montalván, informó el Estado que la primera fase de su plan llamada “supresión de la transmisión” (1948-1952) pasaría a un segundo escalón denominado fase de “eliminación de las fuentes de infección”. Este último fue un período que se extendió hasta 1956, cuando se creó el Servicio Nacional para la Erradicación de la Malaria (1956-presente), Montalván decía que en la siguiente fase se continuaría con la reducción progresiva de casos y se esperaba, de acuerdo a informes internacionales de otros servicios antimalaricos, que no llegara al Ecuador la tan temida posibilidad de que el mosquito anofeles se hiciera resistente al DDT.³⁹⁸

Hasta 1952, desde el campo de la investigación científica, uno de los más grandes aportes del INH-LIP fue un estudio del vector transmisor de la leishmaniosis. Una enfermedad con impacto directo en la economía por su afectación directa tanto a seres humanos como al ganado en los sectores de producción. En cuanto a la producción de vacunas, durante la campaña contra la fiebre amarilla y la malaria, se distribuyeron 22.500 dosis de la vacuna Pertussis para la tosferina y 290.600 dosis de la vacuna antivariólica. Además el Departamento de Diagnóstico realizó un total de 139.346 exámenes de muestras de potenciales pacientes portadores de algún tipo de virus. Así mismo, en esos años con la ayuda de la Organización Sanitaria Panamericana, el Instituto inauguró el laboratorio para el desarrollo de la vacuna BCG. El laboratorio se inauguró bajo la dirección de la Dra. Bajaña Blanca.³⁹⁹

³⁹⁶ García (1953), pp, 1-6.

³⁹⁷ *Ibidem*.

³⁹⁸ Montalván (1951-52), p. 102.

³⁹⁹ *Ibid.*, p. 100.

Antes de iniciar la Segunda fase, Montalván realizó una gira por diversos países de Europa y América Latina. El viaje incluyó visitas al Instituto de Sanidad de Roma; el Instituto de Suero de Copenhague; el Instituto de Medicina Tropical e Instituto de Higiene de Hamburgo; la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; el Instituto de Sanidad de Lisboa; el Instituto Nacional de Higiene de Venezuela y el Instituto Gorgas de Panamá.⁴⁰⁰ A su retorno, participó en otros proyectos dirigidos en la región por el Dr. Fred L. Soper de la Oficina Sanitaria Panamericana y del Dr. Henry Van Zile Hyde de la Organización Mundial de la Salud.⁴⁰¹ También el INH-LIP participó en otros acuerdos con Wilson Haverson de la División de Salud y de Saneamiento del Instituto Interamericano y con el Dr. Robert Williams del Servicio Nacional Antituberculoso de Estados Unidos y con el programa de la UNICEF.⁴⁰² Muchas de esas coordinaciones sirvieron para que el INH-LIP, desde sus funciones como un laboratorio de la Dirección General de Sanidad, avanzara en investigaciones relacionadas a la tuberculosis, la enfermedad de Chagas y la leptospirosis.⁴⁰³

Durante la primera gran detetización o fase de ataque (1948-1952) y la fase de vigilancia epidemiológica (1952-1956), el INH-LIP, mediante el diagnóstico de enfermedades transmisibles; el control químico y bacteriológico de alimentos y drogas; y la preparación de productos biológicos indispensables para la prevención de enfermedades infecciosas, apoyó la ampliación de la frontera agrícola y la protección de la fuerza de trabajo.⁴⁰⁴ En ese sentido, tanto el poder ejecutivo como el Honorable Congreso Nacional, en muestra de agradecimiento, condecoraron a Montalván y, mediante un reconocimiento público, se resaltaron los efectos directos de su campaña sobre el sistema productivo del país.⁴⁰⁵

⁴⁰⁰ Montalván (1953)b.

⁴⁰¹ Baquerizo (1956) y (1957).

⁴⁰² Baquerizo (1957), p. 89.

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 110.

⁴⁰⁴ Montalván, J. (1962). En el Anexo nº 1 se puede observar con más detalle la actividad científica desarrollada por el INH-LIP, durante esos años.

⁴⁰⁵ *Ibidem.*

Al terminar la fase de vigilancia epidemiológica, en 1956, donde se utilizó DLN (dieldrin) en una aplicación anual, Montalván se ausentó del país y dejó al Dr. Luis Felipe Amador como nuevo director de INH-LIP. Montalván fue nombrado por la Organización Panamericana de la Salud como asesor internacional y participo en el programa para la erradicación de la malaria en República Dominicana hasta 1958. Después fue trasladado a México donde se desempeñó como consultor internacional del centro de adiestramiento de técnicos de erradicación de la malaria. Al mismo tiempo que prestó sus servicios a la OPS la Organización Mundial de la Salud lo nombró como miembro del comité de expertos de la Malaria. Al final de su tarea frente a esos cargos internacionales regresó a Ecuador en 1959 y desde 1961 hasta 1963 volvió a desempeñarse como director del INH-LIP.⁴⁰⁶ Hasta 1966, fue profesor de medicina tropical en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil y, entre 1965 y 1973, fue director del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Guayaquil. Las experiencias recogidas por Montalván, ex becario de la FR, sirvieron como un referente para mejorar y crear cursos regulares para el adiestramiento del personal sanitario, creando estudios especiales para las actividades del INH-LIP, e incrementando el programa de enseñanza en la Universidad de Guayaquil para los estudiantes de medicina.⁴⁰⁷

Durante los cinco años del Dr. Amador (1956-1961) al frente del INH-LIP, las actividades de investigación científica se concentraron durante el primer año en enfermedades como la lepra y la poliomielitis.⁴⁰⁸ En 1958, en la rabia del ganado bovino que estaba afectando la producción lechera, monopolio de algunas haciendas en la Sierra.⁴⁰⁹ En 1959, los científicos del Instituto aislaron un virus de la encefalomiélitis equina venezolana en un caso humano. Esta enfermedad que podía afectar tanto a humanos como a caballos, era producida por un virus que podía causar grandes afectaciones al sistema nervioso central. En ese mismo año, se aisló el trypanosoma cruzi después de inocular

⁴⁰⁶ Yela Villamar (2010). Juan A. Montalván Cornejo, nació en Vinces el 28 de noviembre de 1908 y falleció en Guayaquil el 14 de mayo de 1979 a los 70 años de edad. Sus restos se encuentran en el cementerio general de Guayaquil (Puerta 8, bloque 08-a1183). Estuvo casado con Julia Sánchez Soriano con la que tuvo cuatro hijas: Julia, Juanita, Elena y Cecilia. El 18 de enero del año 2007 el actual Ministerio de Salud Pública acordó llamar al SNEM, como: Servicio Nacional de Control de Enfermedades transmitidas por artrópodos “Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo”.

⁴⁰⁷ Montalván, J. (1953)b,p. 80.

⁴⁰⁸ Baquerizo (1957).

⁴⁰⁹ Baquerizo (1958), p. 102.

suero humano infectado al cerebro de un ratón. El trypanosoma cruzi era el agente biológico de la enfermedad de Chagas, una enfermedad culpable de problemas de fibrosis y disfunción cardíaca.⁴¹⁰ Un aporte importante del Departamento de Inmunología fue la presentación de un tipo de vacuna BCG llamada “vacuna irradiada antituberculosa BCG”. Después de varios ensayos, durante 1959, se creía que esta vacuna presentaba la misma capacidad antigénica que la BCG clásica.⁴¹¹

Al terminar fase de vigilancia epidemiológica (1952-1956) dirigida desde el INH-LIP, el 21 de Julio de 1956, el Estado ecuatoriano, a través del INH-LIP y con el apoyo de organismos internacionales, creó el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (1956-presente). Al mismo tiempo, se firmó un convenio tripartito entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Mundial de la Salud y el Estado.⁴¹²

En el contexto de la salida de Montalván del INH-LIP para desempeñarse como asesor internacional en la OPS y OMS, la creación del SNEM constituyó el retorno de las campañas de erradicación a manos de médicos extranjeros. El Director encargado del proyecto en Ecuador fue el Dr. Tito López da Silva. López se desempeñó como asesor de la Organización Panamericana de la Salud y antes de implementar su campaña en Ecuador, utilizó como referencia toda la información estadística generada por el Servicio Nacional Antimalárico. La Campaña dirigida por López respondía al programa continental de erradicación del *Aedes aegypti* en el hemisferio occidental y se inició simultáneamente en Argentina, Venezuela, Chile, las Islas del Caribe, Colombia, Perú, Brasil, México, Guatemala y el Salvador.⁴¹³ En este sentido, la filosofía de la erradicación giraba alrededor del eslogan “no repetir esfuerzos fracasados” y en atacar al eslabón medio dentro de la cadena de infección malárica, formado por hombre enfermo, mosquito, hombre sano. Es decir, el DDT se emplearía para interrumpir el ciclo sexuado del plasmodium en el estómago del mosquito (en su fase esporogónica) lo que crearía un estado de confinación de

⁴¹⁰ En 1959 el Dr. José D. Rodríguez, presentó un informe completo sobre esta enfermedad en Ecuador. Rodríguez (1959).

⁴¹¹ Baquerizo (1959), p. 46.

⁴¹² *Ibidem*.

⁴¹³ Soper (1979), p. 370.

los parásitos en la sangre de los enfermos, manteniéndolos en estado de encierro hasta la muerte por agotamiento natural del virus.⁴¹⁴

El procedimiento se inició dividiendo la república en cuatro zonas, subdivididas en secciones, estas en distritos y finalmente en sectores. Los sectores estaban a cargo de inspectores con cinco rociadores quienes hacían una aplicación intradomiciliar con DDT al 100% para la solución en queroseno y de polvo humectante al 75% para la suspensión en agua. La solución se aplicó en una proporción de dos gramos por cada centímetro cuadrado en una aplicación anual, entre 1956 y 1960, y dos aplicaciones anuales, entre 1961 y 1962.⁴¹⁵

En la campaña del SNEM participó también el Dr. Tomas Carbel, un malariólogo argentino designado por la OMS para apoyar técnicamente a López. Ambos creían que si la campaña era aplicada con una estrategia disciplinada y con la participación de todos los sectores de la población: hombres, mujeres y niños (profesionales, obreros y campesinos), a finales de 1961, Ecuador podría ser declarado libre del paludismo.⁴¹⁶ La campaña de López se enfrentó a dos dificultades que pusieron en juego la credibilidad de sus acciones. La primera fue la resistencia natural del mosquito a los insecticidas. En efecto, en 1960, después de cuatro años del uso prolongado del dieldrin, el Dr. Manuel Arzube, investigador del INH-LIP, presentó un informe en el que se decía que el mosquito *A. (N) albimanus* había generado resistencia natural a este insecticida. Sus conclusiones se basaron en muestras tomadas en Machala, Santa Rosa, Balao, el Triunfo, San Antonio y en otras zonas del país. La segunda dificultad fue la falta de una provisión adecuada de DDT para la campaña.⁴¹⁷

López, ya al final de los primeros cuatro años de su campaña, temía que los vectores desarrollasen también resistencia natural al DDT, una anomalía que, según Soper de la OPS, presentaba en esos años un elevado porcentaje de mosquitos.⁴¹⁸ López informó que, en el caso ecuatoriano, la resistencia se presentó por las campañas anteriores desarrolladas

⁴¹⁴ *Ibidem.*

⁴¹⁵ Vázquez (1963), pp. 202-219.

⁴¹⁶ *Ibidem.*

⁴¹⁷ *Ibidem.*

⁴¹⁸ Soper (1979), p. 363.

por el Servicio Nacional Antimalarico las cuales no seguían un control entomológico sistemático. López afirmaba que el DDT utilizado para el control y no para la eliminación, había creado resistencia a los insecticidas entre los anofelinos.⁴¹⁹

El final de la campaña del SNEM en 1962, coincidió también con la finalización del período del Dr. Luis Baquerizo Amador al frente del Instituto. Entre enero y abril de ese año, la dirección fue asumida por el Dr. José Rodríguez. Rodríguez en un trabajo titulado: “Once años de rociado con DDT y sus repercusiones”, decía que Guayaquil fue la ciudad que más beneficios obtuvo del control antimalarico y que esos rociamientos sirvieron también para el control antitriatomínico y, por tanto, para el control de la enfermedad de Chagas. Por otra parte, subrayaba que la población del *Aedes aegypti* progresivamente se hizo resistente tanto al DDT como al dieltrin.⁴²⁰ Esta afirmación coincidía con otros estudios que afirmaban que, desde 1951, el uso sistemático del DDT, al empezar la década de 1960, había creado resistencia en el *A. albimanus* en la importante región económica del Pacífico.⁴²¹

En abril de 1961, el Dr. Juan A. Montalván fue nombrado nuevamente como director del Instituto. Su primer esfuerzo, tras afirmar que la organización había experimentado retrasos técnicos administrativos, se centró en impulsar el estudio de la enfermedad de Chagas y otros estudios acerca de la blastomycosis y de las enfermedades provocadas por shigellas, bacterias que causaban diarreas en niños menores de dos años.⁴²² En 1963, Montaván desarrolló con su grupo de médicos del INH-LIP, investigaciones sobre la leptospirosis bovina; un plan para la investigación de la leishmaniosis en Ecuador y reorganizó el departamento de las grandes epidemias. Después, se retiró y entregó la dirección del Instituto al Dr. Luis F. Gómez Lince el 15 de noviembre de 1963. Lince, hasta 1965, dirigió el INH-LIP centrado en una política de la investigación y control de enfermedades de la infancia, la mortalidad materna, la parasitosis y el control de aguas para el consumo humano.⁴²³

⁴¹⁹ *Ibidem*.

⁴²⁰ Rodríguez (1962).

⁴²¹ Franco (1985), p. 129.

⁴²² Montalván (1960).

⁴²³ Gómez Lince (1965).

En 1965 se inició la crisis del sector bananero en Ecuador. Este capítulo fue conocido en la historia del país como la segunda crisis de la economía agroexportadora. En esa coyuntura, de acuerdo al tema que se viene tratando, coincidió con dos cosas. La primera con el fin de las campañas regionales para la erradicación de la Malaria impulsadas por el Estado ecuatoriano a través del SNA, del INH-LIP, y desde las SNEM, auspiciada desde la OSP. Desde que Montalván asumió oficialmente la dirección del INH-LIP hasta que se retiró en 1963, grandes proporciones de territorio ecuatoriano antes inaccesibles, se convirtieron en lugares aptos para la agricultura de exportación y al mismo tiempo la fuerza de trabajo, tanto en los centros de producción como en los centros de embarque, fue protegida mediante la producción a gran escala de vacunas y antibióticos, y al mismo tiempo con investigación científica centrada en el control de enfermedades contagiosas locales. Montalván, desde 1941 hasta 1963, solo dos años antes de que se iniciara la crisis bananera, tal como se ha venido estudiando, representó en Ecuador la línea sobre la que se dibujó la trayectoria seguida por las campañas de erradicación que, organizaciones como la FR y la actual OPS, venían impulsando desde inicios del siglo XX de acuerdo a los intereses de Estados Unidos.

La crisis del sector bananero en Ecuador también coincidió con el fin de la ayuda internacional. A nivel organizacional, desde el principio de la década de 1960, Estados Unidos dejó el liderazgo como el principal donante de asistencia internacional y este espacio fue ocupado por otros organismos de asistencia multilateral.⁴²⁴ El caso de la International Health Division, nos sirve para ilustrar esta cuestión. En 1951, la IHD se fusionó con la Division of Medicine and Public Health de la Fundación Rockefeller⁴²⁵ y la investigación y control de la fiebre amarilla pasó a manos de la actual OPS. La política sanitaria internacional, que actuaba en concordancia con los organismos que generaban cambios financieros e influencia política, pasó a representar nuevos intereses. En el nuevo escenario apareció el Banco Mundial y las iniciativas de desarrollo pasaron a sustentarse no solo en iniciativas gubernamentales sino también en las de agencias no gubernamentales. La política del capital físico, que fue la base del auge bananero, dio un giro hacia una

⁴²⁴ Montúfar (2002), pp. 239-240.

⁴²⁵ Strode, Warren (1951), pp. 112-113.

estructura económica en base a la industrialización por sustitución de importaciones. Al llegar la década de 1970, el Ecuador inició un nuevo ciclo de auge, esta vez identificado con el petróleo. Entre 1972 y 1983 el boom petrolero marco el paso de la actividad económica y pensamos que, en esos años, el INH-LIP tuvo un rol significativo en la expansión de los campos petroleros que se ubicaron en las principales zonas de extracción en el Oriente ecuatoriano. Este tema queda planteado para una investigación futura.

Los principales beneficiarios del auge bananero fueron las compañías que hasta 1954 consolidaron el 80% de la producción nacional. Estas fueron las norteamericanas Compañía Bananera del Ecuador y la Standard Fruit and Steamship Co. Las compañías alemanas, Corporación Ecuatoriana y Europea y la Compañía Frutera Austral y la Chilena, Compañía Frutera Sudamericana.⁴²⁶ Por otra parte, entre 1948 y 1965 durante el auge de las exportaciones a nivel local un nuevo grupo de productores independientes, llamados productores exportadores (poseedores de grandes extensiones de tierra), se apropiaron del excedente de la producción bananera. Estos recibían una alta tasa de ganancia mientras las remuneraciones de los productores y los salarios fueron limitados. Las ganancias revertidas en la industria sirvieron para la consolidación de un oligopolio en la ciudad de Guayaquil.⁴²⁷

⁴²⁶ Abad (1990), p. 154.

⁴²⁷ Larrea, Espinosa, Sylva (1987), p. 32.

5. Conclusiones.

El objetivo de esta memoria de doctorado ha sido contribuir a la comprensión histórica del diseño y desarrollo de las políticas de salud pública en Ecuador en relación con las transformaciones conceptuales y metodológicas en el campo de la biomedicina entre 1895 y 1965. Para ello, ha sido necesario estudiar las intersecciones entre procesos de re-conceptualización de la investigación científica en el campo de la biomedicina y la elaboración de políticas de salud pública en un contexto local, como es el caso de Ecuador, pero bajo el paraguas de estrategias de política internacional. El examen de las actividades de cooperación llevadas a cabo en el periodo indicado por parte de organismos de asistencia internacional en Latinoamérica, generalmente tutelados por intereses norteamericanos, nos ha llevado a realizar un análisis del papel combinado de la Fundación Rockefeller, el gobierno de los Estados Unidos y estas organizaciones de asistencia internacional en el desarrollo de políticas de salud pública en Ecuador. Este análisis, a su vez, nos ha permitido identificar y caracterizar, a través de nuestro estudio de caso, las transformaciones de las estrategias coloniales en el continente americano en el siglo XX y su relación con el diseño y la gestión, precisamente, de políticas de salud pública a nivel local.

