

Marcos Cueto

*La salud internacional y la Guerra Fría  
Erradicación de la malaria en México,  
1956-1971*

México

Universidad Nacional Autónoma de México,  
Instituto de Investigaciones Históricas

2013

396 p.

Ilustraciones

(Serie Historia Moderna y Contemporánea, 61)

ISBN 978-607-02-4518-3

Formato: PDF

Publicado en línea: 23 de mayo de 2016

Disponible en:

<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/salud/internacional.html>



INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
HISTÓRICAS

DR © 2016, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510, México, Ciudad de México

## Introducción

La malaria se ha considerado durante mucho tiempo “el más grave problema de salud”. Ha sido, y es todavía, una de las enfermedades infecciosas más importantes a escala global.<sup>1</sup> Cada año más de 300 000 000 de personas buscan tratamiento médico para curar la malaria y poco más de 2 500 000 mueren alrededor del planeta, debido a esta afección típicamente rural y transmitida por un insecto.<sup>2</sup> La malaria tiene también implicancia en otros sectores de la economía como el turismo. Se estima que cada año hasta 30 000 000 de viajeros internacionales visitan zonas endémicas de malaria, de los cuales 30 000 la contraen. Aunque son menos conocidos y menos precisos los datos, ésta jugó un papel en las guerras desarrolladas en regiones tropicales y semitropicales

<sup>1</sup> Socrates Litsios, *The Tomorrow of Malaria*, Kaori, N. Z., Pacific Press, 1997, p. 13; A. J. Kennel (ed.), *Malaria*, Londres, The Wellcome Trust, 1991, p. 3.

<sup>2</sup> Socrates Litsios, *The Tomorrow of Malaria*, Kaori, N. Z., Pacific Press, 1997, p. 13; Lin Chen y Jay S. Keystone, “New Strategies for the Prevention of Malaria in Travelers”, *Infectious Disease of North America*, n. 19, 2005, p. 185-210; Jeffrey D. Sachs y Pia Malaney, “The Economic and Social Burden of Malaria”, *Nature*, n. 415, 2002, p. 680-685.

del mundo. Poderosas agencias, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la consideran actualmente una de las tres enfermedades más importantes del mundo.

Sin embargo, los esfuerzos mundiales por controlar la malaria en la segunda mitad del siglo XX tienen una compleja e intrincada historia que ha sido analizada sólo parcialmente. En parte, como resultado de lo anterior, las lecciones de las ventajas y limitaciones de lo que se ha hecho han recibido poca atención y no son conocidas. Ello explica parcialmente las vicisitudes del concepto de erradicar la enfermedad que, a veces, fue glorificado y, otras, vilipendiado. El objetivo de este libro es estudiar la interacción entre los factores médicos, políticos y culturales en el desarrollo de un esfuerzo extraordinario por eliminar la malaria en México, durante la segunda mitad del siglo XX. Así, su erradicación se volvió una prioridad para las organizaciones de salud entre 1955 y fines de la década de 1960, y desató procesos contradictorios de apropiación local y resistencia, además de dejar un legado en el trabajo sanitario que perdura hasta el día de hoy.<sup>3</sup>

Antes de contar la historia de la erradicación de esta enfermedad es importante resumir las características principales de los síntomas, la etiología y el modo de transmisión, todo lo cual fue establecido a fines del siglo XIX por investigadores italianos, británicos y franceses.<sup>4</sup> La malaria se caracteriza, generalmente, por fiebres intermitentes, dolores de cabeza, escalofríos, sudores que parecen no acabar nunca, una sensación de frío inaguantable, el chasquido de los dientes y, en ocasiones, daño cerebral. Éstos eran los síntomas a los que por mucho tiempo prestaron atención los médicos, y que pueden durar desde unas pocas semanas hasta unos cuantos años. Además, en áreas donde es común, los pobladores frecuentemente adquieren inmunidad casi de por vida por el hecho de haber tenido infecciones, especialmente cuando eran niños. Entonces, en aquellos lugares donde la enfermedad es

<sup>3</sup> Véase Enrique Perdiguero Gil, "History of Health, a Valuable Tool in Public Health", *Journal of Epidemiological Community Health*, v. 55, n. 9, 2001, p. 667-673.

<sup>4</sup> Herbert M. Gilles y David A. Warrell (ed.), *Bruce Chwatt's Essential Malaria*, 3a. ed., Londres, Arnold, 1993.

endémica se produce una situación donde es menos severa en los adultos. Por ello, las personas que recién llegan a esas zonas endémicas son vulnerables a sufrir episodios intensos de malaria.

De las más de 400 especies del mosquito *Anopheles*, aproximadamente 70 son vectores o transmisores de la malaria. Las especies más importantes en México, hacia 1950, eran *A. pseudopunctipennis* y *A. albimanus*.<sup>5</sup> Las hembras de estos insectos chupan la sangre de las personas para obtener proteínas y poder madurar sus huevos, los que desovan en depósitos de agua tenuemente asoleados, poco profundos y con algas al margen. La enfermedad es producida por un protozooario del género *Plasmodium*. Una infección de forma natural ocurre cuando la hembra del *Anopheles* inyecta el *Plasmodium* mientras trata de obtener sangre humana para nutrir a sus huevos. Por lo general, los seres humanos son infectados por cuatro especies del parásito: *P. vivax*, *P. falciparum*, *P. ovale* y *P. malarie*. La primera de ellas, también conocida como la “terciana” o malaria “benigna”, fue la más común en México durante el siglo XX. Casos relacionados con *P. falciparum* o la malaria “maligna” fueron en el pasado reciente una minoría pero han ido creciendo en América Latina, especialmente en la zona amazónica de Brasil.<sup>6</sup> Los términos “benigna” o “terciana” son usados para indicar que los ataques de fiebre se presentan cada tres días y raramente provocan la muerte del enfermo. Sin embargo, los individuos que la padecen se debilitan, son vulnerables a otros males y experimentan dramáticas recaídas febriles. El término “maligno” sugiere el desenlace fatal de la enfermedad, que casi siempre ocurre a los pocos días o semanas de iniciadas las fiebres.

La transmisión de la malaria es diferente a la de la fiebre amarilla, otra importante enfermedad infecciosa en la historia latinoamericana. La versión urbana de la fiebre amarilla es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. El insecto prefiere contenedores de agua doméstica o

<sup>5</sup> Luis Vargas, “Malaria along the Mexico-United States Border”, *Bulletin of the World Health Organization*, v. 2, n. 4, 1950, p. 611-620.

<sup>6</sup> Oswaldo José da Silva, “Malaria Eradication in the Americas”, en Aidan Cockburn (ed.), *Infectious Diseases: Their Evolution and Eradication*, Springfield, Charles C. Thomas, 1967, p. 309-330.



Figura 1. Una mujer campesina tiembla a causa de las fiebres de la malaria en México.  
Fuente: Peter Larsen, “Malaria eradication program in Mexico”, 1968, Archives of the World Health Organization, Ginebra, imagen 13009.

receptáculos de agua artificiales y limpios –desde macetas hasta pilas bautismales–, en los cuales deposita sus huevos y donde crecen sus larvas. Los mosquitos de la fiebre amarilla raramente se encuentran lejos de las habitaciones de los seres humanos y tienen dificultad para volar grandes distancias.<sup>7</sup> En contraste, las hembras del *Anopheles* prefieren pantanos y lagunas como criaderos para su prole, evitan la luz, se alimentan de noche, generalmente no descansan próximos a la residencia de los seres humanos y pueden surcar grandes distancias. Es decir, el *Anopheles* es un mosquito más “fuerte” y resistente que el de la fiebre amarilla. Otra diferencia importante entre la fiebre amarilla y la malaria es que un ataque de la primera confiere inmunidad de por vida, mientras no sucede lo mismo en el caso de la segunda.

