

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

Respuestas locales

La recepción local de la campaña antimalárica, por parte de los médicos de las entidades federativas y poblaciones rurales, en México fue diversa, compleja y a veces incoherente. No siguió un patrón sistemático ni propuso una perspectiva sanitaria alternativa. Por el contrario, fue contradictoria, desigual, espontánea y –en contra de lo programado– crítica. Reveló la diversidad de enraizadas nociones de salud y de enfermedad que precedieron a la campaña, las que no fueron siempre tomadas en cuenta en los diseños metropolitanos y capitalinos de la erradicación. Para poder entender las respuestas he organizado este capítulo en tres secciones. En primer lugar, lo que fue hecho en función de la educación sanitaria por parte de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo (CNEP). Segundo, la crítica, algo controlada, de dos antropólogos médicos al comienzo de la erradicación y la reacción, más disonante, de un médico del interior de la república que casi por sí solo luchó tenazmente por hacer públicas las limitaciones de la campaña. Finalmente, las objeciones y protestas dispersas por parte de los líderes y de las comunidades indígenas.

Retos interculturales

Las autoridades de la CNEP dedicaron cierta atención a los retos de la salud intercultural, cuando ésta era un campo de acción muy incipiente para los expertos. Su interés se tradujo en una serie de valiosos esfuerzos de comunicación y educación, adaptados a un contexto cultural considerado “diferente”, bajo el supuesto de que los profesionales médicos ostentaban una racionalidad superior que eventualmente se iba a imponer. Ello iba en contra de los inicios de la salud intercultural delineada en el Primer Congreso Indigenista Americano, realizado en Pátzcuaro, en 1940, bajo los auspicios del presidente Lázaro Cárdenas. Ahí se recomendó, con respecto a las creencias indígenas contra las enfermedades, que se debía aprovechar el trabajo de los practicantes sanitarios locales y que los profesionales universitarios debían tomar cursos antropológicos, históricos y sociales, a fin de que apreciaran el trabajo médico indígena. A lo anterior se añadió una recomendación sobre la malaria que sólo sería plenamente comprendida años después: procurar siempre una mejora de la “educación, alimentación y habitación”.¹

Las actividades de la CNEP ligadas a la erradicación nunca llegaron a tener gran importancia, pues se asumía que las poblaciones indígenas serían pasivas y recibirían bien a los trabajadores sanitarios, especialmente cuando las tasas de la enfermedad empezaran a declinar. Aunque sólo hubo unos pocos intentos de establecer un puente entre las comunidades rurales y las instituciones oficiales de salud, generalmente fragmentados, es importante analizar en detalle sus características principales, así como sus limitaciones. Sin embargo, éstas no se redujeron a lo que ya se ha explicado acerca de la unidad dedicada a la educación sanitaria de la comisión nacional en el capítulo anterior.

Uno de los principales retos de la erradicación de la malaria en México fue la existencia de varios idiomas y dialectos diferentes al castellano. Los más comunes eran el náhuatl, maya, zapoteco y mixteco,

¹“Acta Final del Primer Congreso Indigenista Americano celebrado en Pátzcuaro”, México, abril de 1940, suplemento del *Boletín Indigenista Interamericano*, México, D. F., 1948, p. 13-14.

por lo general hablados en el sudeste de México. En Tabasco, un trabajador de salud se quejó de la inexistencia de un mapa con indicaciones de los grupos étnicos y dialectos en cada región.² En la misma línea, un informe sobre educación sanitaria del jefe de la zona de Guerrero –área ocupada por cuatro grupos étnicos diferentes: mexica, mixteco, tlapaneco y amuzgo, con una población de 200 000 personas–, lamentaba en una fecha tan avanzada de la campaña como 1962 la ausencia de un mapa que señalara la ubicación de los grupos étnicos, sus lenguas y la proporción de individuos que eran monolingües en un idioma distinto al castellano. Es interesante apuntar que oraciones del informe estaban subrayadas –seguramente por alguna autoridad de la ciudad de México– y se había escrito al lado del documento un signo de interrogación que sugería la alarma de quien leyó este documento o la dificultad de proporcionar entonces lo que se pedía.³