El objeto de estudio central para nuestra aproximación a esta problemática ha sido el Instituto Nacional de Higiene y Medicina “Leopoldo Izquieta Pérez”. A través de este Instituto, financiado por la Fundación Rockefeller y el Estado ecuatoriano, y fundado en 1941, los Estados Unidos articularon en forma dosificada su doctrina para la investigación y control de enfermedades contagiosas y con ella, la estrategia para salvaguardar sus propios intereses en la zona y particularmente en Ecuador. Esta estrategia ya se había puesto en marcha durante las primeras décadas del siglo XX si bien acabó concretándose en el Instituto, cuyas actividades a partir de su consolidación durante la II Guerra Mundial, se han analizado en este trabajo hasta mediados de la década de 1960. El periodo comprendido entre 1965 y 2012, fecha esta última en el que el Instituto es clausurado, queda pendiente de una investigación futura.

En este estudio, se ha utilizado como punto referencia el periodo de creación y consolidación del INH-LIP, desde 1941 hasta 1946, para poder describir y analizar en

profundidad otras dos etapas bien diferenciadas en cuanto al desarrollo de la investigación científica para la salud pública en Ecuador. Con respecto a la primera, a la que se ha llamado “etapa de las precondiciones” (1895-1941), se ha hecho una síntesis de estudios locales e internacionales y se ha combinado con el análisis de fuentes de información primaria con el objetivo de cubrir vacíos y sugerir alternativas a varias interpretaciones acerca de la historia del desarrollo inicial de la investigación científica para la salud pública en Ecuador. Así, la definición de esta etapa es, en definitiva, la sugerencia de un marco histórico previo que permite interpretar el rol que desempeñó posteriormente la investigación científica para la salud pública tanto en el desarrollo del país como en la consolidación de estrategias coloniales de Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial y hasta 1965. Este periodo se ha denominado “etapa del auge bananero”, y coincide con la explosión de actividad de multinacionales fruteras en la zona. A partir de 1965, cuando estas actividades disminuyeron considerablemente y comenzaron a entrar con mucha más fuerza empresas que se dedicaban a la explotación de combustibles fósiles, como el petróleo y el gas, las cosas cambiaron con respecto a las políticas de salud pública, tanto a nivel local, siempre a través de la gestión del INH-LIP, como a nivel internacional, como herramienta estratégica. Este periodo, como se ha dicho, excede los objetivos de esta tesis y se abordará en investigaciones futuras.

En el contexto de los objetivos de la investigación y del estudio de caso, la hipótesis que se plantea aquí es que la investigación y control de enfermedades constituyó un proceso de control y vigilancia sanitaria internacional, de corte colonial y dirigida por organismos federales y privados norteamericanos a lo largo de buena parte del siglo XX. La investigación y control de enfermedades y el diseño asociado de políticas de salud pública se convirtió en un elemento esencial para la consolidación hegemónica de Estados Unidos en la región desde el final del siglo XIX hasta la década de 1960. Los Estados Unidos, en este sentido, aprovecharon la carencia de planes de desarrollo locales que articularan el fortalecimiento de la fuerza de trabajo y el mejor aprovechamiento de los medios de producción para que fueran aceptadas y desarrolladas sus propias propuestas. De acuerdo a sus intereses, y desde el ámbito de la salud pública con la cooperación de diversos organismos afines de asistencia internacional, los Estados Unidos influyeron decisivamente

en el nivel de desarrollo de los países a los que “ayudó”. Y así, la “ayuda” para la investigación y control de enfermedades sirvió como herramienta estratégica para incrementar, con el desarrollo de la estructura sanitaria local, el volumen de producción de productos trascendentales para los Estados Unidos en el juego político internacional. Los donantes, a través de estos procesos, crearon las condiciones necesarias para recuperar sus inversiones de capital a corto, medio y largo plazo.

En el proceso de verificación de esta hipótesis, se observó cómo las transformaciones conceptuales y metodológicas en el campo de la biomedicina a nivel internacional y con la supervisión norteamericana, guardaron una estrecha relación con el diseño y desarrollo de las políticas de salud pública en Ecuador a lo largo del siglo XX. En este sentido, se identificaron tres periodos diferenciados.

Durante el primer periodo, entre 1895 y 1941, en el marco de la expansión del comercio internacional, el principal interés estratégico de los Estados Unidos fue el saneamiento de puertos marítimos y se utilizó durante las dos primeras décadas del siglo XX para implementar una campaña sanitaria que, además de centrarse en la limpieza sanitaria del puerto de Guayaquil, sirvió para impulsar en Ecuador, con la cooperación necesaria de varias organizaciones de ayuda internacional, el movimiento sanitario local de salud pública. Ese movimiento fue incorporando progresivamente al país el desarrollo de una política sanitaria cada vez más estandarizada de acuerdo con la política sanitaria internacional. Así, por ejemplo, el código sanitario panamericano de 1905 sirvió de plataforma para la creación de la nueva norma sanitaria ecuatoriana y el código sanitario panamericano de 1924 sirvió para la reestructuración sanitaria y la creación de una nueva normativa sanitaria local orientada a la declaración definitiva de Guayaquil como puerto limpio clase “A-1” en 1930. Esta declaración, tal y como se ha visto en este estudio, llegó como consecuencia de la ejecución de diversas campañas, como, significativamente, la financiada por la Fundación Rockefeller para la erradicación de la fiebre amarilla (1918-1920), o la impulsada por la Oficina Sanitaria Panamericana para la erradicación de la peste y otras enfermedades contagiosas y parasitarias a partir de 1929. Resulta particularmente interesante señalar, en este contexto, que las campañas sanitarias filantrópicas, además de

influir en el diseño y desarrollo de las políticas de salud pública, influyeron también en el pensamiento de la élite política y del círculo médico ecuatoriano con respecto a la investigación biomédica. Esto dio lugar al diseño de las llamadas campañas verticales, pensadas como una inversión y como una responsabilidad de Estado.

En el segundo periodo, entre 1941 y 1946, la ausencia de un marco legal y de un plan de desarrollo propio que a largo plazo se orientara a utilizar la investigación biomédica ampliamente con los recursos del Estado y en virtud de las verdaderas necesidades de la salud pública ecuatoriana, permitió que los norteamericanos introdujeran de manera definitiva su propio modelo, que institucionalizaron en un laboratorio central, el INH-LIP. Este laboratorio se estableció con el objetivo de que se convirtiera en el órgano de referencia en investigación para la salud pública del sistema sanitario nacional al tiempo que formara parte de una red internacional de laboratorios auspiciados por organizaciones de ayuda filantrópicas interesadas en fundir el producto de su actividad con la de otros laboratorios y particularmente en la región. En esos años, la subvención para la creación del INH-LIP sirvió para consolidar los objetivos que formaban parte de los intereses estratégicos de los Estados Unidos en Latinoamérica y globalmente durante la II Guerra Mundial. Pero también sirvió para proyectar hacia el futuro una política sanitaria específica, entendida como herramienta hegemónica, que articuló la reestructuración sanitaria del país.

Finalmente, en el tercer periodo, entre 1948 y 1965, la investigación científica para la salud pública partió de la política del Estado con un modelo claramente desarrollista y sirvió para abrir al auge bananero grandes zonas de cultivo. Así, la creciente producción y la consiguiente exportación de productos tropicales, se sustentó en políticas de fomento y aplicación de investigación científica para la salud pública que servían, fundamentalmente, para proteger la fuerza de trabajo necesaria para esa empresa. El INH-LIP fue el órgano estatal encargado de esa actividad y como tal, promovió una política de investigación científica para la salud pública centrada exclusivamente en la producción de materias primas para la exportación.

En esta memoria, se ha hecho necesario analizar el papel crucial de la Fundación Rockefeller, en combinación con el gobierno de los Estados Unidos y de las organizaciones de asistencia internacional, en el desarrollo las políticas locales e internacionales de salud pública en el periodo y el contexto estudiados. En este sentido, entre 1895 y 1916, el Public Health & Marine Hospital Service (1902-1915), fue una pieza clave para la oficialización de la salud pública en Ecuador a través de la creación del Servicio de Sanidad Pública dependiente de la Oficina Sanitaria Internacional. Más tarde, la Fundación Rockefeller desarrolló su actividad en conjunto con la Oficina Sanitaria Panamericana (luego Organización Panamericana de la Salud), entre 1916 y 1941, y a través del INH-LIP y en combinación con el Institute of Inter-American Affairs, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, entre 1941 y 1965.

En todo este largo contexto, la Fundación Rockefeller y las organizaciones citadas se interesaron principalmente en impulsar políticas de salud pública centradas en los intereses estratégicos de los Estados Unidos: durante el período de entreguerras, cuando el saneamiento de puertos marítimos constituía una prioridad; durante la II Guerra Mundial, cuando los norteamericanos necesitaron crear un cordón defensivo en contra de los países del Eje y, de paso, monopolizar la exportación de materias primas estratégicas para la guerra; y hasta 1965 cuando, en función de la defensa de los Estados Unidos ya en plena Guerra Fría, se hizo necesario crear políticas sanitarias que sirvieran para la lucha global contra el comunismo y al mismo tiempo, para garantizar un fluido abastecimiento de materias primas y productos agrícolas necesarios en los centros industrializados. En esos años, la Fundación Rockefeller y las organizaciones de asistencia internacional auspiciadas por el gobierno de Estados Unidos re-conceptualizaron el rol de la investigación y control de enfermedades para introducir en los países a los que “ayudaron” las políticas necesarias para garantizar la ejecución de procesos estatales vinculados a sus intereses estratégicos. Así, entre 1895 y 1965, estos organismos actuaron con el objetivo de generar un cierto nivel de desarrollo en estos países que allanara el camino por el cual después transitó Estados Unidos hacia su consolidación hegemónica mundial.

En conjunto, esta memoria de doctorado ha venido a identificar y caracterizar, a través del estudio de caso ecuatoriano y del INH-LIP, la transformación de las estrategias coloniales en el continente americano en el siglo XX, entre 1895 y 1965, en relación con el diseño y la gestión de políticas de salud pública a nivel internacional. La estrategia bien puede definirse como un proceso, llevado a cabo tanto en Ecuador como en otros países latinoamericanos, de inclusión excluyente a nivel político-social, con consecuencias socio-económicas significativas. A lo largo del período estudiado, se ha podido observar la forma en la que las relaciones socio-políticas establecidas en torno a la investigación biomédica y las políticas de salud pública, y a las llamadas “ayudas” internacionales, crearon una esfera de confianza que redundaba en aparentes beneficios para los receptores. Es importante destacar que, efectivamente, esa “ayuda” resultó muy rentable para quienes, en Ecuador y otros países receptores, controlaban los medios de producción y la fuerza de trabajo. Sin embargo, se creó también un explícito nivel de subordinación. Es decir, la concesión de becas a médicos locales para estudiar en Estados Unidos entre 1941 y 1946 no fue sino una forma de legitimar y consolidar la exclusión del grueso de la población del país a través de la inclusión de estos médicos, mediante la transferencia de su doctrina para la investigación y control de enfermedades, en procesos de gestión orientados exclusivamente a favorecer los intereses de los donantes norteamericanos y de las élites político-económicas locales. La colonialidad del proceso quedaba así enmascarada por la teórica “ayuda” filantrópica, y suponía una transformación radical en una dinámica, por lo demás, continuista, de explotación de muchos a manos de unos pocos, y con la colaboración necesaria del Estado (receptor).

En resumen, se puede decir que esta tendencia creada alrededor de mecanismos de inclusión-exclusión ayuda a probar que efectivamente después de un proceso de control y súper vigilancia sanitaria dirigida por organismos federales y privados norteamericanos, durante las cuatro primeras décadas del siglo XX, la investigación y control de enfermedades, a partir del fin de la II Guerra Mundial, se convirtió en un elemento “no único” pero sí esencial en la consolidación hegemónica de Estados Unidos hasta la década de 1960 y que al no existir un plan de desarrollo local propio y de largo alcance, que desde la esfera política local articule el fortalecimiento de la fuerza de trabajo y el mejor

aprovechamiento de los medios de producción con la investigación científica para la salud pública fue Estados Unidos la nación que asumió, en predominio de la salud internacional desde 1902, esa función. Aquello le permitió, a ese país, desde el ámbito de la salud pública y a través de diversos organismos de asistencia internacional influir en el nivel de desarrollo de los países a los que ayudó, tal como se ha visto en el diseño y desarrollo de políticas de salud pública. Es conjunto, esta tesis contribuye a la comprensión histórica de la “ayuda” internacional para la investigación y el control de enfermedades infecciosas, y cómo ésta constituyó una herramienta estratégica que, mediante la creación de un cierto nivel de modernización dentro de la estructura sanitaria estatal, se orientó, principalmente, al incremento del volumen de la producción y exportación de materias primas. Con este proceso de orden desarrollista, aparentemente propio y soberano, los donantes crearon las condiciones necesarias para recuperar sus inversiones en forma de capital financiero, pero no ayudaron a la población receptora, aparentemente incluida pero, en definitiva, excluida, a dejar atrás, definitivamente, la frontera del subdesarrollo.

6. Bibliografía

6.1. Fuentes primarias.

Alcívar, C. (1952). El Servicio Sanitario Nacional en los últimos cuatro años. *Revista Ecuatoriana de higiene y Medicina Tropical*, 7, n° 3-4.

Alfaro y los estadounidenses (2014). *Expreso (Guayaquil)*, 10 Abril.

Alfaro, E. (1906). *Decreto ejecutivo del 30 de abril*. Quito: República del Ecuador.

Alfaro, E. (1908) a. *Carta de Eloy Alfaro a Emilio Estrada*. Quito: República del Ecuador.

Alfaro, E. (1908) b. *Decreto Ejecutivo del 21 de marzo, art. 17, 18 y 25*. Quito: República del Ecuador.

Alvarado, A. (1956). *Situación de la Lucha Antimalárica en América Latina*. Washington D.C.: OPS/OMS.

Ante el Mundo (1918) *El Guante*, 19 Julio.

Actas de la 5ª Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, Santiago de Chile, del 5 al 12 de noviembre de 1911 (1912). Washington, D.C.: Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas.

Arosemena, J. (1948). Decreto del Congreso Nacional del 1 de Octubre. *Registro Oficial. República del Ecuador*. n° 88, 17 de diciembre.

Arregui, V. M. (1908) a. *El Gobierno y la Salubridad Pública*. Quito: Imprenta Nacional.

Arregui, V. M. (1908) b. *Telegrama para Guayaquil de Eloy Alfaro a Emilio Estrada: 18 de marzo de 1908*. Quito: República del Ecuador.

Arroyo del Rio, C. (1941). Ley de Creación del Instituto Nacional de Higiene. *Registro Oficial. República del Ecuador*, n° 348, 23 de octubre.

Arzube, M. (1961). Once años de rociado con DDT y sus repercusiones en la dispersión del *Triatoma Olimiata Latreille*, 1811 en la ciudad de Guayaquil. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 19, n° 3, 25-35.

Baquerizo, L. (1956). Análisis de los resultados de los cultivos en el diagnóstico de TB. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 13, n° 3, 1-26.

Baquerizo, L. (1957). Influencia microbiana en la transformación de alimentos. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 14, nº 2, 1-19.

Baquerizo, L., y Marmol F. (1958). Encefalitis transmitida por artrópodos (III). *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 15, nº 4, 163-177.

Baquerizo, L., y Marmol F. (1959). Aislamiento del virus de la encina equina de un caso humano. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 16, nº 1-2, 1-8.

Becerra, L. (1914). *Informe de la Dirección del Servicio Sanitario de Sanidad Pública al Sr. Ministro de lo Interior, Higiene, Beneficencia*. Guayaquil: Imprenta papelería Sucre.

Becerra, L. (1915). *Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad Pública al Ministro del Interior, Higiene y Beneficencia*. Guayaquil: Imprenta papelería Sucre.

Becerra, L. (1917). *Informe del Director General de la Sanidad al Ministro de lo Interior y Sanidad sobre los trabajos correspondientes*. Guayaquil: Imprenta y Papelería Sucre.

Becerra, L. (1918). *Informe que presenta el Director general de Salud Pública al Ministro de lo Interior y Sanidad sobre los trabajos correspondientes*. Quito: Imprenta Papelería Sucre.

Boloña, F. (1930). *Declaración de Guayaquil como Puerto Limpio Clase "A"*. Quito: Ministerio de Previsión Social y Sanidad e Higiene de la República del Ecuador.

Can make Guayaquil safe (1913) *The New York Times*, 21 Enero.

Canal de Panamá (El) (1912). *El Comercio*, 11 Julio.

Campos, F. (1925). *Estudios biológicos sobre los mosquitos y alrededores*. Guayaquil: Ministerio de Cultura y Patrimonio.

Comisión Rockefeller en Guayaquil (La) (1918). *El Guante*, 2 Agosto.

Cook, G. C. (2015) *From the Greenwich Hulks to Old St Pancras. A history of tropical disease in London*. London: Bloomsbury Academic.

Cornejo, L. (1910). *Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad Pública al Sr. Ministro de lo Interior, Higiene, Beneficencia, etc.* Guayaquil: Imprenta "El Telégrafo".

Goethals, G. W. (1916). *The Panama Canal: an engineering treatise*. New York: McGraw Hill.

Cumming, H. (1942). *Pan American Sanitary Bureau: Annual Report of the Director, Fiscal year 1942*. Washington D.C.: OSP.

Declaraciones del Coronel W. C. Gorgas (1912). *El Comercio*, 26 Diciembre.