En 1900, poco después de la Guerra Hispanoamericana que enfrentó a Estados Unidos y a España en Cuba, una comisión del ejército norteamericano dirigida por Walter Reed utilizó las ideas de Carlos Finlay para demostrar que la fiebre amarilla era transmitida de una per-

<sup>7</sup> Wilburg Downs, “History of Epidemiological Aspects of Yellow Fever”, *Yale Journal of Biology and Medicine*, v. 55, 1982, p. 179-185.

sona enferma a una sana a través del mosquito *Aedes aegypti*. En 1901, el coronel William Gorgas acabó con la fiebre gracias a que concentró gran parte de su trabajo sanitario en perseguir y eliminar el *Aedes* de la ciudad de La Habana, a pesar que no había identificado el virus que producía la enfermedad. Posteriormente, los médicos militares norteamericanos aplicaron el mismo método de control –tanto para los mosquitos de la fiebre amarilla como para los de la malaria– en la protección de los trabajadores que construyeron el canal de Panamá, durante los años 1904 y 1914. Tales logros, es decir, el control de los mosquitos en Cuba y Panamá, convencieron a muchos expertos y organizaciones filantrópicas –como la Fundación Rockefeller– de que las campañas de salud implementadas siguiendo un formato militar podían tener éxito en cualquier parte del mundo. Durante la década de 1920, la Fundación Rockefeller organizó trabajos contra la fiebre amarilla en varias ciudades latinoamericanas, incluyendo las de Brasil, México y Perú. Las operaciones de control de la fiebre amarilla y la emergencia de una nueva especialidad académica llamada medicina tropical –que en parte se dedicaba a liquidar a los transmisores de enfermedades infecciosas que empezaron a ser llamados “vectores”– se convirtieron en instrumentos importantes para la expansión de la influencia imperial de potencias europeas y norteamericanas al despertar el siglo XX. Esta disciplina complementaba a otra que había surgido a fines del XIX: la bacteriología, que prometía no sólo identificar a los microorganismos causantes de las principales infecciones sino diseñar los sueros y las vacunas que pudieran ser usados para prevenirlas o tratarlas. Dichos métodos también fueron aceptados por las elites intelectuales, gobernantes, médicos y sectores populares latinoamericanos, y utilizados para liberar a ciudades del azote de la fiebre amarilla, por lo menos durante un tiempo. Aunque antes del siglo XX muchas enfermedades infecciosas se presentaban en zonas templadas de Europa Occidental y de Estados Unidos, desde mediados de esa centuria la malaria y muchas infecciones se restringieron a las regiones tropicales y subtropicales del mundo. Más que un problema de ubicación entre los trópicos de Cáncer y Capricornio, su nueva distribución tenía que ver con problemas de pobreza, precarios sistemas de control de vectores y escasez de servicios médicos en las zonas rurales, como los que existían en México. Ello estableció

una asociación entre la medicina tropical, la bacteriología y la expansión imperialista, tanto formal –por ejemplo, la europea– como informal –la norteamericana–. Esta relación fue compleja para las elites urbanas y las emergentes comunidades médicas latinoamericanas que encontraron un medio adicional para impulsar sus ideales modernizadores con manutención del orden y la jerarquía sociales en sus repúblicas fragmentadas socialmente, que en teoría eran independientes de los poderes extranjeros. Pero también fue una oportunidad para que sectores populares y trabajadores de la salud que no eran de la elite encontraran nuevas ideas para ejercer su derecho de resistencia, adaptación y negociación de la medicina tropical y la bacteriología impuestas desde exterior de las comunidades rurales como armas “civilizatorias”. Es decir, la realidad no puede reducirse a considerar la salud internacional como un epifenómeno de imperialismo o de la dominación hegemónica de las elites nacionales.

Durante la primera mitad del siglo XX se produjeron en las Américas dos experiencias exitosas para el control de la malaria, lo que fue relevante en el esfuerzo internacional de lucha contra la enfermedad. La primera estuvo relacionada con el gobierno norteamericano, el que tomó dos decisiones cruciales para eliminarla en el sur del país. En primer lugar, el Agricultural Act de 1933 obligó a los pobladores rurales de ranchos y chozas a vivir en pueblos más grandes o en otros lugares más salubres, donde fueran accesibles los servicios de salud. Esta decisión no sólo disminuyó las posibilidades de contacto entre el hombre y el mosquito sino que hizo posible la asistencia médica en caso de que una persona contrajera la afección. En segundo lugar, durante los años treinta y cuarenta la agencia federal del New Deal, denominada Autoridad del Valle de Tennessee –Tennessee Valley Authority (TVA)– implementó medidas en varios estados del sur entre las cuales destacaba la sanidad ambiental en las zonas rurales, dentro del marco general de sacar a Estados Unidos de la depresión y generar energía para diversos emprendimientos industriales. Ambos proyectos fueron impulsados por el presidente Franklin D. Roosevelt, cuya administración se interesó en una serie de programas sociales. Las medidas de la TVA incluyeron la construcción de represas y la desecación de pantanos –que hicieron más difícil la reproducción de mosquitos–, así como la

distribución de quinina a las personas que sufrían fiebres recurrentes, la protección de las ventanas y puertas de las casas rurales con telas metálicas, la promoción de la educación sanitaria a los granjeros y otras medidas de control. El énfasis estuvo puesto en las condiciones de vida y ambientales que permitían la proliferación del mosquito. Como resultado, la malaria casi desapareció en el sur de Estados Unidos.<sup>8</sup>

Una muy diferente experiencia ocurrió en Ceará, estado al norte de Brasil que había sido invadido, en los años de 1930, por una peligrosa especie de mosquito denominado *Anopheles gambiae*, proveniente de África. Fred L. Soper, funcionario de la Fundación Rockefeller, consiguió una autorización que le permitió sobreponerse a las autoridades estatales y recurrir a larvicidas potentes que fueron colocados encima del agua estancada de lagunas y pantanos. Así, mediante una disciplina militar estricta, Soper dominó con éxito la epidemia y en la práctica destruyó a esta especie de mosquito, aunque no hizo desaparecer la malaria de Brasil.<sup>9</sup> Su objetivo principal estuvo en la lucha contra el insecto. Las experiencias de Soper y de la TVA demostraron a los expertos médicos que la enfermedad se podía controlar, aunque al comienzo no estaba claro si los métodos más flexibles e integrales ensayados en Estados Unidos eran más efectivos que los de Soper, que básicamente consistían en una intervención más concentrada y vertical.

La cuestión no sería resuelta sino hasta unos años después, en parte porque hacia mediados del siglo XX la malaria ya no era un problema significativo en Estados Unidos o en Europa Occidental y, por lo tanto, no era percibida como una prioridad. En cambio, empezó a asociarse con países remotos y climas cálidos. La enfermedad sólo volvería a ser importante para las naciones industrializadas en el marco de la Segunda Guerra Mundial, cuando soldados norteamericanos pelearon en áreas penetradas por la malaria y cayeron víctimas de fiebres intermitentes, a veces con mayor frecuencia que por las balas

<sup>8</sup> Véase Margaret Humphreys, *Malaria: Poverty, Race, and Public Health in the United States*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2001.

<sup>9</sup> Véase Randall M. Packard y Paulo Gadelha, "A Land Filled with Mosquitoes: Fred L. Soper, The Rockefeller Foundation, and the *Anopheles gambiae* Invasion of Brazil", *Parassitologia*, v. 36, n. 1-2, 1994, p. 197-213.



enemigas. Aparecieron, entonces, nuevas técnicas relacionadas, una vez más, con la medicina militar; se emplearon, así, el insecticida Dieldrino (en adelante DDT) y la nueva droga sintética Cloroquina, las cuales fueron cruciales para los Aliados en sus victorias en el sur de Italia, el norte de África, Grecia y el Pacífico asiático. Más adelante las técnicas, así como el modelo militar para combatirlos, se volvieron piedras angulares de las operaciones de erradicación en la década de 1950.<sup>10</sup> La experiencia de los militares sería usada después para argumentar que las técnicas y el modelo de campaña de Soper eran más efectivos y menos costosos que el programa de control de malaria de la TVA.

El nombre completo y técnico del polvo blanco y ceroso conocido como DDT es Dicloro Difenil Tricloroetano.<sup>11</sup> Sus propiedades insecticidas fueron descubiertas en 1939 por el suizo Paul Müller, que estaba trabajando con la compañía alemana Bayer. Fue usado por primera vez en 1944 para controlar el tifus exantemático –enfermedad transmitida por la pulga humana– en el viejo continente. En ese entonces existía gran temor de que la afección se convirtiera en un problema similar al que existió al final de la Primera Guerra Mundial, cuando epidemias de este mal mataron a millones de personas en varias regiones, luego del conflicto. Poco después de acabada la Segunda Guerra Mundial, primero soldados, y más tarde civiles y sobrevivientes de los campos de concentración nazi, fueron literalmente rociados con el nuevo insecticida para exterminar a los piojos que transmitían el tifus.