Un alto funcionario de la CNEP, que consideraba que los idiomas nativos eran un “obstáculo” para la campaña, enfatizó que siempre era difícil encontrar a buenos traductores para el trabajo de las brigadas. Según este sanitario, las personas de campo eran desconfiadas por naturaleza y temían que la información que se diera a los doctores “extranjeros” –percibidos como tales, por venir de la ciudad– o a sus traductores –vistos como intermediarios y leales a los anteriores– después fuera usada para “explotarlos” o “cobrarles” por los servicios sanitarios. En un país donde el Estado buscaba ser el líder e impulsor principal de los programas sociales gratuitos y universales, paradójicamente, la idea de que los médicos que trabajaban en un proyecto gubernamental no “cobrarían” por sus servicios era –según un informe– algo que a la población le parecía “imposible”.⁴ Un indicador de

²“Supervisión efectuada a la Sección de Relaciones Públicas de Zona 1, septiembre 1961”, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSS), *Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia* [en adelante SSA], sección CNEP, serie Zona 2, exp. 6. (Aunque las zonas usaban números romanos usaré arábigos.)

³Ricardo Zebada Ochoa [jefe de la Zona 9], “Supervisión a la Sección de Relaciones Públicas, Zona 9, 18-4-1962”, p. 2, AHSS, SSA, serie CNEP, sección Zona 9, caja 2, exp. 2.

⁴Luis Vargas, “Consideraciones generales sobre la epidemiología de la malaria evanescente de México”, *Gaceta Médica de México*, v. 88, n. 9, 1958, p. 613.

que personas ajenas al campo de la medicina eran conscientes de este problema es el hecho de que la CNEP recibió diversas propuestas para afrontar las barreras que representaba la diversidad de lenguajes. Por ejemplo, un “sabio” local de Apipilhuasco, Veracruz, se ofreció a cambio de un modesto salario a reclutar traductores indígenas de “otomí, azteca, tepehúe y totonaco” – “lenguas” regionales–, porque decía que en algunos pueblos “nadie habla castellano”.⁵

Los retos lingüísticos de la erradicación de la malaria y su relación con las diferentes opiniones sobre la campaña son evidentes en el bien financiado estudio sobre Dieldrin, de 100 000 dólares, que organizó entre 1956 y 1957 la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), la Shell Chemical Corporation y el gobierno mexicano. Aunque la propuesta estuvo formalmente orientada a examinar la efectividad del insecticida en muros de barro, que parecía que absorbían el químico quitándole efectividad y que no llegó a ninguna conclusión definitiva, en la misma se analizaron los retos culturales de la erradicación.⁶ La investigación fue dirigida por equipos de mexicanos y americanos que incluían una unidad de “relaciones públicas”, en realidad un eufemismo para el trabajo educativo también usado por la CNEP en tres regiones maláricas de climas diferentes de Acapulco, Puebla y Oaxaca. Según el informe final, la población, en general, fue amistosa y permitía a los trabajadores “entrar hasta dos veces al mes a sus casas para realizar pruebas”.⁷ Sin embargo, según el mismo informe, la recepción local variaba. Por ejemplo, en Acapulco, el área más desarrollada desde el punto de vista socioeconómico, “las personas [...] solo pocas excepciones han cooperado mucho [...], muchas veces se les da dulces a los niños y se les

⁵ “Armín Monte de Honor a Adolfo Ruiz Cortines”, 14 de septiembre, 1955, Archivo General de la Nación (en adelante AGN), México, *Archivo Adolfo Ruiz Cortines*, v. 423, exp. 424/23.

⁶ “Soper a Morones Prieto”, 16 de marzo, 1956, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 2, exp. 17. “The Malaria Eradication Campaign in Mexico. Informe enviado al comité del programa, 25 Octubre 1956, by Mr. R. Davee, Director, the Americas Regional Office, E/ICEF/329, United Nations Children’s Fund”, WHO Archives, serie Malaria Research Collection, caja WHO7.0078, exp. México 1955-1956.