- Dominio del Canal (El) (1912). *El Comercio*, 14 Abril.
- Dr. Connor a los hijos del trabajo (El) (1918). *El Guante*, 10 Diciembre.
- Dr. Connor Subdirector de la Sanidad (El) (1918). *El Guante*, 5 Diciembre.
- Dr. Michael E. Connor (El) (1918). *El Guante*, 8 Noviembre.
- Dr. Noguchi (El) (1918) *El Guante*, 8 Diciembre.
- Dr. Noguchi a su arribo (El) (1918). *El Guante*, 16 Abril.
- Durango, A. (1939). *Informe del Ministro de Previsión Social*. Quito: Talleres Gráficos del Ministerio de Educación.
- Durango, A. (1940). *Informe del Ministro de Previsión Social*. Quito: Talleres Gráficos del Ministerio de Educación.
- Flexner, A. (1915). *The General Education Board 1902-1914*. New York.
- García, E. (1952). El Servicio Nacional de la Fiebre Amarilla. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 10, n° 1-2.
- García, E. (1953). La Fiebre Amarilla en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 10, n° 1-2, 1-7.
- Gómez Lince, L. F. (1963). Informe del Dr. Luis F. Gómez Lince, Director del INH-LIP en la sesión conmemorativa del 15 de noviembre de 1963. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 20, n° 1, 1-30.
- Gómez Lince, L. F. (1965). Informe de actividades del INH-LIP. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 22, n° 2.
- Guayaquil y su condición sanitaria (1918). *El Guante*, 7 Mayo.
- Guerrero, V. (1937). *Informe del Ministerio de Previsión Social y Agricultura y Trabajo a la Asamblea Nacional: Informe de Sanidad e Higiene de la Junta de Asistencia Pública del Litoral, Provincia del Guayas, Administración General*. Quito: República del Ecuador.
- Guerra a los Gusarapos (1918). *El Guante*, 5 Diciembre.
- Hanson, H. (1961) *The Pied Piper of Peru: Dr. Henry Hanson's Fight against "Yellow Jack" and Bubonic Plague in South America, 1919-1922*. Jacksonville: Convention Press.
- Instituto Rockefeller (El) (1918) a. *El Guante*, 1 Octubre.

Instituto Rockefeller (El) (1918) b. *El Guante*, 22 Junio.

Izquieta Pérez, L. (1939). *Informe del Director General de la Sanidad al Sr. Ministro acerca de las labores desarrolladas durante el lapso comprendido entre el 1 de junio de 1935 y el 30 de mayo de 1939*. Guayaquil: Ministerio de Previsión Social.

Izquieta Pérez, L. (1940). *Public Health in Ecuador*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Izquieta Pérez, L. (1941). *Public Health in Ecuador*. Guayaquil: OSP.

Izquieta Pérez, L. (1946). *Actas de la Quinta Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad: Conferencia del Director General de la Sanidad del Ecuador*. Washington D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana [Publicación n° 230].

Minister Fox to the Secretary of State [Quito, November 16, 1908] (1912). In: United States Department of State. *Papers relating to the foreign relations of the United States with the annual message of the president transmitted to Congress December 8, 1908*. Washington: Government Printing Office, pp. 285-288. Disponible en: <http://images.library.wisc.edu/FRUS/EFacs/1908/reference/frus.frus1908.i0019.pdf> (Último acceso: 12 octubre 2015)

Ministerio de lo Interior (1908). *Telegrama No. 87 de Sección de Beneficencia al Sr. Gobernador de la Provincia del Guayas*. Quito: República del Ecuador.

Machiavello, A. (1944). Informe anual. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 1, 1-111.

Montalván, J. (1944). La Nueva Organización Sanitaria. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 2, n° 1-4, 15-32.

Montalván, J. (1946)a. Aportes científicos del INH-LIP. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 3, n° 2.

Montalván, J. (1946)b. Elaboración de la vacuna antivariólica en el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez”. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 3, n° 2.

Montalván, J. (1947)a. Parasitosis Intestinal en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 4, n° 3-4.

Montalván, J. (1947)b. El censo de Guayaquil. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 14, n° 1-2, 5-115.

Montalván, J. (1948). *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 5, n° 1-2, 23-112.

Montalván, J. (1949). Reseña de las labores realizadas en el Instituto Nacional de Higiene y en el período 1948-1949. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 6, nº 1-4, 1-11.

Montalván, J. (1949-50). Informe de labores del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez". *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 7, nº 3-4, 5-100.

Montalván, J. (1951-52). La Campaña antipalúdica en el Ecuador -Métodos empleados y resultados obtenidos-. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 8-9, nº 1-4, 34-110.

Montalván, J. (1953) a. El Instituto Nacional de Higiene 1952. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 10, nº 1-2, 1-10.

Montalván, J. (1953) b. Informe anual del INHLIP. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 10, nº 3-4, 81-99.

Montalván, J. (1960). Resistencia a insecticidas presentada por A. (N) ALBIMANUS y A. (AR) PUNCTIMACULA en algunas localidades de la costa ecuatoriana. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 17, nº 2, 97-132.

Montalván, J. (1962). Discurso-Informe del director del Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez". *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 19, nº. 1-4, 4-22.

Montalván, J. (1976). *Conferencia sustentada en la sesión solemne celebrada en el Salón de Honor de la M.I. Municipalidad de Guayaquil, en Conmemoración del Centenario del Nacimiento del Ilustre Investigador Japonés Dr. Hideyo Noguchi. La fiebre amarilla y su origen en el Ecuador*. Guayaquil: Banco Central del Ecuador.

Nombramiento del Subdirector de la Sanidad (1918). *Registro Oficial. República del Ecuador*, nº. 43, 21 de noviembre.

Obra de destacados (La) (2002) *El Universo*, 5 Abril.

Oficina Sanitaria Panamericana (1924). *Protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano suscrito en la Habana, Cuba, el 14 de noviembre de 1924*. La Habana: OSP.

OSP (1944). *Actas de la quinta Conferencia panamericana de directores nacionales de sanidad: informe de Ecuador*. Washington D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana.

Páez, F. (1937) a. *Decreto Supremo No. 6 del 15 de Enero*. Quito: República del Ecuador.

Páez, F. (1937) b. *Decreto Supremo del 17 de Agosto*. Quito: República del Ecuador

Pareja, W. (1920). *Informe que presenta el Director General de la Sanidad Pública al Ministro de lo Interior y Sanidad*. Guayaquil: Imprenta y Papelería Garay.

Partida de la Comisión (1918). *El Guante*, 25 Septiembre.

Pest Hole of South America (The) (1912). *The San Francisco Call*, 1 Abril.

Presupuesto de la Sanidad (El) (1916) *El Tiempo*, 2 Marzo.

Reed, W., Carroll, J., Agramonte, A., and Lazear, J. W. (1900). The etiology of yellow fever: a preliminary note. *Public Health Papers and Reports*, 26, 37–53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329228>. Con acceso 23-03-2013.

Rodríguez, J. (1959). Epidemiología de la enfermedad de Chagas en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, 16, nº 3, 45-62.

Rose, W. (1915). *International Health Commission. First annual report June 27, 1913-December 31, 1914*. New York: Rockefeller Foundation.

Rose, W. (1916). *Rockefeller Foundation: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rose, W. (1917). *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rose, W. (1918). *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rose, W. (1919). *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rose, W. (1920). *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rose, W. (1922). *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rusell, F. (1923) *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Rusell, F. (1925). *International Health Board: Annual Report*. New York, Rockefeller Foundation.

Sáenz, C. (1951). *La peste en Ecuador durante el año 1951*. Guayaquil: Servicio Nacional Antipestoso.

Saneamiento de Guayaquil (El) (1912). *El Comercio*, 31 Agosto.

Saneamiento de Guayaquil y la intervención Yankee (El) (1912). *El Comercio*, 3 Septiembre.

Sawyer, W. (1940). *International Health Division: Annual Report*. New York: Rockefeller Foundation.

Sawyer, W. (1944). *International Health Division: Annual Report*. New York: Rockefeller Foundation.

Servicio de Sanidad Pública del Ecuador (1909). *Reglamentos de Sanidad e Higiene*. Guayaquil: Imprenta la Reforma.

Soper, F. (1963). Erradicación en las Américas de los Invasores Africanos *Aedes Aegypti* y *Anophelex Gambie*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 55, n° 3, 259-266.

Soper, F. (1979). *Andanzas por el Mundo de la Salud*. Mexico D.F.: Organización Panamericana de la Salud.

Strode, G.; Warren, A. (1951). *Division of Medicine and Public Health*. New York: Rockefeller Foundation.

Strong, R.; Tyzzer, E.; Brues, C.; Sellards, A. W.; Gastiaburg, J. C. (1915). *Report of The First Expedition to South America 1913*. Cambridge: Cambridge University Press.

Suárez, P. (1927). *Informe al Ministerio del Ramo correspondiente al primer cuatrimestre de 1927*. Quito: Imprenta Nacional de Quito.

Sawyer, W. (1945). *International Health Board: Annual Report*. New York: Rockefeller Foundation.

Supervigilancia norteamericana (La) (1918). *El Comercio*, 3 Julio.

Tanca Marengo, Juan (1935). *Informe al gobierno del Ecuador del X congreso Internacional sobre Historia de la Medicina*. Guayaquil: Sociedad Medico Quirúrgica del Guayas.

Theiler, M.; Sellards, A.W. (1926). The relationship of *L. icterohemorrhagiae* and *L. icteroides*. *American Journal of Tropical Medicine*, 6, n° 6, 383-402.

United Fruit Company, también llamada “La Frutera”, es dueña y señora de Centroamérica (La) (1998). *El País*, 16 Noviembre.

United States Department of State (1912) *Papers relating to the foreign relations of the United States with the annual message of the president transmitted to Congress December 8, 1908*. Washington: Government Printing Office. Disponible en: <http://digital.library.wisc.edu/1711.dl/FRUS.FRUS1908>. Con acceso: 12-10-2015.

United States. Public Health Service (1904) *Annual report of the Supervising Surgeon General of the Public Health and Marine-Hospital Service of the United States for the fiscal year 1904*. Washington: Government Printing Office. Disponible en: <https://archive.org/details/annualreportofsu33unit>. Con acceso: 12-10-2015.

Vázquez, F. (1963). La Erradicación de la Malaria. *Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas*, 1, n° 4, 178-219.

Viaje del Dr. Michael E. Connor (El) (1919). *El Telégrafo*, 1 Mayo.

Visita de los norteamericanos (1918). *El Comercio*, 10 Julio.

Vacunación Antipestosa (La) (1916). *El Comercio*, 5 Enero.

Warren, L. C.; Yates, F. L. (1944). *Decisions of the comptroller general of United States, Volume 23, July 1, 1943 to June, 30 1944*. Washington: United States Government.

Webster, F. (1920). *A brief history of the American Consulate General at Guayaquil*. Guayaquil: Adventurer Press.

Wyman, W. (1902). *Annual report of the Supervising Surgeon General of the Public Health and Marine-Hospital Service of the United States*. Washington, D.C.: Government Printing Office.

6.2. Fuentes secundarias.

Abad, V. (1990). *Ecuador: Subdesarrollo y dependencia*. Quito: Corporación Editora Nacional.

Adamson, W. (1980). *Hegemony and revolution: a study of Antonio Gramsci's political and cultural theory*. Los Angeles: University of California Press.

Aguas Ortiz, J. C. (2012). *La Salud Pública en el Ecuador en el siglo XX: El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Leopoldo Izquieta Pérez" (INHMT-LIP, 1937-1980)*. Bellaterra (Barcelona): Universidad Autónoma de Barcelona [Trabajo Fin de Máster]. Disponible en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/handle/28000/264>. [Fecha de acceso: 10 de septiembre de 2015].

Aguirre, R. (2002). *Immanuel Wallerstein: crítica del sistema-mundo capitalista*. México: Era.

Allison, J. (2010). *Transnational Medicine: The Rockefeller Foundation and Cuba, 1913-1950*. Florida: Florida International University.

Almeida, R. (1994). *Kemmerer en Ecuador*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.

Alvarado, A. (1956). *Situación de la Lucha Antimalárica en América Latina*. Washington D.C.: OPS/OMS.

Álvarez, S. (2012). *Una Introducción a la Cooperación internacional al desarrollo*. Honduras: Universidad Católica de Honduras.

Amador, J. (2008). *Redeeming the tropics: public health and national identity in Cuba, Puerto Rico and Brazil, 1890-1940*. Ann Arbor: University Of Michigan [Tesis doctoral].

Amores, F. (1963). Pichilingue cumplió 50 años. *Revista informativa del Insituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias*, 2, nº 1, 8.

Anthony, E. (1972). *Records of the Office of Inter-American Affairs*. Washington, DC: NARS.

Arbona, G., y Ramirez, A. (1978). *Regionalization of Health Services: The Puerto Rican Experience*. Oxford: Oxford University Press.

Astudillo Espinoza, C. (1981). *Paginas Históricas de la Medicina Ecuatoriana: Instituciones, ideas y personajes*. Quito: Museo Nacional de Medicina "Eduardo Estrella".

Avilés, E. (2004). *Ing. Federico Páez*, Guayaquil: Ministerio de Cultura y Patrimonio.

- Ayala Mora, E. (1980) *Nueva historia de Ecuador*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Ayala Mora, E. (2008) *Resumen de historia del Ecuador*. 3ª ed., Quito: Corporación Editora Nacional.
- Ayala, Mora, E. (2013). *II Manual de Historia del Ecuador*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Bean, W. (1982). *Walter Reed and the ordeal of human experiments*. Virginia: University Press of Virginia,.
- Berridge, V., Gorsky, M., y Mold, A. (2011). *Public Health in History*. New York: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Birn, A. E. (1996). Health Units: The Rockefeller Foundation vs. the Cárdenas Model in México. En: Cueto, M. (Ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Birn, A. E. (2005). Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80). *Dynamis*, 25, 279-311.
- Birn, A. E. (2006). *Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*. New York: University of Rochester Press.
- Boni, A. (2010). *La Cooperación Internacional*. En: Calabuig, C.; Gómez-Torres, M. (Eds) *El Sistema de la Cooperación Internacional al Desarrollo. Evolución histórica y retos actuales*. Valencia: Universitat Politècnica de València.
- Brainard, E. H.; Brainard, K. R.; Sanbrailo, J. A. (2007). *Railroad in the sky: the Guayaquil & Quito railway in Ecuador 1897-1925*. Quito: CODEU.
- Breihl Paz y Miño, J. (2010). *Epidemiología, economía política y salud: Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Bricmont, J. (2008) *Imperialismo humanitario. El uso de los Derechos Humanos para vender la guerra*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Brieger, G. H. (1976) Welch, William Henry. En: Gillispie, Ch. C. (ed), *Dictionary of Scientific Biography*. New York: Charles Scribner's Sons, vol. 14, pp. 248-250.
- Carson, R. (1962) *Primavera Silenciosa*. Barcelona: Editorial Critica.
- Carter, E. (2012). *Enemy in the blood, malaria, environment and development in Argentina*. Alabama: The University of Alabama.

Clark, K. (1964). *Gender, State, and medicine in highland Ecuador: modernizing women: 1895-1950*. New York: Library of Congress.

Cramer, G.; Prutsch, U. (2012). Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs and the Quest for Pan-American Unity: An Introductory Essay. En: *¡Américas Unidas! Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs, 1940-46*. Madrid- Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert, pp. 15-51.

Cueto, M. (2004). *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud OPS.

Cueto, M. (1996). *Los Ciclos de la erradicación: La Fundación Rockefeller y la Salud Pública en Latinoamérica, 1918-1940*. En: Cueto M. (1996) *Salud, Cultura y sociedad*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Cueto, M. (2000). *El Regreso de la Epidemias, salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Cueto, M.; Palmer, S. (2015) *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. New York: Cambridge University Press.

Cuvi, N. (2009). *Ciencia e Imperialismo en América Latina: la Misión de Cinchona y las estaciones agrícolas cooperativas (1940-1945)*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona [Tesis doctoral].

Danielson, R. (1979). *Cuban Medicine*. New Jersey: Library of Congress.

Delgado García, G. (2010). Trascendencia de la obra científica del doctor Carlos J. Finlay. *Revista Biomédica*, 21, n° 3, 239-246.

Delgado, G.; Estrella, E.; Navarro, J. (1999). El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6, n°5, 350-351.

Diaz Albertini, A. (1943). *Finlay y la Medicina Tropical*. La Habana, s.n.

Elman, C. (2014). Extending public health: the Rockefeller Sanitary Commission and hookworm in the American South. *Am J Public Health*., 47-58.

Espinoza, C. (1999). *La negociación como terapia: memoria, identidad y honor nacional en el proceso de paz Ecuador-Perú*. Quito: FLACSO-Sede Ecuador .

Farley, J. (2004). *To Cast Out Disease: A history of The International Health Division of The Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford .

Fee, E.; Acheson, R. M. (1991). *A History of education in public health: health that mocks the doctors' rules*. Oxford: Oxford University Press.

Fee, E.; Bu, L. (2007). *Models of public health education: Choices for the future?* Washington D.C.: National Library of Medicine.

Fosdick, R. B. (1952). *The Story of the Rockefeller Foundation*. New Jersey: Library of Congress of United States of America .

Franco, S. (1985). La apoteosis y el problema de la erradicación. *Nueva Antropología*, 2, n° 28, 129.

Frierson, J. G. (2010). The yellow fever vaccine: A history. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 83, n° 2, 77–85.

García, J. C. (1981). La Medicina Estatal en América Latina. (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*, n° 1,73-104.

Gómez, M. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo: Una aproximación a sus actores e instrumentos*. Madrid: CIDEAL.

Gómez, O.; Khoshnood, B. (1991). La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud Pública de México*, 33, n° 4, 314-329.

Gozzi, E.; Tappatá, R. (2010). *La Misión Kemmerer*. USA: Fit & Proper .

Groh, L. (1971). *Walter Reed Pioneer in Medicine*. Washington D.C.: National Library of Medicine.

Gutiérrez Vera, E. (1987). Pasado y presente de la fiebre amarilla en el Ecuador. En: E. Ortega, *La Fiebre Amarilla y los Médicos de Guayaquil*. Guayaquil: Banco Central del Ecuador, pp. 295-305.