El DDT fue rápidamente utilizado para eliminar a los *Anopheles*. Hacia el final e inmediatamente después de la guerra, la Oficina de Control de Malaria en la zona de guerra del ejército norteamericano y

<sup>10</sup> Véase William H. Taliaferro, “Malaria”, en William H. Taliaferro (ed.), *Medicine and the War*, Chicago, The University of Chicago Press, 1944, p. 55-75; C. W. Hays, “The United States Army and Malaria Control in World War II”, *Parasitología*, v. 42, n. 1-2, 2000, p. 47-52; R. J. Joy, “Malaria in American Troops in the South and Southwest Pacific in World War II”, *Medical History*, v. 43, n. 2, 1999, p. 192-207.

<sup>11</sup> Una de sus primeras publicaciones sobre su acción en campañas de salud es Oswald T. Zimmerman e Irvin Lavine, *DDT, Killer of Killers*, Dover, Industrial Research Service, 1946.

la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), organización creada por los Aliados y con un cuartel general en Washington, D. C., empezaron a glorificar el DDT. Convencieron a los incrédulos de que el control de enfermedades epidémicas, como el tifus exantemático y la malaria, era posible sin cambios significativos en las estructuras de salud pública.<sup>12</sup> Tales ideas fueron reforzadas por publicaciones populares de Estados Unidos como las revistas *Time*, *Newsweek* y *Life*, que consideraron al insecticida uno de los grandes descubrimientos médicos, surgido de la Segunda Guerra Mundial.<sup>13</sup> Poco después de la guerra, el ejército norteamericano lideró una importante campaña en la isla de Cerdeña contra la malaria, que tuvo al mencionado insecticida como su principal herramienta y que redujo significativamente el número de mosquitos, rompiendo el ciclo natural de transmisión de la enfermedad y llevando los niveles de morbilidad a cifras insignificantes, desde un punto de vista epidemiológico. Es importante notar que aunque el descubridor del DDT, el suizo Paul Müller, había sintetizado el químico hacía muchísimos años, fue hasta 1948 –cuando muchos en Estados Unidos pensaban que estaban cerca de la difusión mundial del invento– que Müller recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina.<sup>14</sup>

La idea acerca de que el control y la eliminación de las enfermedades eran posibles sin mayores cambios sociales en las condiciones de vida de las comunidades ni en los sistemas de salud pública donde los soldados luchaban, era esencial para los militares. Durante sus batallas o el control de las zonas ocupadas no tenían tiempo para mejorar o reconstruir

<sup>12</sup> UNRRA fue creada a fines de 1943 para brindar ayuda a las poblaciones civiles de las zonas liberadas por los Aliados. Véase George Woodbridge, *UNRRA: The History of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, 3 v., Nueva York, Columbia University Press, 1950; Darwin Stapleton, “A Lost Chapter in the Early History of DDT: The Development of Anti-Typhus Technologies by the Rockefeller Foundation’s Louse Laboratory, 1942-1944”, *Technology and Culture*, v. 46, n. 3, 2005, p. 513-540.

<sup>13</sup> Citado en David Kinkela, *Pesticides, Politics and the Dilemmas of Regulation: DDT and the International Context of US Environmentalism, 1943-1982*, tesis de doctorado, New York University, 2005, p. 28.

<sup>14</sup> Véase J. A. Farley, “Mosquitoes or Malaria? Rockefeller Campaigns in the American South and Sardinia”, *Parassitologia*, v. 36, 1994, p. 165-173.

los sistemas de salud o la salubridad de los moradores civiles; apenas controlaban brotes epidémicos lo más rápidamente y al menor costo posible, y protegían de manera prioritaria a los suyos. En la estela de la guerra, proyectos antimaláricos basados en el DDT fueron exitosamente llevados adelante en pequeños países o islas, por ejemplo, Córcega y Grecia, y en zonas más grandes como Italia, Venezuela, el norte de Argentina y la Guyana Británica. Muchos de ellos fueron esfuerzos independientes desarrollados por médicos avisados de los adelantos tecnológicos. Posteriormente, la idea sería implementada en el ámbito de la salud internacional, pues se suponía que era posible erradicar la malaria sin cambios significativos en la salud local y sin un mejoramiento relevante en las condiciones de vida. Una idea complementaria en la política exterior y la ayuda bilateral del gobierno norteamericano fue que, bajo la tensión de la Guerra Fría, era posible controlar las principales enfermedades y conseguir algunos avances sociales sin importar que los gobiernos de la región fuesen dictaduras o no. Por ello, como se argumenta en la presente obra, este tipo de control y erradicación de las enfermedades infecciosas –al que se sumó la construcción de hospitales urbanos– fue parte del ideal civilizatorio de salud pública durante de la Guerra Fría, en muchos países latinoamericanos.

La historia de la Cloroquina está también relacionada con la Segunda Guerra Mundial. La quinina, remedio tradicional contra la malaria obtenido de la corteza de un árbol oriundo de los Andes, se volvió escasa en 1942, después de que los japoneses se erigieran en el principal proveedor mundial, al apoderarse de las plantaciones en las indias orientales holandesas. Rápidamente se estableció un programa de desarrollo de drogas antimaláricas en el ejército norteamericano, el que empezó a buscar, probar y producir compuestos como la Cloroquina, Atebrina, Primaquina, Proquanil y Pyrimethamine. Igual que en el caso del DDT, existía un lazo importante con la poderosa industria farmacéutica alemana. Los efectos terapéuticos de la más potente de estas drogas, la Cloroquina, fueron descritos por primera vez en 1939 por químicos alemanes de la empresa Bayer, que dieron al medicamento el nombre de Resochin; en 1941, gracias a un acuerdo comercial entre Bayer y una compañía francesa, fue llevado a Túnez para ser usado en estudios clínicos. Cuando las fuerzas aliadas ocuparon este

país, en 1943, los científicos franceses que ahí se encontraban le pasaron al ejército norteamericano la información clínica que tenían y lo que les quedaba de la medicina. Poco después comenzó a ser usada para proteger a los soldados estadounidenses.

En 1946 el ejército norteamericano dejó de considerar a estas drogas un secreto militar y autorizó que se hicieran publicaciones sobre el uso de Cloroquina en poblaciones de civiles. Asimismo, empezó a ser producida por una compañía farmacéutica norteamericana.<sup>15</sup> Estos eventos fueron paralelos a la investigación de otras drogas antimaláricas. En 1938, Winthrop Stearns le había dado a los militares norteamericanos ejemplos de Atebrina, una medicina que también había sido antes sintetizada por los alemanes. Hacia 1942 fue producida para las tropas que peleaban en el sudeste del Pacífico. Sin embargo, la Cloroquina siempre encontró menor resistencia entre los soldados y se convirtió en el medicamento preferido porque no decoloraba la piel, mientras que los otros la volvían amarilla, y a fin de cuentas era más efectiva que la Atebrina.

El principal efecto innovador que trascendió el ámbito militar de la experiencia contra la malaria sucedió en la década de 1950, cuando se convirtió en el tema esencial para las nuevas agencias de salud que trabajaban en los países en desarrollo; ello, en gran parte, porque parecía que los medios técnicos para resolver el problema estaban a la mano, en la perspectiva de lo que había sido la fiebre amarilla para la Fundación Rockefeller, a comienzos del siglo XX. Así, en 1950, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés: United Nations International Children's Emergency Fund) y la ayuda bilateral norteamericana lanzaron una campaña para eliminar la malaria de las naciones en desarrollo.<sup>16</sup> En esta estrategia, las campañas

<sup>15</sup> Wallace Peters, *Chemotherapy and Drug Resistance in Malaria*, Londres, Academic Press, 1970, p. 5.

<sup>16</sup> Sobre historias de malaria véanse: Gordon Harrison, *Mosquitoes, Malaria, and Man: A History of the Hostilities since 1880*, Nueva York, Dutton, 1978; Margaret Humphreys, *Malaria: Poverty, Race... Para estudios generales sobre la Organización Mundial de la Salud véanse José A. Nájera, "Malaria and the Work of WHO", *Bulletin of the World Health Organization*, v. 67, n. 3, 1989, p. 229-243; también los números de 1994, 1998 y 2000 de *Parassitología*.*

militares y las nuevas tecnologías se convirtieron en la base para llevar adelante el esfuerzo mundial contra la enfermedad.