⁷ “1957 Annual Report Dieldrin Study Project, AMRO 105, Mexico, Compiled by Travis E Mcneel”, NLM, *Williams Papers*, caja 9, exp. Dieldrin Project.

tomaron unas cuantas fotos [...]. Sentimos que nuestras relaciones públicas son excelentes”.⁸ En la región rural de Puebla, que se acercaba a los estándares de vida de Acapulco, el equipo también encontró una recepción favorable y estaba dispuesto a ir más allá de las obligaciones formales de las “relaciones públicas” al proporcionar transporte, medicinas, engriendo a los niños y escuchando los diversos padecimientos de salud. La confianza mutua llegó a tal punto que un miembro del equipo se convirtió en orgulloso padrino en el bautizo de un niño.⁹ En Oaxaca, el hogar ancestral de la gente zapoteca, que era poblada por varios grupos étnicos con diferentes idiomas, la labor tradicional de “relaciones públicas” enfrentó sus limitaciones. El difícil trabajo con campesinos pobres en el remoto pueblo de Santa Inés Yatzechi, que únicamente tenía 914 habitantes, fue explicado en el informe por el hecho de que la población sólo hablaba “zapoteco y con pocas excepciones no nos podíamos comunicar con los habitantes más que de la forma más rudimentaria”.¹⁰

La CNEP le dio alguna atención al hecho de la diversidad lingüística y diseñó folletos, audios y carteles en por lo menos cuatro idiomas indígenas.¹¹ Una valiosa ayuda en esta tarea fue también proporcionada por el Instituto Lingüístico de Verano, organización protestante proselitista que estuvo en México desde los años treinta y entrenó a lingüistas norteamericanos, en Oklahoma, para predicar y traducir la Biblia en las numerosas lenguas nativas –en el proceso aprendieron los idiomas indígenas–. El instituto estadounidense, que tenía una rica experiencia en la elaboración de los primeros diccionarios y gramáticas para muchos de estos idiomas, publicó folletos bilingües para la erradicación de la malaria.¹²

⁸“1957 Annual Report Dieldrin Study Project, AMRO 105, Mexico, Compiled by Travis E Mcneel”, NLM, *Williams Papers*, caja 9, exp. Dieldrin Project, p. 54-55.

⁹*Idem.*, p. 118.

¹⁰*Idem.*, p. 87.

¹¹“Manuel Márquez Escobedo a Jefe de la Zona 1”, 24 de enero, 1957, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 1, caja 1, exp. 2. Márquez Escobedo a Dávila, 19 de octubre, 1956, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 4, caja 1, exp. 2.

¹²Para fines de la década de 1950, el instituto tenía a empleados que trabajaban en México, Guatemala, Ecuador, Bolivia, Brasil, Perú y las Filipinas. “Información cronológica de las actividades planeadas y desarrolladas por el Departamento

Sin embargo, la incomunicación no pudo ser superada sólo con la propaganda bilingüe producida por la CNEP. Una de las limitaciones de la campaña educativa de erradicación fue que se basaba en el supuesto de que la difusión de información científica induciría a comportamientos racionales, eventualmente a cambios en los estilos de vida y, sobre todo, a obedecer las órdenes de las autoridades sanitarias. Por el contrario, en algunos pueblos –a pesar de la intensa propaganda médica mediante folletos, radio, periódicos y películas–, la automedicación, el curanderismo y la desconfianza en la medicina occidental persistieron. Como resultado, el objetivo educacional persuasivo de erradicación de la malaria, que fue en última instancia lograr la conformidad de la población con las operaciones de rociado y de toma de muestras de sangre, no siempre se obtuvo. Lo anterior se resume en las declaraciones de un funcionario educativo de la CNEP que describió su labor como la de insistir en brindar información a las comunidades rurales de tal modo que la gente “coopere con gusto en todo los trabajos que son llevados adelante”. Ello, con frecuencia no llegaba a alcanzar buenos resultados.¹³