Harrison, P. (1947). *Galapagos Islands. A brief study of its occupation, evacuation and present occupation by United States military force*. Washington D.C.: US Air Forces.

Holton, J. (2004). *The Mosquito Wars: A History of Mosquito Control in Florida*. Gainesville: University Press of Florida.

Hurtado, O. (1977). *El Poder Político En El Ecuador*. Quito: Planeta.

Irwin, A.; Scali, E. (2005) *Acción sobre los factores determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf. (Último acceso: 10 octubre 2015)

Larrea, M.; Espinosa, M.; Sylva, P. (1987). *El Banano en el Ecuador: transnacionales, modernización y subdesarrollo*. Quito: Corporación Editora Nacional.

- Lauderbaugh, G. (2011). *Estados Unidos y Ecuador, conflicto y convergencia 1830-1946*. Quito: Iberia.
- Lazo, S. (1985). *Hideyo Noguchi: Su vida y obra*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Logan, J. (1963). Insect Control. *American Society of Civil Engineers Report*. Vol. 79, separate No. 340, pp. 600-643.
- López, E. (2009). Crack de 1929: causas, desarrollo y consecuencias. *Revista Internacional del Mundo Económico y del Derecho*. 1, 1-16.
- Marinho, M. G. S. M. C. (2001). *Norte-americanos no Brasil: Uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952*. Bragança Paulista: Universidade São Francisco.
- May, S. y Plaza, G. (1958). *The United Fruit Company in Latin America*. Washington D.C.: National Planning Association.
- Marchan, E.; Gutiérrez, E.; Lazo, R. (2002) El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez. En: Fierro, R.; Hermida, C.; Jarrín, H.; Granda, E.; López, R. (Eds). *El Cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Quito: Consejo Editorial, pp. 137-144.
- Mejía Rodríguez, P. (2004). De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948. *Dynamis*, 24, 119-155.
- Menéndez Navarro, A. (2007). La colaboración sanitaria internacional: reflexiones y propuestas de la historia. En: Ricardo Campos, Luis Montiel, Rafael Huertas (Eds.). *Medicina, Ideología e Historia en España*. Madrid: CSIC, pp. 51-77.
- Moncayo A. (2011). *Pensamiento Económico*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Montalván Cornejo, J. A. (1987). La fiebre amarilla y su origen en el Ecuador. En: E. Ortega, *La Fiebre Amarilla y los Médicos de Guayaquil*. Guayaquil: Banco Central del Ecuador, pp. 275-293.
- Montúfar, C. (2002). *Hacia una teoría de la asistencia internacional para el desarrollo, un análisis desde su retórica*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Núñez, J. (2012). *La salud pública en la revolución alfarista*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Ogaz Arce, L. (1998). *¡Todo el Poder a Velasco! La insurrección del 28 de Mayo de 1944*. Quito: Abya-Ayala.

OMS (2005). *Acción sobre los factores determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores, documento de información preparado por la Comisión sobre determinantes de la salud*. Ginebra: OMS.

Ortega M. (1987). *La fiebre amarilla y los médicos de Guayaquil*. Guayaquil: Banco Central del Ecuador.

Paz y Miño Cepeda, J. J. (2012) *Eloy Alfaro. Políticas Económicas*. Quito: Ministerio de Coordinación de la Política Económica - Academia Nacional de Historia.

Paz y Miño Cepeda, J. J. (2013). *La Revolución Juliana en el Ecuador (1925-1931) Políticas Económicas*. Quito: Ministerio Coordinador de la Política Económica, Academia Nacional de Historia.

Peña Torres, L. M. (2008) *La Fundación Rockefeller y la salud pública nicaragüense, en los años treinta*. Managua: IHNCA-Universidad Centroamericana.

Peñaherrera, B. (1991). *El Liberalismo en el Ecuador: de la Gesta al porvenir*. Quito: Ministerio de Cultura y Patrimonio.

Pérez Pimentel, R. (1980). *Galo Plaza Lasso*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil/Academia Nacional de Historia.

Pérez Pimentel, R. (1984). *Reseña Histórica, antecedentes y creación del Instituto Nacional de Higiene*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil/Academia Nacional de Historia.

Pérez Pimentel, R. (1987)a. Leopoldo Izquieta Pérez. En: *Diccionario biográfico del Ecuador*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Tomo IV, pp. 159-174.

Pérez Pimentel, R. (1987)b. Luis Felipe Cornejo Gómez. En: *Diccionario biográfico del Ecuador*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Tomo III, p. 66.

Pérez Pimentel, R. (2000) Atilio Macchiavello Varas. En: *Diccionario biográfico del Ecuador*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Tomo XX, pp. 150-153.

Picard, J. F.; Schneider, W. H. (2002). From the art of medicine to biomedical science in France: modernization or Americanization? En: William H Schneider (ed.), *Rockefeller philanthropy and modern biomedicine: international initiatives from World War I to the Cold War*. Bloomington: Indiana University Press, pp. 106–124.

Pinault, L. L.; Hunter, F. F. (2012). Malaria in Highlands of Ecuador since 1900. *Emerging Infectious Diseases*. 18, nº 4, 615-622.

Quevedo, E. (2013). Panorámica de la presencia de la Fundación Rockefeller en Sudamérica (intervención en la mesa redonda: “La importancia de la historia en la formación médica, un ejemplo paradigmático: La Fundación Rockefeller”). En: *Encuentro*

de la red latinoamericana de historiadores de la salud, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, 21 de marzo de 2013. Disponible en formato de audio en: <https://www.youtube.com/watch?v=bGT7N2N3oWQ>. Con acceso: 12-06-2014.

Quevedo, E. et al. (2004) *Café gusanos mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Quintero, R. (1980). *El mito del populismo en Ecuador, análisis de los fundamentos del Estado Ecuatoriano moderno (1985-1934)*. Quito: FLACSO editores.

Rockefeller Archive Center (1980). *The Rockefeller Foundation 1913 to 1988: 75 years*. New York: Rockefeller Archive Center, p. 20.

Rockefeller Foundation (2013)a. 100 Years of the Rockefeller Foundation. Lewis Wendell Hackett. Disponible en: <http://rockefeller100.org/biography/show/lewis-wendell-hackett>. Con acceso 22-04-2014.

Rockefeller Foundation (2013)b. 100 Years. The Rockefeller Foundation. Wickliffe Rose. Disponible en: <http://rockefeller100.org/biography/show/wickliffe-rose>. Con acceso: 12-07-2015.

Rockefeller Foundation (2013)c. 100 Years. The Rockefeller Foundation. Frederick T. Gates. Disponible en: <http://rockefeller100.org/biography/show/frederick-t-gates>. Con acceso 12-07-2014.

Rockefeller Foundation (2013)d. 100 Years. The Rockefeller Foundation. Medicine in China. Disponible en: <http://rockefeller100.org/exhibits/show/education/china-medical-board>. Con acceso: 17-05-14.

Rodas Chaves, G. (2006). *Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar (Informe de investigación). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3813>. Con acceso el 23 abril 2014.

Rodas Chaves, G. (Ed.) (2012). *Revolución Juliana y salud colectiva*. Quito: Corporación Editora Nacional.

Rodriguez Landívar, F. (2013). Inestabilidad monetaria internacional y nacional: cambios en la orientación de la economía y de la política en Ecuador (1914-1927). En: Marchán Romero, C. (ed.). *Crisis y cambios de la economía ecuatoriana en los años veinte. Reedicción*. Quito: Ministerio de Coordinación de la Política Económica, pp. 109-130.

Rose, K. W.; Ernst, J. W. (2004). *Rockefeller philanthropy: a selected guide*. New York: Rockefeller Archive Center.

Rosenstock, L.; Helsing, K.; Rimer, B. (2011). Public Health Education in the United States: Then and Now. *Public Health Reviews*. 33, n° 1, 39-65.

Samaniego, J. (1957). *Cronología Médica Ecuatoriana*. Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.

Schmidt, U. (2015). *Secret Science: a century of Poison Warfare and Human Experiments*, Oxford: Oxford University Press.

Schneider, W. H. (2003) War, Philanthropy, and the Creation of the French National Institute of Hygiene. *Minerva*, 41, 1-23.

Solorzano, A. (1997). *Fiebre dorada o fiebre amarilla: La Fundación Rockefeller en México (1911-1924)*. México D. F.: Universidad de Guadalajara.

Stapleton, D. H. (2005). A lost chapter in the early history of DDT: the development of anti-typhus technologies by Rockefeller Foundation's Loose Laboratory, 1942-1944. *Technology and Culture*. 46, n° 3, 513-540.

Strem, M. (2008). *Tropical Disease Campaign in Pamama: The Entanglement of American Colonial Medicine and medical Humanitarianism*. Michigan: University of Michigan.

Suárez-Obando, F.; Ordoñez, A. (2010). Ética de la Investigación científica: la fiebre amarilla, la Comisión Reed y el origen del consentimiento informado. *Infectio*, 14, n° 3, 206-216.

Taberero, C.; Jimenez-Lucena, I.; Molero-Mesa, J. (2016). Colonial scientific-medical documentary films and the legitimating of an ideal state in 1940s post-war Spain. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, (in press).

Toro Hardy, A. (2008) *Hegemonía e imperio*. Bogotá: Villegas ed.

Turda, M. (2015) Private and public traditions of healthcare in Central and south-eastern Europa, from the nineteenth to the (mid-)twentieth centuries. En: Weindling, P. (ed.). *Healthcare in private and public from the early modern period to 2000*. London-New York: Routledge, pp. 101-122.

Ulin, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Vega, H. (2011). *The banana sector in Ecuador. Trade. Supply chain U.S. Cooperation*. Washington, D.C.: United States Department of Agriculture [Report n° EC1109]. http://gain.fas.usda.gov/Recent%20GAIN%20Publications/The%20Banana%20Sector%20in%20Ecuador.%20Trade.%20Supply%20Chain.%20U.S.%20Cooperation._Quito_Ecuador_5-25-2011.pdf

Velasco A. (1990). *Ecuador: subdesarrollo y dependencia*. Quito: Corporación Editora Nacional.

Vessuri, H. (2001). Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: el proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950". *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 8, nº 3, 507-39.

Yela Villamar, X. (2010). Ilustres hijos de Vinces. Dr. Juan A. Montalván Cornejo. *La Crónica*.

Wabgou, M. (2012). Pensar las Relaciones Internacionales desde la perspectiva del Sistema-Mundo. *Revista Pensamiento Jurídico*, nº 34, 219-236.

Weindling, P. (2000). La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas. *Rev. Esp. Salud Publica*,(74), 15-26.

Wong Chauvet, D. (2005). Del Caos al Orden: Guayaquil y su desarrollo. *Ciudades*, nº 9, 179-191.

Wood, L. (2004). *Walter Reed: Doctor in Uniform*. Virginia: University of Virginia.

Woolfolk , S. (1995). *The Journals of Josia Gorgas 1857-1878*. Alabama: Library of the US Congress.

Zapata, A. (2004). *Del triunfo de la "Gloriosa" a la derrota del proceso de reforma agraria, 50 años de políticas agrarias en Ecuador*. Quito: SIPAE.

Anexos.

Anexo nº 1.

Aportes del INH-LIP en el campo de la Investigación Científica para la Salud Pública, entre 1944 y 1965.

Fuente: Elaboración propia a partir de recopilación de los informes anuales del director del INH-LIP.

Año	Título	Autores
1944	Estudio experimental de cepas aisladas en el Ecuador Interandino	A. Macchiavello A. Macchiavello A. Macchiavello y D. Urigüen B.
	Sobre supuestos casos de Tifus Exantemático en Guayaquil	J. Higgins J. Álvarez C.
	Investigaciones sobre la existencia de Tifus Murino en Guayaquil	
	Estudio estadístico sobre la mortalidad por TB en Guayaquil	
	Enfermedades de Chagas en el Ecuador	
1944	Paludismo en Guayaquil.	J. Montalván C. J. Montalván C.
	Algunas consideraciones sobre el diagnóstico clínico del Paludismo en con resultado del examen de sangre	J. Montalván C. A. Macchiavello
	Esplenomegalia en el paludismo. Consideraciones sobre frecuencia y valor	A. Macchiavello y D. Urigüen B.
	Recientes adquisiciones sobre peste en Chile, Brasil y Ecuador	J. Álvarez C.
	Peste experimental en cobayos inoculados con cepas ecuatorianas	J. Álvarez C.
	Dirofilaria immitis - Investigaciones en perros de la ciudad de Guayaquil.	A. Macchiavello
	Parasitismo intestinal en enfermos hospitalarios de Guayaquil	F. Campos R.
	El virus del tracoma y su cultivo en el saco vitelino del huevo de gallina	
	Odonatos del Ecuador. Doce libélulas nuevas para la fauna entomológica re	
1944	Brote de tifoidea en Salinas	C. Alcívar R. V. Izurieta
	Parasitismo intestinal en los escolares de Guayaquil.	J.D. Rodríguez M.
	Un nuevo medio para el cultivo del Mycobacterium Tuberculosis	J. Higgins
	La técnica tisiológica en Norteamérica Parte I	J. Higgins
	Investigación de la infección por Brúcelas de la leche de los establos de los sectores urbanos y rural de la ciudad de Guayaquil.	A. Blum M.

1944	<p>Vacuna BCG</p> <p>Nuevo tratamiento para la Bartonelosis sistémica</p> <p>Fiebre recurrente</p> <p>La técnica fisiológica en Norteamérica Parte II</p> <p>Enfermedades del hombre transmitidas por insectos y otros artrópodos</p>	<p>J. Higgings</p> <p>A. Macchiavello</p> <p>K. Vigor E.</p> <p>J. Higgings</p> <p>J. Montalván C.</p>
1945	<p>La Nueva Organización Sanitaria en el Ecuador</p> <p>Plan cuatrienal de salubridad para la República del Ecuador</p>	<p>J. Montalván C.</p> <p>A. Macchiavello</p>
1946	<p>Las moscas como vectores de enfermedades Entéricas</p> <p>TB pulmonar</p> <p>Elaboración de vacuna antivariólica</p> <p>Límite físico-químico de lo viviente</p> <p>Técnica fisiológica en Norte América</p> <p>Peste bubónica</p>	<p>C. Alcívar y Francisco Campos</p> <p>J. Higgings</p> <p>V. A: Castañeda</p> <p>J. Crusellas V.</p> <p>J. Higgings</p> <p>C. Sáenz V.</p>
1946	<p>Portadores de bacterias patógenas, un factor importante en la diseminación de enfermedades entéricas</p> <p>Modernos sistemas de lucha antituberculosa</p> <p>Prevalencia de la Sífilis en Guayaquil: Encuesta serológica sobre 10.000 sujetos observados.</p> <p>Un sencillo método para coloración de hematozoarios</p> <p>Un nuevo Alérgeno Tuberculoso</p> <p>Encuestas de malaria en el Litoral ecuatoriano</p>	<p>C. Alcívar Z.</p> <p>J. Higgings</p> <p>L. Gómez L.</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>J. Higgings</p>
1946	<p>Estudio Fito químico del florón</p>	<p>J. Crusellas</p>
1947	<p>Hallazgo de un huevo operculado (Opistorchis guayaquilensis) en las materias fecales de humanos.</p> <p>Censo preliminar de Guayaquil. 1946</p>	<p>L. F. Gómez L.</p> <p>J. Montalván C. y D. Urigüen</p>
1947	<p>Encuesta Malarica en el Valle de Yunguilla</p> <p>Vacuna antitífica de dosis única</p> <p>Parasitosis Intestinal en el Ecuador</p>	<p>L. Dolberg</p> <p>K. Vigors E.</p>

1948	<p>Estudio Epidemiológico del Tifus Exantemático en Guayaquil</p> <p>Paludismo en el Ecuador</p> <p>Primera dedetización del Valle de Yunguilla</p>	<p>D. Urigüen B.</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>T. Ayala M.</p>
1948	<p>Circulación artificial</p> <p>Condiciones dentales en obreros Ecuatorianos.</p> <p>Algunas consideraciones sobre Alastrim en Guayaquil</p> <p>Segunda dedetización del V. de Yunguilla</p>	<p>J. Manrique I.</p> <p>K. Vigors E.</p> <p>J. Montalván C.</p>
1949	<p>Opistorchis guayaquilensis</p> <p>Trabajos experimentales para el control de productos biológicos</p> <p>Enterobiasis en Guayaquil</p> <p>Tratamiento de la tifoidea por Cloromicetina</p> <p>La leche como problema sanitario en Guayaquil</p> <p>Vacuna purificada con penicilina y desecada al vacío</p> <p>Los problemas de la eugenesia</p> <p>Un brote familiar de enfermedades de Chagas observado en Guayaquil</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. F. Gómez L.</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>J. Manrique I.</p> <p>E. Aguirre</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. Villamizar</p> <p>T. Ríos</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>J. Hurel C.</p> <p>R. Nevarez V.</p> <p>V. Polastrí</p> <p>A. Cueva T.</p> <p>O. Jervis</p>
1950	<p>Algunas consideraciones sobre enfermedad de Chagas en el Ecuador</p> <p>Aspecto clínico de la cardiopatía chagásica crónica</p> <p>Inmunidad en la enfermedad de Chagas</p> <p>Infección de la rata blanca a través de la mucosa oral con <i>Tripanosoma cruzi</i></p>	<p>J. Montalván C.</p> <p>J. Manrique I.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>F. Avilés N., T. Ríos</p>
1950	<p>Acerca de los antígenos usados en el serodiagnóstico de la Sífilis</p> <p>Phlebotomus del Ecuador</p> <p>Un caso humano de rabia con exámenes histopatológicos negativos</p> <p>Nuevo procedimiento para la obtención de cortes por congelación</p> <p>Cerca de los insectos.- Pájaros Adonotofagos</p> <p>Breve reseña de mis estudios sobre vacuna BCG</p>	<p>L. F. Gómez L.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>R. Nevarez V.</p> <p>F. Avilés N.</p> <p>F. Campos R.</p> <p>B. Bajaña M.</p>