La erradicación de la malaria puede ser contextualizada en la política y la retórica de las primeras dos décadas de la Guerra Fría, es decir, desde fines de los años cuarenta hasta mediados de los sesenta.<sup>17</sup> Éste fue un periodo marcado por el esfuerzo de los gobiernos norteamericano y el de México para prevenir la aparición y contener la diseminación del comunismo. Al mismo tiempo, Estados Unidos no sólo jugó un rol directivo importante en la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) y sus agencias multilaterales especializadas como la OMS –creadas en 1945 y 1948, respectivamente–, sino también empezó a desarrollar su propia red de ayuda bilateral que comprendió el apoyo individualizado por país. Su intervención en estas dos actividades multilaterales, a través de Naciones Unidas, y bilaterales, a través de una serie de agencias –que serán explicadas posteriormente–, era considerada esencial para mantener la ansiada “seguridad nacional” en una época de incertidumbre, de competencia por la hegemonía global con la entonces Unión Soviética, y de peligro de otra guerra mundial. Es importante mencionar que la participación y ayuda norteamericanas a Latinoamérica, especialmente en asuntos considerados técnicos como la salud, creció después de la muerte del dictador soviético José Stalin, en 1953.

Una importante característica de la política exterior norteamericana de los primeros años de la Guerra Fría fue que, con algunas excepciones, era básicamente una retórica que evitaba el enfrentamiento militar directo y enfatizaba la competencia con la Unión Soviética, la que incluía la carrera científica y tecnológica. Durante la década de 1950, el Departamento de Estado norteamericano consideraba la ayuda técnica al extranjero como un elemento esencial en su esfuerzo por prevenir el comunismo en los países pobres. Un grupo de científicos sociales estadounidenses, apoyados por universidades, fundaciones y el gobierno, diseñó un modelo de desarrollo conocido como “modernización” que era antipopulista y autoritario, dependía de la ayuda bila-

<sup>17</sup> Harry Cleaver, “Malaria and the Political Economy of Public Health”, *International Journal of Health Services*, v. 7, n. 4, 1977, p. 557-579.

teral, promovía la creación de elites profesionales y la transferencia de tecnología, factores que supuestamente iban a superar la pobreza y la enfermedad.<sup>18</sup> En 1956, un funcionario del Departamento de Estado alabó la modernización y los programas de salud internacionales para los países pobres, no sólo por sus resultados positivos para el bienestar físico de la población sino porque “disminuían las posibilidades de infiltración de la ideología comunista en poblaciones necesitadas que generalmente eran susceptibles a ellas”.<sup>19</sup>

Como resultado, el campo de la salud internacional –una mezcla de actividades de las nuevas agencias multilaterales y bilaterales norteamericanas, junto con las propias de la erradicación de la malaria– se volvió funcional para los objetivos norteamericanos de la Guerra Fría. Así, la medicina tropical y el control de la fiebre amarilla fueron presentados como herramientas útiles para la expansión imperial norteamericana de comienzos del siglo XX. Los soviéticos no difirieron de sus rivales en este tema, lo cual hizo que el asunto se convirtiera, en parte, en una carrera y competencia por la supremacía en ciencia y tecnología. La erradicación de la malaria continuó siendo una prioridad en la política exterior de Estados Unidos hasta después de la Revolución Cubana de 1959. Surgió entonces un proyecto de modernización algo más sofisticado y mejor financiado –denominado Alianza para el Progreso–, que incluyó los programas para erradicar la malaria. Esta campaña de salud dejó importantes legados a los mexicanos y a la política exterior, no obstante la disminución de las actividades de erradicación hacia el final de la Guerra Fría, especialmente al concluir la década de 1960, cuando se inició la política de “detente” del presidente Nixon, que tenía otras prioridades en salud internacional.

<sup>18</sup> Véase Nils Gilman, *Mandarins of the Future: Modernization Theory in Cold War America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003.

<sup>19</sup> “Statement of Otis E. Mulliken, Officer in charge of Social Affairs, Office of International and Social Affairs, Department of State, 9 February 1956”, en *The United States and International Health, Hearings before a Subcommittee of the Committee on Interstate and Foreign Commerce, House of Representatives, 84 Congress, February 8 and 9, 1956*, Washington, Government Printing Office, 1956, p. 33-34, National Archives [en adelante, NA], Record Group 287.

La idea de la salud internacional como mecanismo de la Guerra Fría fue claramente expresada por James Stevens, quien había sido jefe de medicina preventiva en el ejército norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial y después fue decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. A partir de 1950, Stevens empezó a organizar una serie de reuniones sobre la “Industria y la Salud Tropical”, que congregaban a líderes de los departamentos médicos de las corporaciones norteamericanas más grandes. En la primera de ellas recibió a los participantes con un discurso lleno de metáforas médicas y políticas, en el que se refirió a una de las principales motivaciones del trabajo sanitario norteamericano en el exterior:

Poderosas fuerzas comunistas están trabajando [...] tomando ventaja de los enfermos y de la gente pobre, explotando su descontento [...] para minar sus ideas políticas. La salud es una de las salvaguardias contra esta propaganda. La salud no es caridad, no es trabajo misionero, no es solamente un buen negocio —es sobre todo la autoprotección para los Estados Unidos y para la forma de vida que consideramos decente. A través de la salud podemos hacer crecer la producción industrial, fortalecer nuestras fuerzas militares y mantener la moral alta de toda nuestra gente. A través de ella podemos probar, a nosotros y al mundo, lo saludable y lo justo de nuestra democracia. A través de la salud podemos derrotar la perniciosa amenaza del comunismo.<sup>20</sup>

Nuevos estudios sobre la historia diplomática, económica y política de la Guerra Fría han demostrado cuan importante era el asunto ideológico en este periodo, y han sugerido que era parte de una cultura global, así como de miedos y ansiedades que afectaban por igual tanto a las naciones industrializadas como a los países en vías de

<sup>20</sup> James Stevens, “Welcoming Address”, en Industrial Council for Tropical Health, *Industry and Tropical Health, Proceedings of the First Tropical Health Conference sponsored by the Harvard School of Public Health, 8-10 December 1950*, Boston, Harvard School of Public Health/The International Council for Tropical Health, 1950, p. 11-15.

desarrollo.<sup>21</sup> Asimismo, las investigaciones concluyen que América Latina ha sido parte de tal proceso de encuentro entre la cultura y la política, creando zonas de contacto e intercambio entre los poderosos y los desposeídos.<sup>22</sup> La presente obra quiere contribuir a estos estudios al examinar una dimensión poco estudiada de la nueva literatura sobre la Guerra Fría. Un análisis de las dimensiones técnicas y políticas de la erradicación de la malaria puede contribuir a una visión más comprensiva y multidimensional de la historia de la Guerra Fría, moviendo el eje del análisis de las superpotencias y sus luchas diplomáticas y militares por ganar la hegemonía global y estudiando, además, nuevas y complejas dimensiones de la “seguridad nacional” y su interrelación con motivos altruistas en países en desarrollo. Este trabajo quiere aportar a los estudios sobre el impacto social y cultural de la Guerra Fría fuera de Estados Unidos y de la Unión Soviética, mismos que han intentado establecer la relación entre la política y la vida cotidiana.<sup>23</sup> Más aún, busca ser una contribución a las historias de la ciencia y la medicina que han examinado el rol de las prioridades de la Guerra Fría en la organización de la investigación, el patronazgo militar y la preocupación científica por la seguridad nacional después de la Segunda Guerra Mundial.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Véase John Lewis Gaddis, “The Emerging Post-Revisionist Thesis on the Origins of the Cold War”, *Diplomatic History*, v. 7, 1983, p. 171-190. Otros estudios son los de Rana Mitter y Patrick Major (ed.), *Across the Blocs: Cold War Cultural and Social History*, Londres, Frank Cass, 2004; Martin J. Medhurst (ed.), *Cold War Rhetoric, Strategy, Metaphor, and Ideology*, East Lansing, Michigan State University Press, 1997; Mervyn Leffler, “The Cold War: What Do ‘We Now Know?’”, *The American Historical Review*, v. 104, n. 2, 1999, p. 501-524.

<sup>22</sup> Véase Gilbert M. Joseph y Daniela Spenser, *In from the Cold: Latin America’s Encounter with the Cold War*, Durham, Duke University Press, 2008.

<sup>23</sup> Odd Arne Westad (ed.), *Reviewing the Cold War: Approaches, Interpretations, and Theory*, Londres, F. Cass, 2000; Richard Saull, *Rethinking Theory and History in the Cold War: The State, Military Power, and Social Revolution*; Peter Kuznick y James Gilbert, *Rethinking Cold War Culture*, Londres, F. Cass, 2001.