La búsqueda tenaz de aprobación de la campaña por parte de la población apareció claramente como un objetivo clave en una reunión de la OSP con los directores de los servicios de erradicación de México, América Central y Panamá, realizada en 1957. Carlos Alvarado –entonces funcionario argentino de esta oficina sanitaria y más adelante jefe de la División de Malaria de la misma– explicó las características compulsivas del trabajo educativo. Según él, la erradicación no buscaba modificar el estilo de vida de las poblaciones rurales sino hacerles entender la necesidad de rociar sus casas, de dar muestras de sangre, tomar los medicamentos, denunciar los casos de fiebres y “seguir todas

de Información, Publicidad y Educación Higiénica de la CNEP, 1956”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 3, exp. 7. David Stoll, *Fishers of Men or Founders of Empire? The Wycliffe Bible Translators in Latin America*, Londres, Zed Press, 1982; Instituto Lingüístico de Verano, *Veinticinco años del Instituto Lingüístico de Verano en México, 1935-1960*, México, [s. e.], 1960.

¹³ Manuel E. Pesqueira [Undersecretary of Health], “A Year of Antimalarial Activities, April 1957”, WHO Archives, serie Malaria Research Collection, WHO7.0078, exp. México 1957-1958.

las instrucciones de los trabajadores de salud”.¹⁴ Más aún, él creía que, en función de la educación, unidades móviles y temporales serían más que suficientes.¹⁵ Estos comentarios revelan la manera restringida como se entendía entonces la educación sanitaria, especialmente en el medio rural, y evocan el trabajo de los médicos militares norteamericanos en la Segunda Guerra Mundial. Es decir, la educación no era un diálogo y a veces ni siquiera una persuasión sino una imposición, de preferencia a las buenas. Un comentario parecido podría hacerse sobre la asimilación de los campesinos a la vida nacional; ésta aspiraba a ser hecha para transformarlos en subordinados, consumidores y ciudadanos, sin otra alternativa para ellos, y que el resultado fuese que llegaran a ser ciudadanos de segunda clase.

Las limitaciones de este estilo prescriptivo de la propaganda sanitaria en México se encuentran ilustradas en los archivos con la narración de un encuentro entre funcionarios de la CNEP, maestros de escuela y líderes indígenas de El Nayar, Nayarit. De estos últimos sólo algunos podían leer o entender castellano—. En esa reunión se dio una discusión sobre cuál debía ser el mejor cartel para un área rural; se eligió uno donde aparecía un indígena vestido con el traje típico de la región y que preguntaba en su idioma nativo “¿Estas sufriendo de escalofríos y fiebres?... Permite que tu casa sea rociada”.¹⁶ Algo parecido fue el folleto bilingüe diseñado para un pueblo de la Huasteca, en San Luis Potosí, que recreaba un diálogo imaginario entre un trabajador sanitario y un campesino. En un momento dado, el trabajador de salud argumentaba con convicción y, asegurándose de que no habría resistencia alguna, informaba: “Si tienes una persona enferma en casa [...] la voy a extraer y a llevarme una pequeña gota de sangre [...] y si la enfer-

¹⁴ Una carta sugiere que estas medidas eran el objetivo principal del programa educacional: “Carmen M. Hernández Guzmán a Carlos Ruz Ávila” [jefe de la Zona 2 Villahermosa, Tabasco], 11 de mayo, 1962, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 2, exp. 6.

¹⁵ “Intervención del Dr. Carlos Alvarado”, en *V Región de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de Centro América, México y Panamá, San José, Costa Rica*, 24-29 de junio 1957, Informe Final, mimeo.”, p. 26, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 2, exp. 15.

¹⁶ “Mario Aguilar Sierra [jefe de la Zona 12] a CNEP”, México D. F., 2 de enero, 1959, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 12, caja 1, exp. 4.

medad existe, entonces vendrá un doctor y le dará medicinas, pero por ahora le voy a dar dos o tres pastillas [...] el doctor no te va a cobrar nada porque es pagado por el gobierno para atender a los pobres”.¹⁷ Según el mismo cartel, la respuesta ideal del campesino, después de una pequeña duda o “Hum”, era decir que estaba de acuerdo.