1951-2	<p>Aporte científico del INHMT a la s. pública Ecuatoriana</p> <p>Los Phlebotomus del Ecuador II</p> <p>Colonias Atípicas en el diagnóstico bacteriológico de la TB</p> <p>Profilaxis de la enfermedades de Chagas en Guayaquil</p> <p>Portadores de bacilos tíficos en manipuladores de alimentos en Guayaquil</p> <p>Campaña antipalúdica en el Ecuador</p> <p>Breve encuesta serológica sobre Brucelosis en el Ecuador</p> <p>Las moscas (BRACHICERA) del Ecuador</p> <p>Inmunidad en la Tripanosomiasis Americana</p> <p>La Vacuna BCG como alérgeno.</p> <p>Condiciones químicas y bacteriológicas de las aguas gaseosas del Ecuador.</p>	<p>J. Montalván C.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>C. Alcívar Z.</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>D. Urigüen B. y L. F. Gómez L.</p> <p>F. Campos R.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>V. Castañeda A.</p> <p>C. Alcívar Z. y Marco A. Reinoso</p>
1953	<p>Fiebre Amarilla en el Ecuador</p> <p>Primer caso de Histoplasmosis en el Ecuador</p> <p>Epidemia de Intoxicación alimenticia por helados con Estafilococo aureo-hemolítico</p> <p>Experiencias con eritromicina</p> <p>Electroforesis de las proteínas</p> <p>Phlebotomus del Ecuador. Una nueva especie</p> <p>Métodos en el Departamento de Control de Productos Biológicos</p> <p>Métodos en el laboratorio de Anatomía Patológica</p>	<p>E. García S.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>D. Urigüen B.</p> <p>C. Vélez M.</p> <p>Marco Antonio Reinoso P.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. Dolberg B.</p> <p>F. Avilés N.</p>
1953	<p>Evaluación de un centro materno infantil</p> <p>Observación del P. Dysponetus fairchild y hertig 1952 en cópula</p> <p>Algunas observaciones sobre el comportamiento del T. cruzi en el Didelphis arazae</p> <p>Algunas observaciones sobre Leishmaniosis cutáneo - mucosa en el Ecuador</p> <p>Inconveniente para la salud. pública de un canal que une el e. Salado con el r. Guayas</p> <p>Ciencias experimentales y elevación estética y moral</p> <p>Distribución geográfica de la enf. de Chagas en el Ecuador</p>	<p>L. G. Camacho</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. A. Espinoza</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>F. Avilés N.</p> <p>R. V. Izurieta</p> <p>I. Peragallo</p> <p>J. Montalván C.</p>

1954	<p>Desarrollo de resistencia del Mycobacterium TB a la Isoniacida</p> <p>Elementos biodemográficos y administrativos para atención materno infantil en Guayaquil.</p> <p>Ficha sanitaria paradencial</p> <p>Tablas de vida de la Ciudad de Quito</p> <p>Lepromina preparada a partir de ganglio linfático formalizado</p>	<p>A. Quiroz S.</p> <p>I. Soriano P.</p> <p>G. Prado V.</p> <p>H. Barrera A.</p> <p>E. Blum G.</p>
1954	<p>Toxoplasmosis. Experiencia con cepa Toxoplasma de origen Aviario</p> <p>La Poliometitis. Problema de Salud Pública</p> <p>Bacteriofago. Estudios epidemiológicos en tifoidea</p> <p>Estudio comparativo entre hisopado laríngeo y lavado gástrico en la TB</p> <p>60 casos de Lepra estudiados en el INHMT "LIP"</p> <p>Infección experimental del Panstrongylus chinai por el Tripanosoma cruzi</p> <p>Breve ensayo de educación sanitaria</p> <p>Nota sobre el aislamiento de Dermatofitos</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>M. Toral Viteri</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. Briones A.</p> <p>F. Avilés N. y E. Blum G.</p> <p>L. Espinoza B.</p> <p>M. Toral V.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p>
1955	<p>Uso del hisopo para la siembra en el cultivo del Mycobacterium TB.</p> <p>Representante del género Eratyrys</p> <p>Principios nutritivos y bacteriológicos del queso al detal</p> <p>Epidemiología de la enfermedad de Chagas en Ecuador</p> <p>3 casos de Micetoma Podal, en especial uno producido por Allescheria boydil</p>	<p>L. Baquerizo A. y F. Herz</p> <p>L. Espinoza B.</p> <p>C. Esteves V.</p> <p>L. Espinoza B.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p>
1955	<p>Control sobre barbitúricos y analgésicos opiados</p> <p>Método para el diagnóstico precoz de la Rabia en animales sospechosos</p> <p>Chlamydozoon oculogenitale</p> <p>Informe de labores del Servicio Nacional Antimalárico, período Jul. 1/54 a Jun.30/55</p> <p>Notas prácticas de laboratorio. Construcción improvisada de tubos de Roux.</p>	<p>C. Vélez M.</p> <p>R. Nevárez V.</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. Montalván C.</p> <p>A. Quiroz S.</p>
1955	<p>Encuesta sanitaria dental</p>	<p>G. Prado V.</p>
1955	<p>Escherichia coli como agente patógeno en gastro-enteritis infantiles</p> <p>Coloración de alimentos en relación con el cáncer y el fraude común</p> <p>Aislamiento de bacilos tuberculosos de las materias fecales</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. Muñoz</p> <p>F. Herz</p>

1956	<p>Resultados de los cultivos en el diagnóstico de TB</p> <p>Vacunación con BCG en el Ecuador</p> <p>TB pre-senil y senil</p> <p>Invalidez por TBC</p> <p>Quimioterapia moderna de la TB</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. Higgings</p> <p>P. Marangoni</p> <p>P. Marangoni</p> <p>J. Higgings</p>
1956	<p>Los Phlebotomus del Ecuador</p> <p>La enfermedad de Chagas, un problema social de Guayaquil.</p> <p>La Cicloserina, un nuevo antibiótico tuberculostático</p> <p>La Lepra en el Ecuador</p> <p>Antibióticos como anticontaminantes en los cultivos para diagnóstico de TB</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. Espinoza B.</p> <p>F. Herz</p> <p>F. Avilés N. y E. Blum G.</p> <p>F. Herz</p>
1956	<p>Amibiasis cutánea</p> <p>Bacterias en huevos de gallinas</p> <p>Presentación de un sencillo aparato de Micro-Kjeldahl</p> <p>Un nuevo medio de cultivo del Mycobacterium TB</p> <p>Control bacteriológico de sección estéril del laboratorio de BCG del INHMT "LIP"</p> <p>Estado inmunoalérgico de lepra</p>	<p>C. Nevárez V., F. Avilés N.</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. Martus-Merril</p> <p>F. Herz</p> <p>A. Quiroz S.</p> <p>E. Blum G.</p>
1956	<p>Mis afortunadas excursiones entomológicas por el territorio Ecuatoriano</p> <p>Divagaciones científicas para una obra médico-psicológica</p> <p>Proforma del reglamento de control de medicamentos y cosméticos</p> <p>R. de aglutinación y lisis en sueros de conejos infectados con 4 c. de Leptospiras</p> <p>La permanganimetría en m. alcalino y su aplicación a la determ. de a. ascórbico</p> <p>Composición química del b. TB y la actividad biológica de sus componentes</p>	<p>F. Campos R.</p> <p>E. Reyes T.</p> <p>E. Aguirre V. y L. Solórzano C.</p> <p>S. Altamirano</p> <p>J. Martus M.</p> <p>F. Herz</p>
1957	<p>Inmunidad en cobayos inoculados con Toxoplasmas muertos</p> <p>Viscerotomía hepática en la República del Ecuador</p> <p>C. de erradicación de Malaria en Ecuador. Aspectos generales</p> <p>Susceptibilidad de b. TB Estreptomycin resistentes a Cicloserina-Isoniacida</p> <p>La Lepra en el Ecuador. Sugerencias para su control</p> <p>El empleo de los R.X., y de otras radiaciones Ionizantes</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>M. Pará y F. Avilés N.</p> <p>T. Ayala M.</p> <p>F. Herz</p> <p>E. Blum G.</p> <p>ONU</p>

1957	<p>Influencia microbiana en la transformación de los alimentos</p> <p>Estudio del pH de los cultivos de B.C.G. de 10-11 días en medio de sauton líquido</p> <p>Hígado poliúístico</p> <p>Investigación de trichinella spiralis en las ratas y cerdos, en la ciudad de Guayaquil</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>A. Quiroz S.</p> <p>J. L. Moral G.</p> <p>B. Cárdenas V.</p>
1957	<p>Resumen informativo sobre poliomielitis</p> <p>El problema de la defensa de la fauna y flora de los países americanos</p> <p>Algunas consideraciones prácticas en la campaña de control de la peste</p>	<p>M. Toral V.</p> <p>F. Campos R.</p> <p>C. Sáenz V.</p>
1957	<p>Alimentos y enfermedades parasitarias</p> <p>Blastomicosis sudamericana: tratan de un caso con sulfanethoxypridazina y plastia quirúrgica</p> <p>A propósito de un caso de blastomicosis sudamericana procedente de la prov. de Loja</p> <p>Diag. bacteriológico de difteria en el INHMTLIP</p> <p>El recuento de huevos de uncinarias, algunos datos obtenidos en Guayaquil.</p> <p>Epidemiología de la malaria en el Ecuador y su evaluación en la campaña de erradicación.</p>	<p>J.D. Rodríguez</p> <p>F. Rizzo V., M. Arzube R.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>A. E. León G.</p> <p>J.D. Rodríguez</p> <p>T. Ayala M.</p>
1958	<p>Cultivo "in vitro" de células</p> <p>Aislamiento de hongos patógenos del suelo</p> <p>Acerca de 120 apendicetomías</p> <p>Trachoma en el Ecuador (Diagnóstico de Lab.)</p> <p>Estudio de la prueba de sedimentación de Zeleny</p> <p>Reservorios del Toxoplasma gondii</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>F. Avilés N.</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>G. Bigalli</p> <p>B. Cárdenas V.</p>
1958	<p>Cultivo de células de amnios humano</p> <p>La rabia paralítica bovina en el Ecuador</p> <p>La peste Bubónica: Problema de urgente resolución</p> <p>Encefalitis a virus transmitidos por artrópodos</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>A. Muñoz D. y L. Ordóñez A.</p> <p>O. Jervis A.</p> <p>L. Baquerizo A. y F. Mármol</p>
1958	<p>Encefalitis a virus transmitidos por artrópodos III</p> <p>Revisión de las micosis profundas en el Ecuador</p> <p>Pruebas "in vitro" de sensibilidad a los antibióticos y quimioterápicos</p> <p>Frecuencia chagásica en 150 cardiomegálicos</p> <p>Encefalitis a virus transmitidos por artrópodos IV</p>	<p>L. Baquerizo A. y F. Mármol</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>S. Galindo V.</p> <p>L. Baquerizo A. y F. Mármol</p>

1959	<p>Aislamiento del virus de la encefalitis equina de un caso humano</p> <p>Cardiopatía chagásica crónica.</p> <p>Lesión facial humana, producida por endemicopsis epidermalis</p> <p>Procedimiento para el diagnóstico de las "Enterobacteriaceae"</p> <p>Los mejoradores de harinas</p>	<p>L. Baquerizo A. y F. Mármol</p> <p>S. Galindo V.</p> <p>A. Chávez B., J. Silveria y</p> <p>S. Tavares</p> <p>L. Baquerizo A. y</p> <p>O. Rodríguez B.</p> <p>J. Muñoz</p>
1959	<p>Virus de encefalomiocarditis en Guayaquil.</p> <p>Schwannomyces hominis en el recién nacido.</p> <p>Visualización de pústulas de la membrana coriolantoidea del embrión de pollo</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>y F. Mármol</p> <p>A. Chávez B., J. Rego V. Y</p> <p>R. Pessoa C.</p> <p>L. Baquerizo A. y</p> <p>O. Rodríguez B.</p>
1959	<p>Aislamiento de T. cruzi por inoculación de suero humano en ratón</p> <p>Epidemiología de la enfermedad de Chagas en Ecuador</p> <p>Exclusión de paternidad por los grupos sanguíneos</p> <p>Virus transmitido por Artrópodos</p>	<p>L. Baquerizo A.,</p> <p>F. Avilés N. y</p> <p>F. Mármol C.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>L. Baquerizo A.</p> <p>L. Baquerizo A.</p>
1959	<p>Vacuna Irradiada Antituberculosa</p> <p>El medio de Sautón modificado por Cancela y Ures de Bravo</p> <p>Investigación de la Encefalitis de San Luis, en Ecuador</p>	<p>E. Rivera G.</p> <p>A. Quiroz S.</p> <p>L. Baquerizo A. y</p> <p>F. Mármol C.</p>
1960	<p>Las moscas (BRACHICERA) del Ecuador</p>	<p>F. Campos R.</p>
1960	<p>Contribución al estudio de las hormigas (Brachycera) del Ecuador</p> <p>Anticuerpos para encefalitis venezolana por la prueba de seroneutralización</p> <p>Apuntes para un plan de acción del departamento de educación para la salud</p> <p>Resistencia al Dieldrín por Albimanus y Punctimacula en la costa ecuatoriana</p>	<p>F. Campos R.</p> <p>A. Coronel S.</p> <p>M. Toral Viteri</p> <p>M. Arzube R.</p>

1960	<p>Niveles inmunitarios materno-infantiles</p> <p>Observación micológicas sobre tinea capitis, corporis y unguium en Guayaquil.</p> <p>Los Phlebotomus del Ecuador</p> <p>Presencia de hongos Patógenos en el suelo</p> <p>Resumen de bioestadística y estadística sanitaria</p> <p>Volumen muscular relativo</p>	<p>L. Baquerizo A.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>M. Arzube R.</p> <p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>A. Pérez L.</p> <p>R. Enderica V.</p>
1961	<p>Datos epidemiológicos sobre Giardiasis en Guayaquil.</p> <p>Micobacterias atípicas</p> <p>Sobre un caso de Leishmaniasis tegumentaria difusa</p> <p>Educación para la salud necesita mejor comprensión</p> <p>Rociado con DDT y la dispersión del T., dimidiata latreille en Guayaquil.</p> <p>Encuesta dietética en Guayaquil.</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>E. Rivera G.</p> <p>F. Zerega P.</p> <p>M. Toral Viteri</p> <p>M. Arzube R.</p> <p>D. Lucio A.</p>
1961	<p>Enfermedad de Chagas en Guayaquil 1959 - 1961</p> <p>La Blastomycosis y su incidencia en 1,300 autopsias</p> <p>Aislamiento y serotipos de Shigellas en menores de 2 a. con síndrome diarreico agudo</p> <p>Reacciones de precipitación por medio de la difusión en agar</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>F. Zerega P.</p> <p>R. Mosquera M.</p> <p>M. Vanegas A.</p>
1962	<p>Primeras investigaciones sobre leptospirosis bovina en Ecuador</p> <p>Diagnóstico de las micosis profundas por precipitación en agar-gel</p> <p>Variedad y toxigenicidad de las c. de C. diphtheriae aisladas en Guayaquil.</p> <p>Aumento de la resistencia a los antibióticos de las bacterias Gram positivas en Guayaquil.</p>	<p>L. Bravo M.</p> <p>R. Lazo S.</p> <p>R. Mosquera M.</p> <p>D. Urigüen B.</p> <p>M. Arzube R.</p> <p>F. Parra G. y W. Reddy</p> <p>M. Toral Viteri</p>
1963	<p>Resultados de campaña antichagásica en un sector de Guayaquil.</p> <p>La mosca</p> <p>Salmonella typhi en enfermos del Hospital de aislamiento de Guayaquil.</p> <p>Resistencia al cloranfenicol de las cepas de Salmonella typhi</p> <p>Contraindicaciones al diag. etiológico de vulvovaginitis en mujeres grávidas</p> <p>Informe sobre electroforesis de las proteínas séricas de la leche</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>F. Campos R.</p> <p>J. Neptalí M.</p> <p>O. Villamar</p> <p>V. Vera</p> <p>M. Reinoso P. y</p> <p>M. Reyes V.</p>

	Mesa redonda: Control de Alimentos	M. Reinoso P., A. Pareja C., J. Montalván C., G. Legarda S., M. Gómez L. y L. Andrade C.
1964	Pielonefritis en la infancia Un caso de meliodosis humana Único caso de colitis quística profunda Aislamiento de cepas de virus de Poliomiélitis y de Coxsackie Mesa Redonda: Fiebre Tifoidea Algunos aspectos de la mortalidad materna en Ecuador Nivel de salud del pueblo Manabita	J. Orellana B. J. Biegeleisen, R. Mosquera y W. Cherry F. Zerega P. F. Mármol C. C. Sáenz V., J. Auz, A. Puga, V. Rubio G., G. Legarda S., N. Parducci Z., J. Monteverde C., L. Gómez L., D. Urigüen B. y J. Moral G. J. Cabezas R. H. Moreno L.
1965	Micetoma del dorso por Nocardia asteroides La pared alveolar en diferentes etapas del edema pulmonar agudo experimental La inmunofluorescencia en el diagnóstico de la difteria Tratamiento inmunobiológico del asma por gamma globulina-histamina Programa de odontología sanitaria a nivel nacional Mesa Redonda: Difteria, tosferina y tétanos Efecto de la alimentación adicional en escolares pobres (1958 - 1961) Evaluación de la atención infantil en el Centro de Salud # 2 de Guayaquil.	J. D. Rodríguez M. G. Cornejo M. y F. Zerega P. W. Arreaga F. M. Lazo S. G. Prado V. C. Sáenz V., R. Mosquera M., J. Amador Y., A. Borja G., E. Álvarez C., J. Moral G., J. Cabezas R. y J. Falcón y R. Enderica V. R. Andrade F. y D. Rodas C.