<sup>24</sup> Véanse Mark Solovey, “Introduction: Science and the State during the Cold War: Blurred Boundaries and a Contested Legacy”, *Social Studies of Science*, v. 31, n. 2, 2001, p. 165-170; Nikolai Kremontsov, “In the Shadow of the Bomb



La salud internacional, símbolo aparente de neutralidad y racionalidad, estuvo siempre fuertemente enmarcada en objetivos políticos, en especial en su retórica y en el uso simbólico de términos que formaron un código y que legitimaron la ideología del anticomunismo. Por eso, este texto busca, asimismo, contribuir a examinar los procesos de creación de una conciencia política y de formación de lealtades, que fueron parte de una agenda para ganar “los corazones y las mentes”.<sup>25</sup> Los cruzados de la Guerra Fría promovieron con ahínco la creencia de que, al resolver importantes problemas de la salud rural, podrían consolidar una agricultura comercial y prevenir la diseminación del comunismo en áreas atravesadas por la pobreza. Estudiosos, como Trout, han analizado la manera en que la propaganda norteamericana recurrió a términos simbólicos –como el de “un mundo libre”– para impulsar su superioridad internacional.<sup>26</sup> Tales términos buscaron validar la posición hegemónica de Estados Unidos como líder del mundo capitalista y democrático enfrentado a la Unión Soviética, mientras que ésta era presentada como dictatorial, explotadora y “malvada.” Barnet señala que las dos superpotencias de la Guerra Fría recurrían a metáforas naturales y sanitarias para construir un consenso político y desacreditar a los que se oponían a su sistema. Por ejemplo, funcionarios gubernamentales estadounidenses caracterizaron al comunismo igual que un “virus”, mientras que los oficiales soviéticos creían que la cultura capitalista estaba “en decadencia”, “podrida” o era un “cáncer”.<sup>27</sup> Al usar tales palabras, estos sistemas aparecían más amenazantes para el

---

U.S.-Soviet Biomedical Relations in the Early Cold War, 1944-1948”, *Journal of Cold War Studies*, v. 9, n. 4, 2007, 41-67; David A. Hounshell, “Epilogue: Rethinking the Cold War; Rethinking Science and Technology in the Cold War; Rethinking the Social Study of Science and Technology”, *Social Studies of Science*, v. 31, n. 2, 2001, p. 289-297.

<sup>25</sup> Véanse Scott Lucas, *Freedom's War: The American Crusade against the Soviet Union*, Nueva York, New York University Press, 1999; Kenneth A. Osgood, *Total Cold War: U. S. Propaganda in the 'Free World', 1953-1960*, Berkeley, tesis de doctorado, University of California, Santa Barbara, 2001.

<sup>26</sup> Ben Thomas Trout, “Political Legitimation and the Cold War”, *International Studies Quarterly*, v. 19, n. 3, 1975, p. 57-60.

<sup>27</sup> Véase Richard Barnet, *The Giants: Russia and America*, Nueva York, Simon and Schuster, 1977.

público que lo que una explicación racional podía hacer. Como veremos, algo parecido ocurrió en el caso de la salud internacional. “Campana” era un término utilizado por los erradicadores de la malaria, el cual tenía una íntima relación con las experiencias medicas militares de la Segunda Guerra Mundial y con el trabajo contra la fiebre amarilla realizado al comienzo del siglo XX, que frecuentemente estaba dirigido a la eliminación completa de la enfermedad.

“Contención” (*containment*) fue otro concepto utilizado en la Guerra Fría, que tuvo una especial significación para la salud internacional en la década de 1950. Aunque generalmente la erradicación de la malaria se consideraba un programa global y uniforme, a fin de cuentas se volvió una operación focalizada, de contención, cargada de ambivalencias y contradicciones. Poco después de su lanzamiento, sus organizadores decidieron que la campaña no eliminaría la enfermedad de todo el mundo, tal como una lectura literal del termino implicaba. En cambio, fue presentada a manera de una “demostración” para algunos países e inclusive para ciertas regiones maláricas; por ejemplo, África y una gran extensión de la Amazonia brasileña fueron excluidas del proceso. En suma, la campaña se convirtió en una estrategia defensiva que no iría a intervenir en una parte significativa del mundo. Se parecía a la resignación de la política exterior norteamericana, que implicaba su política de “contención” en el hecho de que parte del mundo estaba en ese momento bajo la influencia de la Unión Soviética. El objetivo de la política norteamericana, entonces, era que esta influencia no creciera. Paralelamente, el fin último de la erradicación de la malaria acabó siendo el de contener a la enfermedad, no eliminarla por completo de todo el planeta.

La erradicación de la malaria contribuyó con un patrón de salud pública descrito en este libro como una *cultura de la sobrevivencia*, en el que las intervenciones sanitarias no eran diseñadas para ser una solución definitiva pero sí como respuestas temporales, con la conciencia –por lo menos en parte de sus organizadores– de que no resolverían definitivamente los problemas salubres de los países pobres. La preocupación última de las intervenciones de esta *cultura de la sobrevivencia* era realzar el rol de las nuevas tecnologías médicas y el papel de los expertos sobre la participación comunitaria, así como mantener con-

trolados los brotes de las enfermedades más peligrosas. Su legado problemático fue que muchas personas pobres en los países desarrollados sinceramente creían que la salud pública era tan sólo una respuesta a las emergencias y estaba encargada de la provisión de vacunas, medicinas, construcción de hospitales y la llegada de expertos extranjeros. En resumen, la prevención –que tradicionalmente ha sido la base de la salud pública– fue diferida y reemplazada por parches. Otro efecto negativo de la limitada comprensión de la salud pública fue la producción de resultados en el corto plazo, que a su vez creó la base para otras soluciones temporales. En consecuencia, surgió un círculo vicioso entre respuestas temporales y brotes epidémicos. Este ciclo se reforzó por uno más conocido entre pobreza y enfermedad, que postergaba las emergencias sanitarias que se mantenían como desastres inminentes.

Durante la década de 1950, México parecía un territorio remoto para la política de la Guerra Fría. Sin embargo, las administraciones de Estados Unidos buscaron de manera activa asegurar una lealtad incondicional y mantener el orden interno en el hemisferio occidental que era considerado parte de su zona global de influencia. Es verdad que en aquellos años, en su búsqueda de bastiones contra el comunismo, la política exterior norteamericana apoyó a algunos regímenes militares bajo el supuesto de que éstos garantizarían las inversiones privadas, el orden social y la estabilidad política, y serían firmes perseguidores de cualquier intento de penetración comunista. No obstante, el apoyo al autoritarismo era parte del entendimiento antipopulista de la modernización, que asumía que cualquier cambio debía venir de la elite, desde afuera y ser dirigido por un grupo de expertos técnicos. Asimismo, la década de 1950 fue también el comienzo de programas bilaterales que empezaron a promover algunos cambios sociales, supuestamente progresivos y ordenados, como parte de una modernización basada en la industrialización, reformas agrarias limitadas y la promoción de la agricultura comercial. Frecuentemente, los involucrados en gestionar la política exterior norteamericana creían que los regímenes autoritarios latinoamericanos podrían lograr estos cambios sin mayores conmociones sociales.

Los gobiernos mexicanos del periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial estaban muy dispuestos a seguir el modelo de desarrollo

que les permitía superar una larga historia de conflictos y tensiones con su vecino del norte y asegurar su lealtad histórica con él. En el caso de México, además, los años de la posguerra vieron regímenes interesados en suavizar los ángulos radicales de la revolución social de 1910 y legitimar su nueva posición como un socio estratégico de Estados Unidos en la región. Para los gobiernos mexicanos, alcanzar tal postura era importante no sólo por motivos económicos y políticos sino para asegurar su mando sobre las autoridades de las entidades federativas, que no siempre reconocían las prerrogativas del gobierno nacional. En ese sentido, alimentados también por la retórica anticomunista, surgieron discursos nacionalistas que buscaron crear un nuevo sentido de identidad entre un conglomerado de habitantes.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos mexicanos abrazaron políticas a favor de la industria y de los empresarios, así como en pos de la agricultura comercial dirigida a los mercados. Tales eran los lineamientos recomendados por los asesores norteamericanos. Un proceso de modernización implicaba la transformación de los sectores tradicionales de la sociedad y la eliminación de las barreras al desarrollo, por ejemplo, las enfermedades rurales tipo la malaria. Funcionarios de salud de esos gobiernos se esforzaron por expandir la medicina occidental a las áreas rurales, un esfuerzo con antecedentes importantes pero que sólo en los años cincuenta obtuvo los suficientes recursos y el apoyo político necesarios.

Los gobiernos mexicanos del periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial hicieron esfuerzos notables para promover una versión oficial, estandarizada, de nacionalismo, a fin de lograr legitimidad y asimilar a los diversos grupos étnicos que vivían en el país. Patience Schell ha estudiado la manera en que se tejieron lazos entre las políticas higiénicas y educacionales en el México de comienzos del siglo XX, esfuerzo realizado para “nacionalizar” a los niños y que tanto el Estado como la Iglesia consideraban esencial para el desarrollo del país.<sup>28</sup> Kay Vaughan ha señalado que, para el México de los años

<sup>28</sup> Patience A. Schell, “Nationalizing Children Through Schools and Hygiene: Porfirian and Revolutionary Mexico City”, *The Americas*, v. 60, n. 4, 2004, p. 559-587.

treinta, la educación fue también un instrumento de legitimidad política, de mexicanización del país y de consolidación de políticas pro natalistas. Los estudios de Kapelusz-Poppi muestran, también para este periodo, la preocupación por crear servicios médicos modernos en el campo mexicano.<sup>29</sup> Intentos similares se produjeron en la salud pública en los años cincuenta.

Los antecedentes educacionales y médicos fueron importantes para erradicar la malaria, debido a que la intervención sanitaria fue considerada una acción en la que las autoridades federales, antes que las estatales, tenían el liderazgo. En resumen, la campaña fue parte de un proceso de construcción del Estado y de centralización política. La erradicación fue también presentada como un mecanismo que permitiría el incremento de la población mexicana, un viejo ideal de la salud pública. No olvidemos que, debido a la influencia del catolicismo y del nacionalismo, en México y en otros países latinoamericanos estaba arraigada una fuerte tradición que consideraba a estas naciones subpobladas. La medicina y la salud públicas eran percibidas como medios para incrementar el número de habitantes, sobre todo con la disminución de la mortalidad en las zonas rurales; ambas permitirían producir trabajadores sanos, vigorosos y comprometidos con los nuevos ideales nacionalistas.

Una serie de estudios recientes sobre el desarrollo y la recepción de la salud internacional fuera de los centros de Europa y de Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, ha enfatizado cómo la llegada de la medicina occidental a países coloniales y poscoloniales generalmente conllevó al establecimiento de nuevas prioridades sanitarias.<sup>30</sup> Éstas

<sup>29</sup> Ana María Kapelusz-Poppi, "Physician Activists and the Development of Rural Health in Postrevolutionary Mexico", *Radical History Review*, n. 80, 2001, p. 35-50; "Rural Health and State Construction in Post-Revolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services", *The Americas*, v. 58, n. 2, 2001, p. 261-283.

<sup>30</sup> Véase, por ejemplo, David Arnold (ed.), *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*, Ámsterdam, Rodopi, 1996; Warwick Anderson, "Postcolonial Histories of Medicine", en Frank Huisman y John Harley Warner (ed.), *Locating Medical History: The Stories and their Meanings*, Báltimor, Johns Hopkins University Press, 2004, p. 285-306; Michael Worboys, "Tropical Diseases", en William F. Bynum y Roy Porter (ed.),

incluían la protección de las operaciones capitalistas y el control o la asimilación de las poblaciones indígenas a la cultura local. La relación entre la Guerra Fría y la erradicación de la malaria en general ha sido discutida en los trabajos de Packard y Litsios, entre otros autores. Sin embargo, hasta ahora sólo existen pocos estudios que presenten, de manera integral y detallada, la forma en que se llevó a cabo la campaña en un país en vías de desarrollo.<sup>31</sup>

Las enfermedades latinoamericanas han sido el tema de atención de una nueva generación de historiadores que ha demostrado cómo las autoridades de salud, nacionales o extranjeras, generalmente ubicadas en las ciudades capitales, dictaban cuáles eran las enfermedades importantes y merecedoras de mayores estudios y qué métodos de control debían utilizarse.<sup>32</sup> Dichos estudios incluyen análisis del papel de la Fundación Rockefeller en la organización de sistemas de salud pública y en la reforma de la enseñanza médica, realizados a comienzos del siglo XX.<sup>33</sup>

---

*Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Londres, Routledge, 1993, v. 1, p. 512-536.

<sup>31</sup>Véanse Randall M. Packard, “No other Logical Choice: Global Malaria Eradication and the Politics of International Health in the Post-War Era”, *Parassitología*, v. 40, n. 1-2, 1998, p. 217-229; “Malaria Dreams: Postwar Visions of Health and Development in the Third World”, *Medical Anthropology*, v. 17, n. 3, 1997, p. 279-296; Randall M. Packard y Peter J. Brown, “Rethinking Health, Development and Malaria: Historicizing a Cultural Model in International Health”, *Medical Anthropology*, v. 17, n. 3, 1997, p. 181-194; Socrates Litsios, “Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance”, *Medical Anthropology*, v. 17, n. 3, 1997, p. 255-278; Eric D. Carter, *Enemy in the Blood: Malaria, Environment, and Development in Argentina*, Tuscaloosa, University of Alabama Press, 2012.

<sup>32</sup>Por ejemplo, Christopher Abel, *Health, Hygiene, and Sanitation in Latin America c. 1870 to c. 1950*, Londres, Institute of Latin American Studies, 1996; Marcos Cueto, *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1996; Diego Armus (ed.), *Disease in the History of Modern Latin America: From Malaria to AIDS*, Durham, Duke University Press, 2003.

<sup>33</sup>Véanse Anne Birn, “Waives of Influence: Rockefeller Public Health in Mexico, 1920-50”, *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 31, n. 3, 2000, p. 381-395; Marcos Cueto (ed.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press, 1994, p. 72-125.

Algunos autores también han enfatizado la dimensión receptora de los programas de la Rockefeller, es decir la negociación, adaptación o resistencia de funcionarios sanitarios, médicos y público en general, al igual que el cambio de agendas metropolitanas por parte de los trabajadores de salud local. Ellos participaron de diversas maneras en la construcción de sistemas médicos hegemónicos en medios caracterizados por la heterogeneidad de las creencias y prácticas médicas.<sup>34</sup> Peard, Stepan y otros investigadores han argumentado convincentemente que, frente al fatalismo reinante entre médicos norteamericanos y europeos sobre la supuesta inferioridad de los climas tropicales, galenos de Brasil –desde mediados del siglo XIX hasta comienzos del XX– rechazaron nociones de una inferioridad inherente a la población nativa y de investigadores médicos locales. Más aún, ellos creyeron que las condiciones sociales podían mejorarse sólo si se resolvían asuntos más complejos como los sistemas de salud pública y de educación.<sup>35</sup> Para mediados del siglo XX, esta idea era en parte aceptada por las autoridades médicas norteamericanas.

Palmer y Sowell han mostrado la complejidad de los patrones médicos en Costa Rica y en Colombia al analizar la coexistencia, complementariedad y, a veces, rivalidad de la relación entre las medicinas populares y las profesionales.<sup>36</sup> Palmer ha logrado describir la circulación de ideas, técnicas y personal en un proceso que las recrea y al mismo tiempo, paradójicamente, reconstruye las asimetrías entre los

<sup>34</sup> Algunos trabajos son: Diana Obregón, *Batallas contra la lepra. Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Banco de la República de Colombia, 2002; Marcos Cueto, *The Return of Epidemics, Health and Society in Peru during the 20<sup>th</sup> century*, Aldershot, Ashgate, 2001; Jaime Benchimol, *Dos Micróbios aos Mosquitos: Febre Amarela e a Revolução Pasteuriana no Brasil*, Río de Janeiro, Fiocruz, 1999.

<sup>35</sup> Julyan Peard, *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth Century Brazilian Medicine*, Durham, Duke University Press, 1999; Nancy Stepan, *"The Hour of Eugenics": Race, Gender, and Nation in Latin America*, Ithaca, Cornell University Press, 1991.