1965	<p>Actinomicosis Toracopulmonar. I Aspecto micológico</p> <p>Actinomicosis Toracopulmonar. II Aspecto clínico y tratamiento</p> <p>Hidatidosis alveolar</p> <p>Formas sexuadas de fungi imperfecti aisladas de tierras del litoral ecuatoriano</p> <p>Las pancreatitis. Estudio experimental</p> <p>Observaciones sobre Endamoeba moshkoyskii. Ameba de vida libre aislada en Guayaquil.</p> <p>Aspectos anatomopatológicos de la Paragonimiasis pulmonar</p> <p>Resultados de pruebas de comprensión después de tratamiento antianémico</p> <p>Estudio de anemias en embarazadas</p> <p>Incidencia de Rabia canina en Guayas y aspectos de su diag. Clínico y de laboratorio,</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>R. Lazo S.</p> <p>F. Zerega P.</p> <p>R. Lazo S.</p> <p>G. Cornejo M.</p> <p>R. Macías C.</p> <p>C. Von Buchwald</p> <p>R. Enderica V.</p> <p>G. López M.</p> <p>J. Bruno M.</p>
1965	<p>Alergia fúngica en Otorrinolaringología</p> <p>Valoración de dietas hipoproteicas para investigación nutricional</p> <p>Pielonefritis en experimental</p> <p>Inmunidad pasiva a la poliomielitis en el niño al momento del nacimiento</p> <p>Mesa redonda: Contaminación de masas de agua</p> <p>Evaluación de la atención maternal en el centro de salud # 2 de Guayaquil en 1964</p>	<p>J. D. Rodríguez M.</p> <p>F. Parra G.</p> <p>W. Arreaga F.</p> <p>E. Gutiérrez V.</p> <p>M. Reinoso P., R. Castilla G.,</p> <p>D. Urigüen B., M. Reyes V.,</p> <p>F. Parra G., A. Sonnenholzner V.,</p> <p>M. Cobos y A. Puga</p> <p>R. Andrade F. y D. Rodas C.</p>

Ecuador and United States Help.

Fuente: RAC, RF, RG 2, 1943, General Correspondence, Series 315, Box 253, Folder 1745.

attached to Halperin's letter of June 18th
MAY 31, 1948
JUL 9 1948
317
Health

ECUADOR AND UNITED STATES HELP

Many North Americans have often asked "What is the United States doing in Ecuador? Why?" We would like to throw some light on this matter which at this moment stands in danger of being obliterated - because we know so little about it.

Ecuador is a small country of approximately 3,000,000 inhabitants. The settlement of Ecuador in the sixteenth century by Spain is a history already familiar to most of us. After the capture of Atahualpa, the Inca king, conquest became an easy matter.

Ecuador is a poor country. Its economy is by and large based on agriculture and an agricultural system which has developed slowly with the ages. The Indians still till and plow the soil with oxen and hand tools as did their forefathers centuries ago.

Ecuador is on the verge of a revolution. This revolution will be economic and not of actual physical fighting. The country is waking up to its natural resources and the realization that it can no longer exist in a shrinking world without the cooperation of all of its people. The time is rapidly approaching when the country, if it is to exist as an independent nation, can no longer be ruled by 10 to 15 per cent of the population, as it now is. This country has unlimited natural resources such as: a) A climate that is unsurpassed by any place in the world. Up in the high slopes of the Andes there is freezing weather, while down along the coastal and low valleys there is a warm wet tropical climate; b) Rich, fertile lands abound throughout the country. In the sierra regions the rich soil is of volcanic origin and produces fruits and grains. Along the coast the rich organic soil of the valleys produces abundantly all types of tropical fruits and vegetables known; c) Natural untapped resources of lumber, minerals and oil; d) Cheap labor. There are thousands upon thousands of Indians, men, women and children, who make wonderful workers, their only need being training and organization; e- The last, but by no means the least attribute of Ecuador is that it is blessed with grand scenery. Grand is the only word that expresses the inspiration experienced when one stands in the Capital City of Quito on a clear day and observes the towering Cotopaxi, the Cayambe, the Antisana and the two Illiniza mountains covered the year around with snow. Their majestic sombre beauty is unsurpassable.

The country has wonderful beaches and harbors with the finest fishing to be found anywhere from the coast of Ecuador south to the Galapagos Islands. Surely, it should be the vacation spot of the world.

Down through the ages in Ecuador the country has been ruled by a very small percentage of her people. The ruling class, beginning with the Spanish conquerors and the Inca Indians to the present time when a few Spanish families have hoarded most of the wealth, have suppressed the Indians and peons with superstition, fear and ignorance.

The younger men and women of the country who have gone abroad to study have returned with modern ideas and the conviction that they can no longer exist in this world with superstition and ignorance, and if Ecuador is to continue as an independent nation they must do away with professional jealousies and family feuds and learn that culture alone is not enough. These few progressives realize that the time has arrived for

them to stop spending so much time in revolutions and spend a little more time in educating the entire population.

With a poor economy Ecuador has, in addition, poor health facilities and as a result, a high mortality and morbidity rate. Diseases such as typhoid, typhus, amoebic and bacillary dysentery, malaria and intestinal parasites are very common. One of the cities of Ecuador is said to have the highest mortality from tuberculosis in the world. Malaria also takes its toll of death and accounts for 18 to 20% of all deaths. A tropical climate, inadequate funds, ignorance among the masses, and a low standard of living lead to other conditions such as poor hygiene, poor housing, poor nutrition, and mendicancy.

As a result of the lack of real interest by the ruling class for the mass of people, ignorance and disease are very much in evidence throughout the entire country, which leads me to the real text of my sermon, that of health and sanitation for Ecuador.

In 1941 through 1945 the United States discovered that we had a war on our hands, and this suddenly brought to our attention the fact that we not only must have cooperation and organization within our own midst, but that we also needed the help and good will of our neighbors. When we looked over one of our fences towards Mexico and Central and South America, we discovered that our neighbors were not too friendly with us and that the enemy had lost no time in establishing a very strong fifth column in these countries. Something had to be done and done quickly, so we in the States sent immediately missions to Ecuador and other Latin American countries to find out what we could do to merit their cooperation.

In 1942, the United States proposed help for Latin American countries, offering to cooperate in the improvement of health and prosperity of the respective countries. Ecuador, anxious to raise the standards of health and living for its people, was the first country to accept this proposal. The United States volunteered funds and technicians to be matched by funds from the Ecuadorean Government. In March, 1942, the Inter-American Cooperative Health Service of Ecuador was established, directed by a staff of technicians from the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs, representing the U. S. Government, -- Doctors, nurses, architectural engineers, construction and sanitary engineers, health educators and social service workers were sent to work in Latin American countries to bring them some of the United States "know how".

The Inter-American Cooperative Health Service has been working in Ecuador for almost six years in which time there has been a total expenditure of over \$3,000,000 contributed by the Government of the United States, the Government of Ecuador, and private health agencies. The Government of Ecuador contributed by far the greatest proportion of this money.

Ecuador asked for hospitals, and rightly so because it was with modern buildings that the health needs could best be served and that the strongest impression could be made on the population that the country was launching a real public health program.

Three million dollars for a cooperative health service for three million people for six years may seem a small amount but one of the most important things to consider is the economy of Ecuador and the effort it has cost.

the people to cooperate with funds, but with the advent of the Inter-American Cooperative Health Service, there has been a tremendous drive on the part of the Ecuadorians to keep pace with modern methods of public health. The Government put forth great effort in securing funds in order to profit by the opportunity offered by the United States through what is now known as The Institute of Inter-American Affairs, a corporation of the United States Department of State.

Ecuador would have progressed at its normal pace but with the contribution made by the United States, a great stimulation has been afforded. Hospital construction, sewage disposal, water supplies, malaria control work, training programs, and similar projects have been started.

In the six years in which Ecuador and the United States have been working together, more hospitals are being built than would be in many decades. This program consists of constructing and remodeling of twelve hospitals. In addition, plans and technical supervision are furnished for the construction of dispensaries and health centers. To facilitate medical aid for native rubber workers of the U. S. Rubber Development Corporation one hospital and 20 dispensaries were constructed and equipped.

Training programs have been arranged locally and in the United States in nursing, hospital administration, medicine, engineering and health education.

Now World War II is ended and the honeymoon period is over, but we have the moral obligation to this country to follow through our program and finish these buildings, give them enough equipment to at least start operating some units of the hospitals, and help them to staff these hospitals. We will be doing Ecuador a great injustice if these monuments are not completed and the Ecuadorians are not trained to operate these various programs.

If the United States stops the program now we shall have increased the burden of the Ecuadorians rather than to have helped them.

Progress has been made but the job is by no means finished. Hospital construction is still incomplete. Ecuador needs our technical help in training professional and auxiliary workers to staff the hospitals. Improvement of health conditions and prosperity of a people cannot be accomplished in the short space of six years. Malaria control programs have only just begun to give results, and health education is a long term process.

Ecuador is interested, eager and willing. Ecuador is accepting our technical advice and suggestions. The people are not ready or able to continue this huge job alone. To leave them now is to frustrate the very objectives that the United States set out to accomplish. It would be leaving a job not even half finished, and one which would prove a total loss, because Ecuador is not yet ready to carry on alone, either technically or financially. The people of Ecuador still need our help.

I have noticed from the papers in Ecuador that the funds for the Institute of Inter-American Affairs have been reduced to the point where there is not enough left for administrative expenses, much less for finishing the hospitals, which would be left without water, sewers, septic tanks, lights, equipment or personnel. The minimum amount of money necessary to

April 8, 1948

Mr. Clarence J. Starling, Jr.
Director, Health and Sanitation Division

finish these monuments and to do a real health and sanitation program is only one million and a half dollars. The Ecuadorean Government stands willing and pleading for technical help and a small amount of financial help to do this job. They will put up by far the largest proportion of the money necessary to carry out this program.

It is the opinion of those of us who are here and who see the program, that it is very important for the United States Government to follow through and finish a worthwhile job which will go far "to save lives and keep the peace".

My request is that you be a little patient for the present. I shall appreciate receiving your criticisms and comments. This report shall consist of the following headings:

1. Chief Aim
2. Over-all plan to accomplish this aim
3. Organizations:
 - (a) Of the office: Health, and Sanitation
 - (b) Of the medical profession
 - (c) Of the "powers that be"
4. Building Program
5. Sew Construction
6. Malaria program
7. Public Health Nursing
8. Health Education
9. Intestinal Parasite Control
10. Tons

1. Chief Aim: "Save lives and keep the peace" -- this is the motto that you, Dr. Wampler, and myself, with the other members of your staff, discussed while we were in Washington.

2. Over-all Plan: To accomplish this aim we must include a clear, definite program or blue print to follow. Regarding the relationship of the American personnel to the Ecuadoreans, my conception of our job is to act as technical advisors and to render help to improve the Ecuadorean way of life. We need, first of all, very highly trained, specialized personnel to head up the various departments, and then it is no necessary that all of us try to understand the Ecuadorean philosophy and to attempt to help them by cooperation and suggestion rather than by force of personnel and material, by knowing and shifting the responsibility to their shoulders as far as possible so that we save our money and get home with a good will done. It is as President Roosevelt said Ambassador Ellwood and myself have seen -- that if we forever do all of the work for the Nationals without enabling them realize their responsibilities and abilities, then Ecuador will never be an independent nation but will always be dependent on the United States to do all of the hard jobs for them and, in such case, they shall be subservient to the United States.

3. (a) Organization of the office: I am attempting to divide the office personnel into departments and clearly define duties.

Mr. Blanton, Associate Chief of Party, who arrived on March 15, has begun his work in earnest and I have assigned to him the departments of the Engineering Department. He certainly is not letting any grade go under his feet, with the able assistance of Mr. Lewis. They both have a remarkable insight as to the problems that we have

Anexo n° 3.

El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” en el contexto nacional e internacional.

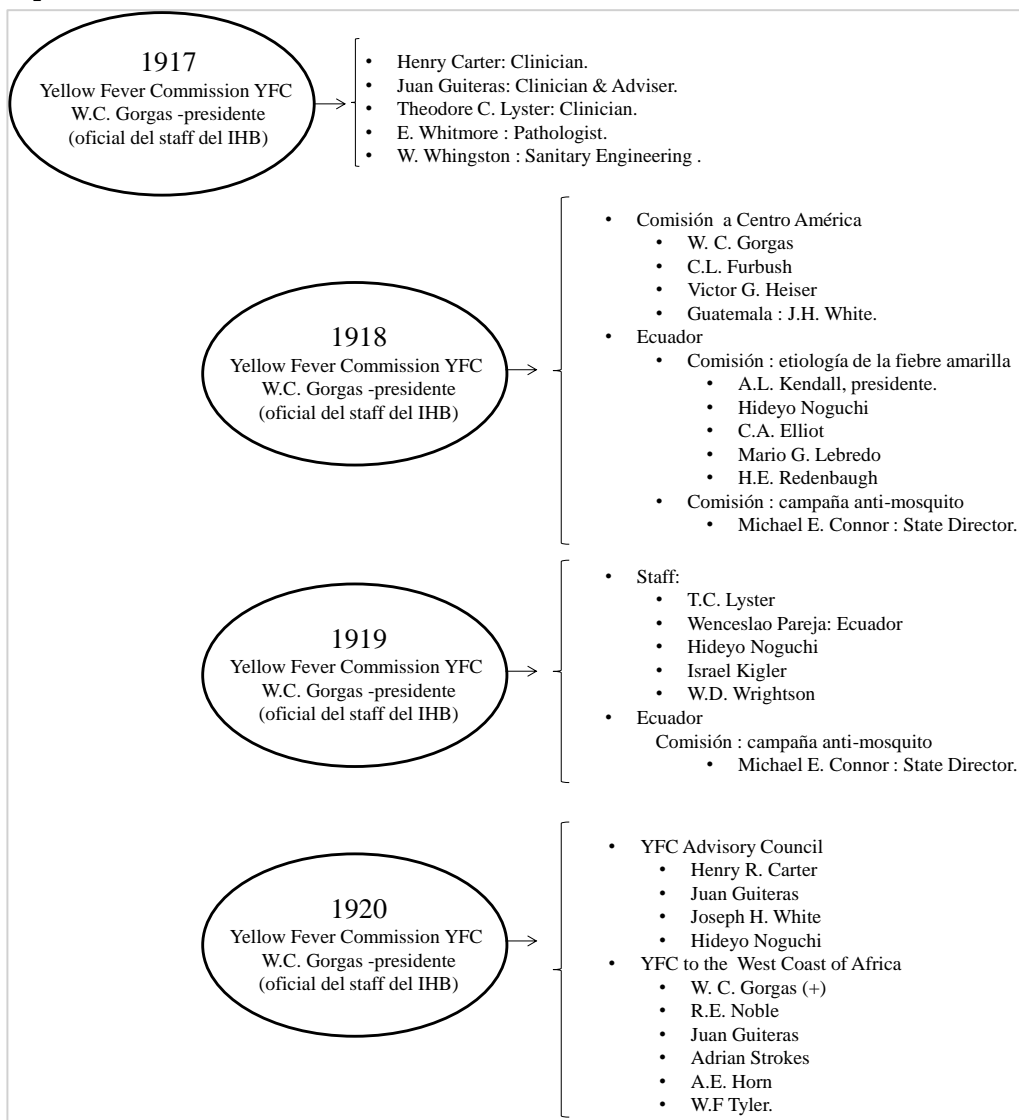
Fuente: Elaboración propia a partir de Boni, A. (2010); Cueto , M. (2004); Delgado, G.; Estrella, E.; Navarro, J. (1999) e informes anuales del INH-LIP (1941-1986).

SALUD INTERNACIONAL			
Colonialismo europeo.		Curativo	Orientado a satisfacer las necesidades de los administradores de las colonias y residentes europeos y sus familias.
1830-1924.	INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA PARA LA SALUD PÚBLICA. 1. Organizaciones Internacionales (1902-1941-Presente). 2. INHMT-LIP (1941-2012)	Prevención de enfermedades.	Orientado a la creación de las primeras organizaciones de salud internacional para el control de enfermedades en puertos y fronteras.
1900-1946.		Control de enfermedades.	Orientado al objetivo dominante. Las organizaciones privadas introducen servicios de Salud integral.
1946-1980.		Diversificación de los servicios integrales de salud.	Orientado a la ampliación de los objetivos de las agencias internacionales. Desarrollo de campañas sanitarias de erradicación.
1978-presente.		Conflicto entre la atención primaria a la salud y la atención a la salud selectiva.	Orientado al resurgimiento de las campañas sanitarias verticales de la etapa entre 1948 y 1970.

Anexo n° 4.

Cronología de la Yellow Fever Commission to Ecuador YFCE entre 1917 y 1920.

Fuente: Elaboración propia a partir del *International Health Board, Annual Reports: 1917-1920*⁴²⁸.