<sup>36</sup> Steven Palmer, *From Popular Medicine to Medical Populism: Doctors, Healers, and Public Power in Costa Rica, 1800-1940*, Durham, Duke University Press, 2003; David Sowell, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira: Medicine, Ideologies, and Power in the Nineteenth-Century Andes*, Wilmington, SR Books, 2001.

países pobres y ricos. Tomando en cuenta perspectivas antropológicas importantes, Farmer, Parker y Briggs han mostrado la posibilidad y utilidad de comprender los discursos médicos indígenas y las reacciones populares a intervenciones sanitarias oficiales recientes, dirigidas a controlar el sida y el cólera en Brasil, Haití y Venezuela.<sup>37</sup>

Asimismo se han empezado a estudiar en América Latina campañas verticales, como el control de la fiebre amarilla en las ciudades y la vacunación antivariólica que fue ensayada por mucho tiempo convirtiéndose en un símbolo de la salud pública; eventualmente, ambas fueron un éxito en términos de la eliminación de la enfermedad.<sup>38</sup> Sin embargo, existen dos vacíos en la literatura reciente dedicada a examinar la historia de la medicina latinoamericana. En primer lugar, pocos estudios analizan los hechos ocurridos durante la segunda mitad del siglo XX. Las historiadoras Agostoni y Carrillo, entre otras, han hecho contribuciones notables al conocimiento de las instituciones y la cultura sanitaria mexicana a fines del siglo XIX y la primera mitad del XX, pero poco se ha tratado en México la historia social de la medicina en la segunda parte de la última centuria.<sup>39</sup> En segundo término, aparte de recientes estudios de Palmer y Espinosa, son escasos los análisis que intentan brindar una perspectiva integral, combinando las dimensiones metropolitanas, nacionales y locales de una intervención sanitaria.<sup>40</sup> Este trabajo intenta

<sup>37</sup> Paul Farmer, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, University of California Press, 1992; Charles Briggs y Clara Mantini-Briggs, *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling During a Medical Nightmare*, Berkeley, University of California Press, 2003; Richard Parker (ed.), *AIDS no Brasil, 1982-1992*, Río de Janeiro, ABLA, 1994.

<sup>38</sup> Un estudio notable para la región es el de Claudia Agostoni, “Médicos rurales y brigadas de vacunación en la lucha contra la viruela en el México posrevolucionario, 1920-1940”, *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, v. 35, n. 69, 2010, p. 67-91.

<sup>39</sup> Por ejemplo, Claudia Agostoni “Médicos rurales...”; para Brasil, Gilberto Hochman, “Priority, Invisibility and Eradication: The History of Smallpox and the Brazilian Public Health Agenda”, *Medical History*, v. 53, n. 2, 2009, p. 1229-1252, y Tania Fernandes, *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Río de Janeiro, Fiocruz, 1999.

<sup>40</sup> Steven Palmer, *Launching Global Health: The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*, Michigan, University of Michigan Press, 2010; Mariola Espinosa, *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 2009.



cubrir, aunque sea parcialmente, tales vacíos al estudiar las interacciones del proceso contradictorio de lanzamiento de una campaña de salud internacional, su apropiación por parte de las autoridades mexicanas y las respuestas locales –algunas veces de resistencia– que generaron.

De esta forma, examinaré en el libro tres importantes dimensiones de una campaña de salud internacional en un país en desarrollo: la compleja trama de motivaciones metropolitanas y nacionales que la apoyaron, el diseño y la tecnología que fueron usados y, finalmente, las respuestas locales que provocó en diversos ámbitos. Así, el estudio está organizado en una introducción, tres capítulos y una conclusión, donde los capítulos están elaborados como un tríptico en el que las partes se reflejan. En el primero analizo la emergencia del campo de la “salud internacional”, junto con las motivaciones humanitarias, económicas y políticas de las agencias multilaterales y bilaterales que se implementaron para la erradicación de la malaria. Los supuestos principales, o requisitos, para el éxito de la erradicación fueron que ésta era biológicamente realizable, que sus beneficios superaban en mucho a su costo, que era superior a otras formas alternativas de intervención –como el “control”– y que era posible obtener el compromiso político de los gobiernos. El primer capítulo también analiza las razones para el declive del compromiso mundial, que fue evidente a fines de la década de los años sesenta y que incluyó el cambio de actitud popular y oficial hacia los insecticidas y la preocupación de que el DDT estaba contaminando el medio ambiente y empezó a ser considerado una herramienta contraproducente que aplazaba la mortalidad y contribuía a la sobrepoblación. Asimismo, quiero situar el concepto de erradicación, que atravesó ciclos de auge y caída en la salud internacional.

El segundo capítulo empieza en 1956, cuando miles de trabajadores mexicanos de salud empezaron a rociar con DDT las paredes de las casas matando a los mosquitos, antes o después de que éstos hubiesen tomado su cena de sangre humana. Me concentro en los esfuerzos de validación de los gobiernos mexicanos y su apropiación por la elite médica durante un periodo marcado por la consolidación de un sistema de dominación de un partido político y de crecimiento económico, así como de redefinición de la ciudadanía en el campo. Para los gobiernos autoritarios de México y los líderes políticos pro empresa del periodo

que siguió a la Segunda Guerra Mundial, la campaña era parte de sus esfuerzos para desarrollar una agricultura capitalista, crear ciudadanos y consumidores modernos, promover una cultura mestiza y extender los servicios de salud a las zonas rurales. Con el fin de cumplir estos propósitos, los gobiernos mexicanos usaron activamente los medios de comunicación masiva. Una dimensión importante de la campaña fue la incorporación de líderes médicos y políticos americanizados o influidos por la enseñanza médica y universitaria norteamericana, que adaptaron la malaria al contexto nacional al mismo tiempo que realzaron su propia posición de expertos o líderes del país.

El patrón predominante entre los trabajadores locales de salud fue la apropiación, lo que implicó un grado de adaptación de la campaña internacional. Muchos de ellos fueron más allá de lo que las agencias de salud esperaban y combinaron su trabajo con actividades sanitarias más amplias y con temas nacionalistas. Aunque nunca lograron crear un discurso alternativo y sí fueron forjando una manera de hacer salud en condiciones adversas, existió una notable adaptación del personal médico que se esforzó por usar la campaña a manera de trampolín, para obtener mayores logros en el área rural, establecer contacto con zonas que conocían poco la medicina occidental y hacer más por la educación sanitaria, tradicionalmente entendida como una inducción de conductas consideradas “apropiadas.”

El tercer capítulo trata de las respuestas locales a la erradicación de la malaria. Después de poco tiempo de ser lanzada, antropólogos médicos y galenos locales criticaron la campaña. Aunque frecuentemente utilizaron argumentos inconsistentes, éstos revelan la ausencia de una perspectiva sanitaria intercultural y, a consecuencia de ello, se produjo un importante desencuentro cultural. Por ejemplo, de acuerdo con el diseño original, muestras de sangre obtenidas de un pinchazo en el dedo eran necesarias para confirmar la existencia de la enfermedad. Sin embargo, muchos indígenas rechazaron los exámenes porque creían firmemente que la sangre estaba relacionada con la fortaleza individual, la fertilidad y la virilidad, y que podía ser mal utilizada en maleficios. Su resistencia enfatiza los retos que los moradores rurales confrontaban con la penetración de intervenciones sanitarias oficiales, la comercialización de la agricultura y un creciente Estado intervencio-

nista. Los doctores sanitaristas percibían la erradicación como una puerta de entrada de la medicina occidental y trataron de superar las resistencias, que ellos consideraban eran resultado de la ignorancia, la superstición y remanentes de prácticas y creencias de la medicina tradicional que desaparecerían con el tiempo. El tercer capítulo analiza también los pocos casos documentados de una revuelta indígena contra la erradicación de la malaria, que fueron especialmente intensos en el sur de México. Aunque los archivos no proporcionan una muestra clara de la extensión de tales inconformidades, parece que éstas fueron marginales a la aceptación de las campañas, pero no dejan de indicar que la ausencia de una perspectiva intercultural limitó la campaña contra la malaria en las áreas rurales.

Las conclusiones del libro discuten el desarrollo de la malaria brevemente en los años posteriores a 1970 y los legados de intervenciones de corto plazo en el reforzamiento de expectativas inmediatas en la salud pública. Se abordan las ambigüedades y contradicciones del periodo de la Guerra Fría, cuando los políticos de las superpotencias exacerbaron las tensiones, llegando al borde de un conflicto militar abierto, y se hacen algunas reflexiones sobre la malaria después de la erradicación. La gente común de los países pobres, por ejemplo México, aún sufría de enfermedades trágicas como la malaria, que estaba marcada por fiebres mortales, para las cuales una solución definitiva fue propuesta pero nunca lograda plenamente.

En una época cuando la malaria es, junto con el sida y la tuberculosis, una preocupación para las agencias de salud y cuando hay una tendencia creciente a sobreenfatizar los beneficios de los mosquiteros impregnados con insecticidas y de una futura vacuna contra la malaria, así como la propuesta de revivir el concepto de erradicación de la enfermedad, este trabajo acentúa la necesidad de permanecer alertas al surgimiento de nuevas “balas mágicas” que puedan parecer la solución por sí mismas al problema. Más aún, aboga por reforzar un entendimiento de la compleja dinámica entre la política, la ecología, el trabajo de las agencias internacionales y los actores locales, y por un balance entre las intervenciones técnicas y el desarrollo socioeconómico. El pasado y el futuro de la erradicación de la malaria demuestran que la más importante inversión en salud pública de un país pobre no es en

tecnologías médicas sino en la construcción de capacidades humanas que puedan responder a una variedad de situaciones.<sup>41</sup> Este libro no descarta las ventajas de una perspectiva erradicacionista para algunas enfermedades, ni el rol positivo que puedan jugar las nuevas tecnologías médicas, sino problematiza y contribuye a conocer mejor el concepto. La erradicación de la enfermedad es un tema en debate en la salud pública. Los esfuerzos han sido mixtos, siendo el de la viruela el único caso hasta ahora exitoso a escala mundial. Lo que se quiere enfatizar es que estos empeños de erradicación no pueden tener un valor absoluto. Por el contrario, el ánimo de este libro es analizar un caso histórico para proponer una perspectiva de largo plazo, flexible e integrada de salud pública, que permita superar la *cultura de la sobrevivencia*, descrita y analizada en las conclusiones, es decir, un patrón cultural y sanitario donde no debe permitirse que la mayoría de las infecciones que producen dolencias sean endémicas sino que se reduzcan a niveles tolerables.

El presente estudio está basado en materiales relevantes de archivos y bibliotecas de México, Europa y Estados Unidos. He consultado las publicaciones conservadas en el Archivo General de la Nación de México, y las extraordinarias colecciones del archivo de la Secretaría de Salud de ese país.<sup>42</sup> Ahí encontré decenas de cajas de la unidad encar-

<sup>41</sup>Véanse Louis Williams Jr., “Malaria Eradication-Growth of the Concept and its Application”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 7, n. 3, 1958, p. 259-267; Aidan Cockburn, “Eradication of Infectious Diseases”, *Science*, v. 133, n. 3458, 1961, p. 1050-1058; Walter Dowdle y Donald Hopkins (ed.), *The Eradication of Infectious Diseases*, Chichester-Nueva York, John Wiley & Sons, 1998; Paul Greenough, “Intimidation, Coercion and Resistance in the Final Stages of the South Asian Smallpox Eradication Campaign, 1973-1975”, *Social Science and Medicine*, v. 41, n. 5, 1995, p. 633-645; P. Yekutiel, “Lessons from the big Eradication Campaigns”, *World Health Forum*, v. 1, n. 2, 1981, p. 465-490; C. V. Brown y Gustav J. Nossal, “Malaria, Yesterday, Today, and Tomorrow”, *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 20, n. 1, 1986, p. 65-76; Nancy Leys Stepan, *Eradication, Ridding the World of Diseases Forever?*, Ithaca, Cornell University Press, 2012.

<sup>42</sup>La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada en 1943. En 1983 su nombre cambió a Secretaría de Salud. El Archivo Histórico de la Secretaría de Salud se abrió a los investigadores en 1986. Véanse Secretaría de Salud, *Guía de la Sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Oficialía Mayor, Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico*, México, [s. e.], 1994; *Guía del Fondo de Salubridad Pública*, México, [s. e.], 1991. Consúltese también: <<http://www.bireme.br/>

gada de la erradicación de la malaria, que nadie había consultado previamente. Los materiales del Congreso y de la Presidencia de los National Archives en Washington, D. C., y Maryland, fueron de suma importancia. Los documentos de la National Library of Medicine, en Bethesda –por ejemplo, los documentos de Fred L. Soper, Eugene Campbell y Louis L. Williams Jr.–, y los materiales del Rockefeller Archive Center, en Nueva York –los diarios de Paul F. Russell– fueron esenciales para mi investigación. Las publicaciones conservadas en la *Library of Congress*, en Washington, D. C., en la *Library of the New York Academy of Medicine*, en la *New York Public Library*, así como en las bibliotecas de las universidades de Stanford, Columbia y Princeton, también fueron muy importantes. Finalmente, me fueron de gran utilidad los documentos y archivos de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, y de la UNICEF, en la ciudad de Nueva York. Una versión preliminar apareció en el 2007 en inglés como *Cold War, Deadly Fevers Malaria Eradication in Mexico, 1955–1975*, publicado por las editoriales Johns Hopkins University Press y Woodrow Wilson Center Press.

#### Agradecimientos

La publicación de esta obra fue posible gracias al interés y el apoyo del Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Agradezco a Claudia Agostoni, investigadora de ese instituto y destacada historiadora de la salud pública mexicana, por su constante apoyo y por la invitación que me hizo para ofrecer un corto seminario sobre la historia de la salud global en América Latina, en junio del 2012 –como parte del Proyecto PAPIIT IN403010–. Mi gratitud también a la directora, Alicia Mayer, por su receptividad para pu-

---

crics5/E/grupos/grupo1/Barnard.pdf> y <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/presentcdi.html>>. Fecha de consulta: 10 de abril de 2006. Especialmente investigué las 139 cajas de la Sección Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo del *Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia*. Asimismo, usé las secciones: Secretaría Particular, Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría y Asistencia y Subsecretaría de Salubridad del *fondo SSA*. Paludismo era el nombre más común usado entonces en México y en algunos países de América Latina para denominar a la malaria.

blicar el texto y al Departamento Editorial del Instituto de Investigaciones Históricas.

La investigación que culminó en este libro se inició algunos años atrás y me llevó por diferentes universidades, centros y archivos de México, Estados Unidos y Europa. Durante esos viajes recibí sabias sugerencias de historiadores, bibliotecarios y archivistas que recuerdo con cariño. Entre ellos están mis colegas y amigas Ana María Carrillo y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, quienes son autoras de trabajos fundamentales de historia de la medicina mexicana. En el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud de este país recibí el respaldo de todo el personal, profesional y dedicado, empezando por su directora Irma Betanzos. En Estados Unidos me ayudaron de diferentes maneras y desinteresadamente los profesores Herbert S. Klein, Nancy Leys Stepan, Theodore Brown, Elizabeth Fee, Ronald Numbers, Darwin Stapleton, Richard Parker, Steve Palmer, Jeremy Adelman y Joao Biel. Estos dos últimos, profesores en la Universidad de Princeton, hicieron mi estadía de investigación productiva en el Centro de Estudios Latinoamericanos de aquella institución académica durante el semestre en que fui profesor visitante. Ahí consulté la Mudd Manuscript Library, que conserva los papeles de Maurice Pate de UNICEF –un personaje clave de la cooperación multilateral durante la Guerra Fría norteamericana–, algo que no había hecho para la edición en inglés del libro. En este mismo archivo encontré materiales relevantes sobre el ex secretario del Departamento de Estado John Foster Dulles. El trabajo con los materiales de Pate y Dulles, más algo de investigación adicional en la Biblioteca Nacional de México, así como algunas presentaciones donde recibí críticas pertinentes –como la que realicé en el Programa de Historia de la Medicina de la Universidad de Yale, gracias a la generosa invitación del profesor John Warner–, son el origen de las principales novedades, en términos de datos, interpretación y formulación del concepto *cultura en la adversidad*, en relación con la edición del libro en inglés.

Con respecto a la versión preliminar de este trabajo, *Cold War, Deadly Fevers, Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*, debo agradecer a Kelly Rogers, de Johns Hopkins University Press, y a Joseph Brinley, del Woodrow Wilson International Center for Scholars, por las

facilidades que dieron para permitir que aparezca esta versión en castellano. En el archivo de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, Suiza, recibí el valioso apoyo de Marie Villerme y Dolores Campanario. Odín del Pozo, del Instituto de Estudios Peruanos, me brindó una ayuda invaluable para pulir la versión final del texto, la cual realicé cuando era profesor visitante de esa institución, extraordinaria en América Latina, a fin de explorar el pasado médico y sanitario de la región que es la Casa Oswaldo Cruz, Fiocruz, de Río de Janeiro, dirigida por Nara Azevedo, y donde tuve la suerte de colaborar con la revista *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, editada por un excelente equipo que encabeza Jaime Benchimol. Siempre, desde que comencé a estudiar y a investigar en historia, conté con mi querido amigo y colega Alfonso Quiroz, quien murió prematuramente cuando estaba corrigiendo las pruebas finales de este texto. A él dedico este libro.