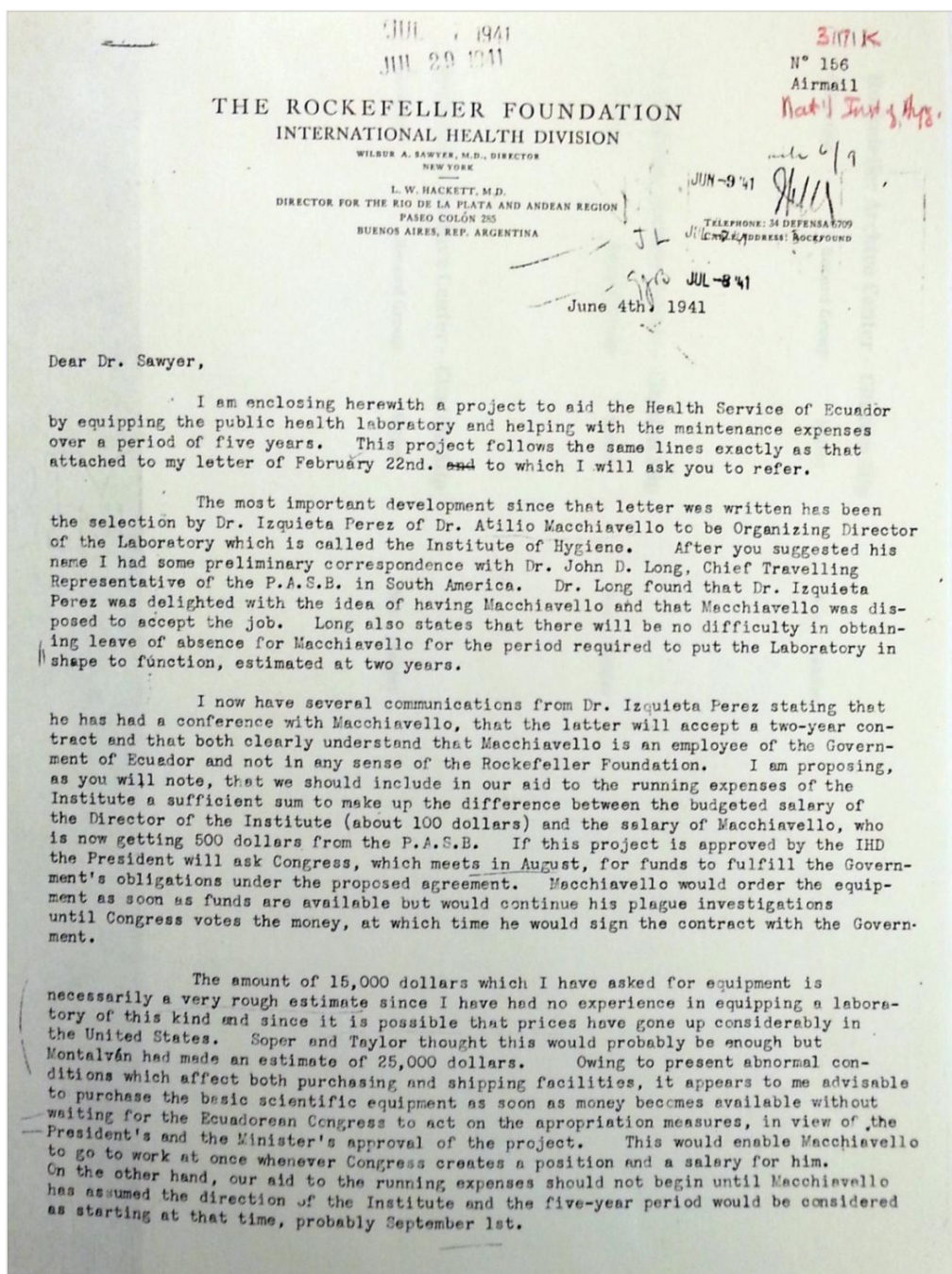


⁴²⁸ Para 1917, Ver: Rose, W. (1917). *International Health Board, Annual Report*. 61 Broadway, New York, N.Y., U.S.A.: Rockefeller Foundation Archives, p. 8-11. Para 1918, Ver: Rose, W. (1918). *International Health Board, Annual Report*. 61 Broadway, New York, N.Y., U.S.A.: The Rockefeller Foundation, p. 8-9. Para 1919, ver : Rose, W. (1919). *International Health Board, Annual Report* . 61 Broadway, New York, N.Y., U.S.A: Rockefeller Foundation, p. vii-ix. Para 1920, Ver: Rose, W. (1920). *International Health Board, Annual Report*. 61 Broadway, New York, N.Y., U.S.A.: Rockefeller Foundation, p. vii-xi.

Anexo nº 5.

Proyecto de la IHD para ayudar a la Dirección General de Sanidad para el equipamiento y manteminiento del Instituto Nacional de Higiene INH por cinco años.

Fuente: RAC, RF, Rockefeller Collections, RG 1.1 Projects, Series 317 Equator, Box 1, Folder 317 K.



PROJECT

ECUADOR: National Institute of Hygiene - Equipment, and aid to personnel and running expenses over a period of five years.

This is a NEW PROJECT. Relation to program: Aid to the State and local Health Services.

Previous interest: In 1917 - 18, collaborated in the organization and direction of anti-stegomyia work in Guayaquil and until 1938 in a viscerotomy service. No previous interest in general public health.

General description:

1) The health problems of Ecuador are the usual human problems of tuberculosis, V.D., smallpox, dysentery, plague, typhus, typhoid, diphtheria and a high infant mortality, all exaggerated tremendously by the great poverty and ignorance of the mass of the people. In addition are the special problems of the wet tropics such as malaria, ancylostomiasis, yellow fever, yaws, and in lesser degree verruga, leishmaniasis and American trypanosomiasis. On the other hand there is little leprosy and no rabies.

2) Little epidemiological knowledge exists of any of these diseases except for plague which the Panamerican Sanitary Bureau has adopted as its special concern, and yellow fever which has been surveyed by Soper, Rickard and Walcott. One reason for this is that there is no public health laboratory in the country able to investigate these diseases, orient field work for their control, or provide for the other necessities of a Health Department such as diagnosis, food and drug control, or vaccine production.

3) A Health Department exists but with insufficient budget and inadequately trained personnel. The budget for 1941 which is given below indicates the activities and the peculiar distribution of funds:

Administration	sucre	158,000
Expenses, transport, supplies, labor	"	750,000
Isolation, disinfection, vaccination	"	50,000
Special diseases: tuberculosis	"	75,000
plague	"	760,000
venereal diseases	"	25,000
yellow fever	"	50,000
Sanitary inspection and police	"	50,000
Infant and maternal welfare (mainly midwives)	"	75,000
Port sanitation	"	20,000
Provincial delegations	"	130,000
Panamerican Sanitary Bureau	"	16,000
LABORATORIES	"	12,000
Contingent	"	160,000
		<u>2,331,000</u>

(the sucre is worth about 7 ¢) or about \$ 157,000

Glancing over the above it will be noted that about one-third of the total budget is being spent on plague, a problem on which the P.A.S.B. is concentrating its efforts, to the complete exclusion of malaria and hookworm from the budget. There is no sanitary engineering or statistics, and an insignificant amount is spent on laboratories.

4) Two years ago an excellent man was appointed Director of Health, Dr. Leopoldo Izquieta Perez, who seems to have the complete confidence of the Government

b) Pay the difference for two years between the salary of 1,500 sucres monthly which will be provided in the Institute budget for the permanent Director and the salary of 500 dollars monthly which Dr. Macchiavello now receives from the P.A.S.B.. At the present rate of exchange, which is fairly stable around 16 sucres to the dollar, this difference would amount to 400 dollars a month, or 4,800 dollars a year for two years beginning approximately September 1st. 1941.

c) Contribute the sum of 360,000 sucres (approximately 25,500 dollars) over a five year period on a decreasing scale as follows:

		<u>R.F.</u>		<u>Government</u>		
First year	sucres	120,000	sucres	120,000	240	.50
Second "	"	96,000	"	144,000	"	.40
Third "	"	72,000	"	168,000	"	.30
Fourth "	"	48,000	"	192,000	"	.30
Fifth "	"	24,000	"	216,000	"	
Total	"	360,000	"	840,000		

The Government agrees thereafter to appropriate at least 240,000 sucres annually for the expenses of the Institute.

The R.F. will offer fellowships to help provide a trained medical personnel for the Institute provided suitable candidates are found and are guaranteed full-time employment in the Health Department on their return, at adequate salaries.

Future implications: Before the end of the five year period contemplated above, it is probable that a request will be made for IHD cooperation in field surveys of malaria and hookworm infection preparatory to attempting to control these endemic diseases. It is also probable that the IHD will have to take a more direct part in the anti-stegomyia campaign in Ecuador if Perú succeeds in eliminating this mosquito south of the frontier. At this moment no plans can be envisaged for health centers or Public Health Nurses.

Comment: Before the end of the year there will be sufficient personnel available to start work in the Institute. Besides Macchiavello, Dr. Saenz Vera, head of the plague work, will enter the Institute, and there are three Ecuadorean doctors now studying in the United States, namely:

Dr. Crusellas - Chemistry, bromatology.	(Local fellowship)
Dr. Mosquera - Pathology, serology	(P.A.S.B. ")
Dr. Higgins - Vaccines, tuberculosis	(" ")

It is also encouraging that the cities of Guayaquil and Quito are about to sign contracts with an American firm to sink wells to provide a safe and abundant water supply for these cities. All the milk will soon be pasteurized in Guayaquil. So that while Ecuador is a very poor country, this seems a propitious moment for lending assistance to the health program. There is practically nothing to tear down and any number of things to do.

After discussions with Dr. Izquieta Perez and Dr. Andrade M., the Minister of Health, LWH had an audience with the President of the Republic who agreed to use his power and influence to see that Government carries out all the obligations mentioned in this project. Congress will meet in August at which time the President will himself request the various financial appropriations needed to fulfill the terms of the proposed agreement.

Chavez

Anexo nº 6.

Currículum vitae del Dr. Atilio Machiavello Varas.

Fuente: Principales antecedentes del profesor Doctor Atilio Macchiavello Varas. (I. 1962). Disponible en: <http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/1177/1/REG%20162%20ASESORIA%20GENERAL%201963%201964%20.pdf>. Con acceso el 22 abril 2013.

PRINCIPALES ANTECEDENTES

DEL PROFESOR DOCTOR ATILIO MACCHIAVELLO VARAS. (I. 1962)

ATILIO MACCHIAVELLO, Chileno, Nac. Antofagasta, 7 Diciembre 1902

Casado con Marta Letelier, Chilena, 4 hijos, 3 independientes

Residencia privada: 85 Tenderini, Dep. 50, Santiago de Chile

Residencia profesional permanente: Palais des Nations, Ginebra, Organización Mundial de la Salud

Cargo presente: Jefe, Oficina de Evaluación de Programas, OMS, Ginebra.

Títulos y grados Universitarios:

1919	Bachiller en Humanidades, Universidad de Chile
1921	Bachiller en Medicina y Farmacia, Universidad de Chile
1924	Licenciado en Medicina y Cirugía, Universidad de Chile
1926-5-I	Médico-Cirujano (Doctor en Medicina), Universidad de Chile
1936	Doctor en Salud Pública, Cum Laude Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard, Boston, E.U.
1938	Profesor Extraordinario de Higiene y Medicina Preventiva, Universidad de Chile

Cargos Docentes Más importantes:

1922-23	Asistente de Laboratorio, Cátedra de Medicina Interna, Profesor O. Maira, Universidad de Chile
1923-26	Ayudante Jefe Trabajos Prácticos, Cátedra de Patología General y Bacteriología, Prof. Rafael Toro Amor, Escuela Dental, Universidad de Chile
1938	Profesor de Acción Sanitaria, Escuela de Verano, Cursos para Enfermeras, Stgo.
1938	Profesor de Epidemiología y Bio-Estadística, Primera Escuela de Salubridad, Universidad de Chile
1938	Profesor de Higiene y Medicina Preventiva (Extraordinario), Escuela de Medicina, Universidad de Chile
1943-44	Profesor de Higiene, Escuela de Farmacia, Universidad de Guayaquil, Ecuador
1943	Organizador y Profesor-Director, Curso de Medicina Tropical para Post-graduados, Universidad de Guayaquil, Ecuador
1951-52	Profesor de Medicina Tropical, Curso Oficial para Médicos Sanitarios, Universidad de Alejandría, Egipto
-	Profesor Invitado (1944) para dar curso sobre Fiebres Exantemáticas y curso sobre Administración Sanitaria, Universidad Central, Quito, Ecuador
-	Profesor invitado para dar Ciclo de Conferencias sobre Peste Bubónica, Universidad de Sucre, 1949, Bolivia
-	Profesor de Epidemiología y Bio-Estadística en el Curso para Médicos Sanitarios organizado en 1943 en el Instituto Nacional de Higiene, Guayaquil
1934-36	<u>Research Fellow in Bacteriology</u> , Escuela de Medicina, Staff del Departamento de Bacteriología, Universidad de Harvard, Boston, Estados Unidos.

Cargos en Laboratorios de Diagnóstico o de Investigación:

- 1924-26 Primer Ayudante, Institutos Científicos de la Junta Central de Beneficiencia y Asistencia Social, Santiago de Chile
- 1927 Profesión privada en Laboratorio de mi propiedad. (Servicios Diagnósticos gratuitos prestados a la Dir. Provincial de Sanidad, al Policlínico de Higiene Social y a la Campaña Antipestosa Municipal), Antofagasta, Chile
- 1928-34 Jefe del Laboratorio Municipal de Antofagasta, Chile
- 1929-35 Jefe del Laboratorio Central del Hospital del Salvador, Antofagasta, Chile
- 1930-32 Jefe del Laboratorio de la Primera División del Ejército de Chile, Antofagasta
- 1939 Organizador y Jefe del Laboratorio para Investigaciones de Peste, Ambato, Ecuador (Auspiciado por el Gobierno y la Oficina Sanitaria Panamericana)
- 1940-41 Instalación de un Laboratorio para Investigaciones de Peste Bubónica, en el Laboratorio de Salud Pública del Estado de Pernambuco, Recife, Brasil
- 1944-45 Organizador del Laboratorio para Investigaciones sobre Peste Bubónica, Huacho, Perú, dependiente del Servicio Nacional Antipestoso.
- 1946-49 Organizador y Asesor del Laboratorio para Investigaciones sobre Peste Rural y Selvática, Trujillo, Perú, dependiente del Servicio Nacional Antipestoso
- 1939 Director del Departamento de Investigaciones Científicas, Dirección General de Sanidad, Santiago, Chile.

Cargos en Hospitales:

- 1923-25 Interno Residente (estudiante), Hospital del Salvador, Santiago
- 1931-36 Director Titular del Hospital Regional "El Salvador", Antofagasta
- 1932-36 Director Titular del Hospital de Tuberculosos de Antofagasta

Cargos en Salud Pública:

A. Nacionales (incluidos en los escalafones correspondientes)

- 1928-34 Sub-Director de Sanidad Municipal, Antofagasta, Chile
- 1932-37 Creador y Director del Servicio Nacional Antipestoso de Chile
- 1932-36 Inspector Técnico Sanitario para la Zona Norte de Chile, Dirección General de Sanidad, Santiago
- 1936-37 Asesor Sanitario del Gobierno de Chile, del Ministerio de Salud Pública y de la Dirección General de Sanidad, con atribuciones de Director de Sanidad, Fuera de Escalafón, designado por Dto. Supremo
- 1937-39 Director General de Sanidad de Chile.

B. Internacionales (cargos rentados)

- 1939-42 Epidemiólogo, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington (Asesorando sucesivamente los Gobiernos de Ecuador, Perú y Brasil, principalmente en lo referente al control de la Peste Bubónica).
- 1942-44 Organizador y Primer Director del Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil, Ecuador, establecido por Convenio entre el Gobierno y la Fundación Rockefeller
- 1945-49 Departamento de Enfermedades Transmisibles y Cuarentena del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Asignado como Epidemiólogo-Consultor a la Oficina Sanitaria Panamericana, trabajando en la sede de Lima, Perú, para realizar investigaciones sobre enfermedades transmisibles y dar, en especial, asesoramiento a los Servicios Antipestosos de Sud-América
- 1949-50 Planning Officer, Región del Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud (encargado, bajo el Director Regional, de organizar los servicios médicos internacionales para el Medio Oriente, incluyendo Arabia Saudita, Aden, Chipre, Ethiopia, Eritrea, Egipto, Iran, Irak, Israel, el Reino Hashemita de Jordania, Líbano, Libia, Pakistán, Siria, Somalia, Somaliland Francés, Turquía y Yemen).
- 1950-53 Director of Medical Services, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, Organización Mundial de la Salud.
- 1953-55 Medical Officer, segundo en la Oficina de "Informes y Análisis", Sede de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- 1956-62 Jefe de la Oficina de Evaluación de Programas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Evaluación de todos los proyectos y programas de la Organización).

Asignaciones y Designaciones Oficiales en Salud Pública (sólo pasajes, viáticos, estipendios, etc.)

- 1932 Comisionado Viajero Temporal de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Perú y Ecuador
- 1939 Asesor del Gobierno del Uruguay para la elaboración del Código Sanitario
- 1934-36 Becado por concurso de la John Simon Guggenheim Memorial Foundation, para hacer investigaciones científicas médicas en los Estados Unidos, Universidad de Harvard, Escuela de Medicina, Cátedra de Bacteriología del Profesor Hans Zinsser. Beca renovada los años 1935 y 1936
- 1934 Comisionado por la Municipalidad de Antofagasta para hacer estudios en los Estados Unidos, sobre Saneamiento Municipal.
Comisionado por la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, para estudiar en los Estados Unidos, algunos aspectos de la Organización Hospitalaria
Comisionado por el Servicio Nacional de Salud, para estudiar en los Estados Unidos el Control de las Enfermedades Transmisibles.
- 1943 Asesoramiento al Gobierno de Panamá, como Consultor Sanitario, en la Conferencia Inter-americana de Ministros de Educación

- 1944 Designado, por Dto. Supremo, como Presidente de la Comisión Sanitaria Asesora del Gobierno y Asesor Especial del Ministro de Salud Pública. La Comisión produjo el Plan Nacional de Salud Pública, la encuesta social-económico-sanitaria en que se fundamentó el Plan, la re-estructuración de los servicios sanitarios y el Código Sanitario en vigor. (Ecuador)
- 1945-49 Ejecución del Grant-in-Aid de US\$31.000, otorgado "al Dr. A. Macchiavello para realizar estudios sobre enfermedades transmisibles en los otros países americanos" (grant Instituto de Asuntos Interamericanos)
- 1947 Asesor y miembro redactor de la Comisión encargada por el Gobierno de Panamá de redactar el Código Sanitario, aprobado por la Asamblea Constituyente
- 1948 Miembro del Grupo de Estudio para el Tracoma, designado por la Oficina Internacional de Higiene Pública/Organización Mundial de la Salud, París, Marzo 1948.
- 1948 Miembro del Grupo de Estudio sobre Tifus Exantemático y otras Enfermedades Transmisibles, Oficina Internacional de Higiene Pública/Organización Mundial de la Salud, Noviembre, 1948
- 1948-49 Miembro de la Comisión Internacional de Cuarentena, OMS, Ginebra
1949 Encargado por la División de Endemias Rurales, Fundación Rockefeller, Bolivia, para realizar una evaluación global de la Peste y del Servicio Nacional de Peste, Bolivia
- 1951 Asesoramiento especial al Gobierno de Sudán para controlar la epidemia de Meningitis cerebro-espinal
- 1953-54 Preparación por orden del Director General de la OMS, y en conjunto con el Profesor Sinai, del estudio básico e investigaciones de terreno que sirvieron para la discusión por el Consejo Ejecutivo del Estudio sobre Organización relativo a Evaluación de Programas de Salud
- 1959 Realización, por orden del Director General de la Organización Mundial de la Salud, del primer ensayo de Evaluación de un Programa Nacional de Salud, por un método propio, ensayo que se realizó en Irán con la aprobación del Gobierno y del Director Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental
- 1960 Segundo ensayo de un programa similar en Paraguay, a solicitud del Gobierno y del Director Regional para las Américas y Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 1961-62 Asignado, a solicitud del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, para realizar en los países de Centro América y Panamá, los programas nacionales de Evaluación solicitados por los Ministros de Salud Pública en la Reunión de Tegucigalpa, Honduras, 1961.

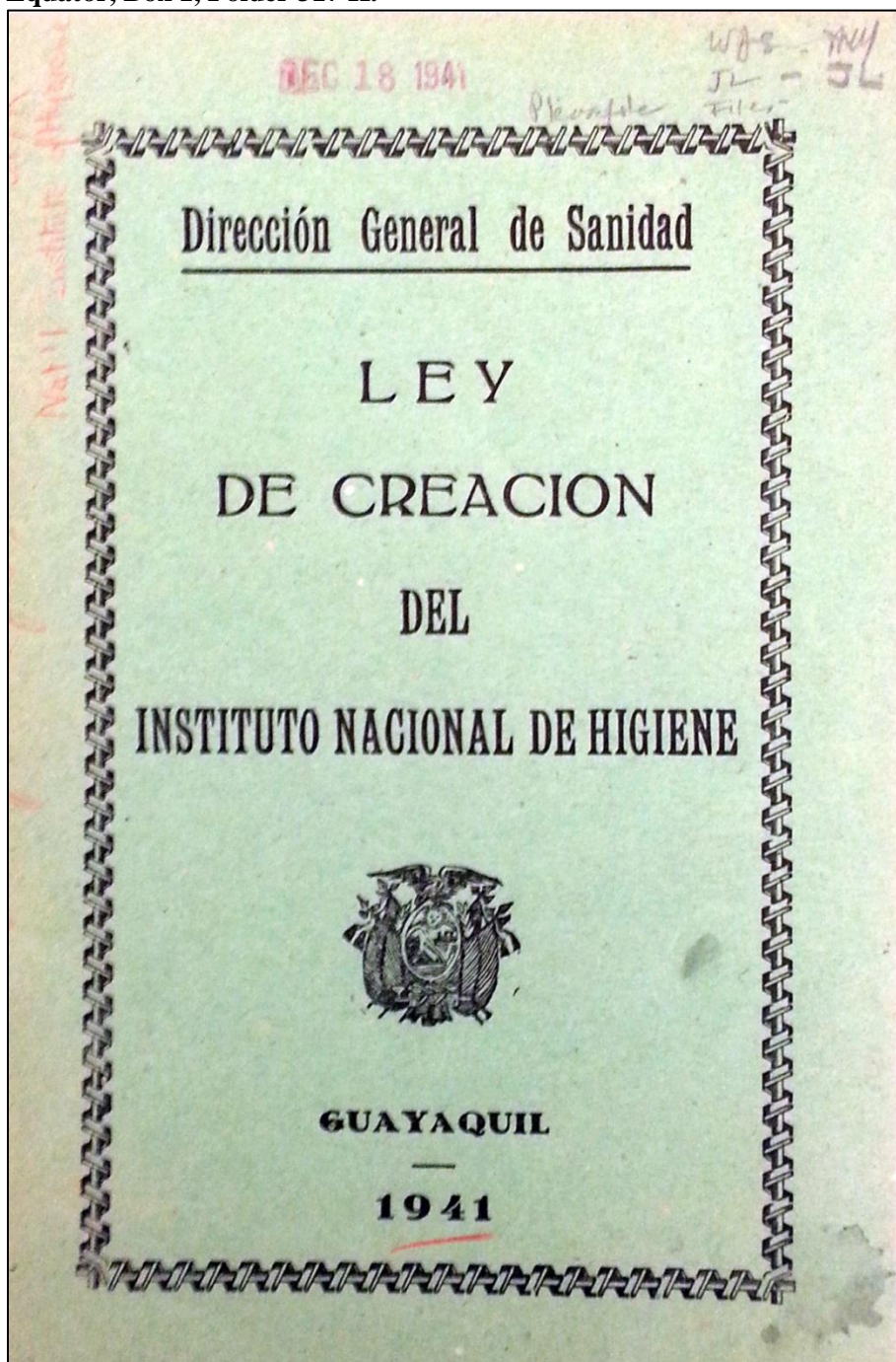
Principales Descubrimientos e Investigaciones Científicas:

- Tracoma: Primer cultivo en huevo del virus del tracoma, con descripción del ciclo vital 1944. (Rev. Ecuator. de Hig. y Med. Tropical)
- Toxoplasmosis: Primer diagnóstico en vida de un caso de toxoplasmosis (El de Sabin no es el primero) (Actas, 5 Reunión Dir. de Salud Pública, OSP, Washington, 1955)

Anexo n° 7.

Ley de Creación del Insituto Nacional de Higiene INH.

Fuente: RAC, RF, Rockefeller Collections, RG 1.1 Projects, Series 317 Equator, Box 1, Folder 317 K.



EL CONGRESO
DE LA
REPUBLICA DEL ECUADOR

D E C R E T A :

**LA SIGUIENTE LEY DE CREACION DEL INSTITUTO
NACIONAL DE HIGIENE.**

Art. 1o.-Créase el Instituto Nacional de Higiene como dependencia de la Dirección General de Sanidad.

Art. 2o.-Tendrá su sede en la ciudad de Guayaquil y funcionará en el edificio construido por la Dirección General de Sanidad para el objeto, edificio que será considerado patrimonio del Instituto.

Art. 3o.-Cuando lo requieran las necesidades Sanitarias o los estudios y campañas locales, el Instituto Nacional de Higiene podrá fundar filiales o montar laboratorios temporales o permanentes, en otras ciudades o regiones del país.

Art. 4o.-El Instituto Nacional de Higiene es una persona jurídica autónoma administrativa y técnicamente, representada por el Director General de Sanidad, y sin perjuicio de las atribuciones del Director del Instituto. Estará exento de toda obligación legal referente a impuestos, contribuciones, derechos de aduana, papel sellado, impuesto de venta y sobre facturas y otros de cualquier naturaleza que, en el presente o en lo futuro, afecten la integridad de las entradas o patrimonio de la Institución.

II.-ACTIVIDADES Y FUNCIONES

Art. 5o.-Las actividades del Instituto Nacional de Higiene son preferentemente:

a).-Científicas.-En el terreno de la bacteriología, parasitología, inmunología, epidemiología, estadística, patología humana y animal, y ciencias afines relacionadas con la biología y la medicina Sanitaria.

b).-Sanitarias.-De orientación, control técnico de las campañas que emprenda la Dirección General de Sanidad, de diagnóstico, aplicado a las enfermedades trasmisibles, de análisis, de control bromatológico de aguas, de especialidades farmacéuticas y productos biológicos, de fabricación de productos biológicos u otros destinados al diagnóstico, prevención o curación de enfermedades, especialmente contagiosas, etc.

c).-Educativas.-De preparación del personal técnico Sanitario, cooperación a la enseñanza Superior de la Higiene y ramas afines, divulgación y propaganda en materia de Higiene.

d).-Comerciales.-De preparación y venta a bajo costo de los productos que elabore, cuando sean de utilidad para la conservación o protección de la salud pública.

En el Reglamento Interno del Instituto se detallarán las actividades y funciones a desarrollar de acuerdo con estas directivas.

Art. 6.-Las personas que efectuaren satisfactoriamente cursos de especialización en el Instituto Nacional de Higiene serán preferidas en la ocupación de cargos técnicos en el servicio Sanitario, y deberán serlo en otros servicios afines dependientes del Estado.

III.-DEL PERSONAL.

Art. 7o.-El Instituto Nacional de Higiene contará con el personal técnico, administrativo y de servicio, necesario para el correcto desempeño de sus funciones. El Reglamento Interno del Instituto, dictado por la Dirección General de Sanidad considerará las condiciones de ingreso, ascenso, remoción y escalafón del personal.

Art. 8o.-El personal del Instituto Nacional de Higiene corresponderá a las siguientes categorías:

a).-Miembros honoris causa.-Designación que sólo podrá recaer en individuos que no estén al servicio activo del Instituto y que hayan cooperado en forma destacada al desenvolvimiento material o científico de la Institución.

b).-Miembros contratados por convenios especiales con la Dirección General de Sanidad.

c).-Miembros activos, designación reservada a los especialistas que hayan realizado estudios satisfactorios en el extranjero, o en el país, que se dediquen a funciones a tiempo completo y hayan renunciado al ejercicio profesional.

d).-Jefes técnicos de Departamentos o Secciones Independientes que no reúnan las calificaciones de los Miembros Activos, respecto a especialización, o a trabajo a tiempo completo.

e).-Ayudantes técnicos, designación destinada a los profesionales que desempeñen labores de especialización bajo la Dirección de un Miembro o Jefe del Instituto.

f).-Asistentes técnicos, serán los empleados técnicos de cualquier naturaleza que no posean títulos profesionales reconocidos por el Estado.

Art. 9o.-Son prerrogativas de los Miembros Activos del Instituto:

a).-Ser designados de preferencia a otros candidatos para los cargos de Jefes de Departamentos o Secciones independientes.

b).-Recibir nombramientos por períodos de cuatro años, automáticamente renovables si no hubiere notificación justificada de lo contrario.

c).-Recibir cada tres años de servicios efectivos, un aumento de salario equivalente al diez por ciento del sueldo básico. Este aumento seguirá a los incrementos de salarios por ascenso u otras causas. Los trienios se acumularán hasta un máximo de cincuenta por ciento del monto del salario.

d).-Formar parte del Consejo Técnico Consultivo del Instituto.

e).-Poder desempeñar actividades docentes remuneradas en el Magisterio Superior o Secundario.

f).-Recibir después de cuatro años de servicio un diploma del Estado que le acredite como Técnico Sanitario en la Rama de Especialización.

g).-Recibir indemnización de dos años de sueldo, en caso de incapacidad permanente o muerte por accidente o enfermedad contraída en actos de servicio. La incapacidad deberá ser establecida por el Consejo Técnico Consultivo.

h).-Recibir atención médica gratuita, con goce de salario en caso de incapacidad transitoria por las mismas causas.

i).-Permiso por tres meses con goce de sueldo y otros tres sin goce del mismo, a causa de enfermedades de otra naturaleza.

Tal permiso será propuesto por una comisión médica presidida por el Director del Instituto.

j).-Inclusión en el escalafón técnico del Instituto, que por disposiciones que se establecerán en el Reglamento Interno, regirá al ascenso, rango y categoría económica de los miembros activos.

Las disposiciones de este escalafón serán consideradas de preferencia al elaborarse o crearse en el futuro el Escalafón de la carrera Sanitaria.

k).-Estabilidad de los cargos, no pudiendo ser removidos por razones ajenas al orden técnico o administrativo. A la expiración de cada período de nombramiento cuatrienal, el Director del Instituto podrá solicitar de los Miembros Activos una prueba de eficiencia, práctica o teórica,

Art. 10.-Todo nombramiento del personal será hecho por el Director General de Sanidad previo Acuerdo con el Director del Instituto.

Art. 11.-La organización del Instituto Nacional de Higiene tendrá carácter funcional y en consecuencia el Director General de Sanidad, podrá destinar el personal a los Departamentos o Secciones que sean de mayor utilidad para el desarrollo de las actividades del Establecimiento, considerando la capacidad y especialización de los empleados.

Art. 12.-Los horarios de los empleados técnicos serán determinados por el Director General de Sanidad, de acuerdo con el Director del Instituto. Los horarios de los empleados administrativos y de servicio serán los que determinen las disposiciones generales relativas a empleados públicos y obreros.

Art. 13.-El personal administrativo es el que desempeña funciones que requieren trabajo intelectual, pero independientes de actividades técnicas especializadas; y personal de servicio, el que sirve funciones que no requieren conocimientos especiales y que sean de naturaleza, total o principalmente manual.

Art. 14.-El Director General de Sanidad dictará, a propuesta del Director del Instituto, el Reglamento Orgánico e Interno del establecimiento, en el cual deberán establecerse las obligaciones y atribuciones de cada categoría y

del personal y la forma cómo se desarrollarán las actividades del Instituto.

Art. 15.-El Instituto tendrá para todos los asuntos de carácter legal que contempla esta Ley, un Abogado Consultor con cuatro años, por lo menos, de ejercicio profesional, cuyos sueldos se fijarán en el respectivo presupuesto.

IV.-DE LAS RENTAS

Art.-Las rentas del Instituto Nacional de Higiene están constituidas por:

a).-Las cantidades que se le asignaren en los Presupuestos del Estado.

b).-Las cantidades que con el mismo objeto traspase al Instituto Nacional de Higiene el Director General de Sanidad de los fondos generales de la Dirección a su cargo.

c).-El producto de la venta de preparados de cualquier naturaleza elaborados en el Instituto, como así mismo el valor de los análisis y exámenes sujetos a arancel, incluso los de control de productos biológicos.

d).-Los derechos por registros e impuestos a especialidades farmacéuticas, como así mismo los derechos que crea la presente Ley por instalación y funcionamiento de Laboratorios biológicos y farmacéuticos.

e).-Las subvenciones, donaciones y legados que el Instituto Nacional de Higiene reciba de particulares o Instituciones Nacionales o Extranjeras.

f).-Las cantidades provenientes de cualquier disposición legal que taxativamente indique el destino de incrementar los fondos del Instituto Nacional de Higiene.

Art. 17.-Las rentas del Instituto, de cualquier procedencia, serán depositadas en una cuenta especial, en la Institución Bancaria que se designare como fideicomisaría del establecimiento. El Director General de Sanidad, previo informe escrito del Director del Instituto, elaborará el Presupuesto anual de gastos, tomando en cuenta las entradas disponibles, el ejercicio presupuestario del año anterior y las nuevas actividades de la Institución.

El Reglamento Interno del Instituto establecerá la forma de cautelación, distribución e inversión de las rentas del Instituto, el funcionamiento de la Oficina de Contabilidad y las reglas a que quedará sujeta la percepción de entradas propias y los pagos que se efectúen. Los saldos no gastados en un ejercicio económico, no podrán ser distraídos en ningún otro objeto y pasarán a incrementar los fondos patrimoniales del Instituto para su mejora y perfeccionamiento.

V.-DISPOSICIONES GENERALES

Art. 18.-Facúltase al Director General de Sanidad para firmar convenios con Instituciones nacionales o extranjeras que técnica o económicamente beneficien al Instituto; para percibir los fondos resultantes de dichos convenios, para reducir a escritura pública contratos con técnicos extranjeros cuyo servicios sean necesarios para la buena marcha y desarrollo científico del establecimiento; para aceptar, recaudar e

invertir donaciones y legados, y para efectuar transacciones comerciales sobre prestación de servicios, contratos de venta de los productos elaborados por el Instituto, cancelar o abrir créditos, adquirir materiales en el país o extranjero, contratar empréstitos locales u obtener créditos que puedan ser cubiertos con las entradas propias de la Institución, cobrar y cancelar facturas, para efectuar inversiones y pagos de acuerdo con el ejercicio presupuestario y en general, para realizar toda operación de carácter económico, necesaria a la buena marcha de la Institución.

El Director del Instituto y el Abogado deberán asesorar al Director General de Sanidad en estas actividades, en la forma que lo determine el Reglamento Interno del Instituto. El Jefe de la Oficina de Contabilidad será responsable ante la Contraloría General de la República de la forma como se recauden las entradas del Instituto y del modo como se efectúen las inversiones presupuestarias, responsabilidad que deberá estar protegida por la fianza legal.

Art. 19.-Modifícase el Art. 5o. de la Ley 159, sobre especialidades farmacéuticas y de consiguiente el Art. 54 del "Reglamento sobre fabricación, introducción, propaganda y venta de productos químicos y farmacéuticos", reemplazando el inciso 2o. por la siguiente disposición: "Así mismo, cada especialidad o preparación farmacéutica que se expenda en envases uniformes de precio mayor de (S/. 5.00), pagarán por unidad que se ponga a la venta, un impuesto en forma de timbre de diez centavos para las nacionales (S/. 0.10) y veinte centavos para las extranjeras (S/. 0.20), impuesto que deberá afectar a la producción y nó al consumo. Los artículos de belleza a que se refiere el Art. 73 de dicho Reglamento queda-

rán sujetos a las mismas disposiciones. Facultase al Director General de Sanidad para establecer el Reglamento y Aranceles respectivas y crear un control adecuado de precios de dichos productos, para evitar el alza indebida y la especulación comercial con los mismos".

Art. 20.-Modifícase el Art. 49 del mismo Reglamento agregando: los medicamentos y especialidades farmacéuticas de los comisos rematados en subasta pública, podrán ser adquiridos sólo por personas autorizadas para comerciar con medicamentos y el producto del remate incrementará los fondos del Instituto.

Art. 21.-Autorízase al Director General de Sanidad para establecer la fiscalización de los productos biológicos de acuerdo con las normas internacionales y promulgar el arancel respectivo, fijando los precios de los análisis que para dicha fiscalización realice el Instituto Nacional de Higiene.

Dado en Quito, capital de la República, a veintiseis y cinco de setiembre de mil novecientos veintiseis y uno.

EL PRESIDENTE DE LA CAMARA
DEL SENADO.

(f).-Julio E. Moreno.

EL PRESIDENTE DE LA CAMARA
DE DIPUTADOS.

(f).-José Ramón Bolaña.

EL SECRETARIO DE LA CAMARA
DEL SENADO.

(f).-César O. Bahamonds.

EL SECRETARIO DE LA CAMARA
DE DIPUTADOS.

(f).-Tulio N. Vaca del Bazo.

Palacio Nacional, en Quito, a once de Oc-
tubre de mil novecientos cuarenta y uno.

SANCIONADO POR EL MINISTERIO DE LA LEY

El Subsecretario de Previsión Social
y Sanidad e Higiene,

(f).-Rafael Vallejo Larrea.

ES COPIA,

Rafael Vallejo Larrea.,
Subsecretario de Sanidad e Higiene.