Este tipo de propaganda de cariz paternalista y caritativo no solucionaría los retos de la salud intercultural. La diversidad lingüística se convirtió en un asunto de la mayor importancia en el sur de México, donde una variedad de dialectos locales y lenguajes diferentes al castellano existía. No se trataba sólo de un reto lingüístico que hacía difícil la comunicación y la educación sino también de importantes diferencias culturales en las que los idiomas se inscribían. Por ejemplo, las lenguas nativas eran más libres, ricas y flexibles para ponerle diferentes nombres a los objetos, las tierras, las enfermedades y las personas. A ello se agregaba el hecho de que la documentación oficial personal no había entrado del todo entre las comunidades. Un desesperado funcionario de la ciudad de México que visitó los pueblos de zinacantecos y chamulas, en Chiapas, se quejaba de que no era fácil identificar casos de malaria porque muchos indígenas únicamente hablaban su idioma nativo y no tenían “papeles”, es decir, documentos de identidad reconocidos por el Estado, lo que hacía difícil llevar un registro de los mismos.¹⁸

Un reto lingüístico similar para la CNEP fue el uso de la palabra en castellano para referirse a malaria. “Paludismo” era un término utilizado por la elite médica mexicana interesada no en los síntomas, pero en una relación entre algunos síntomas que identificaban a una entidad clínica específica que, además, tenía un solo origen biológico y un único medio de transmisión. Su origen era francés y diferente, pero a fin de cuentas sinónimo al de “malaria”, que era anglosajón. Según el pensamiento médico más ortodoxo, ello se basaba en experimentos empí-

¹⁷ “Sección de Epidemiología”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 1, caja 1, exp. 3.

¹⁸ Domingo Cervantes González, “Informe de la visita de orientación epidemiológica efectuada en la Zona IV, Chiapas, 6 al 20 de agosto 1962”, p. 10, AHSS SSA, serie CNEP, sección Zona 4, caja 1, exp. 8.

ricos que habían descubierto, demostrado y nombrado a una enfermedad nueva que podía producir un abanico de síntomas que eran predecibles y cuyo control y tratamiento ya se había establecido. Al usar esta denominación científica se validaba un cuerpo de conocimientos técnicos segregado del conocimiento popular y únicamente comprensible por un grupo de expertos. Estos últimos también gozaban de una denominación especial (“malariólogos”) y conformaban, sin duda, una de las especialidades médicas con mayores recursos y prestigio. Gracias a Paul Russell y al comité de expertos de malaria de la OMS se desarrolló un vocabulario completo para los trabajadores de salud, una guía para la terminología de la malaria que ayudaría a definir y estandarizar conceptos, métodos e indicadores numéricos.¹⁹ En contraste, la malaria tenía alrededor de 30 diferentes nombres populares en castellano y en idiomas indígenas que eran comúnmente usados en las áreas rurales, inclusive por funcionarios municipales que tenían que registrar la causa de muerte en el caso frecuente de que ésta ocurriese sin un certificado médico. Tales denominaciones eran:

[...] amarillas, calenturas pega, calenturas, calentura con frío, calentura entre cuerpo y carne, ceel, costeadado chahuiste, espantado, fiebre con fríos, fiebre del bazo, fiebre de la costa, fiebre remitente, fiebres barranqueñas, fríos costeños, fríos criollos, fríos y calenturas intermitentes, jacaltamal, latido con bazo, los fríos, maduro por los fríos, mal de espanto, miseria fisiológica por paludismo, morrongo, tenahuiste, tener bazo, tiricia, toahusite, tenahuistle.²⁰

Estos términos nativos reflejaban una interpretación de la enfermedad, así como varios síntomas concomitantes; resaltaba a veces un par de ellos, escalofríos e hinchazón del bazo, y eran con frecuencia contradictorios. Cada uno de ellos tenía vida propia, que podía o no ser

¹⁹ Gordon Novell, Paul F. Russell y N. H. Swellengrebel, *Malaria Terminology, Report of a Drafting Committee Appointed by the World Health Organization*, Ginebra, World Health Organization, 1953.

²⁰ Luis Vargas, “Realizaciones del Programa de Erradicación”, *Salud Pública de México*, v. 7, 1965, p. 739.

autónoma, y podían ser impuestos en el cuerpo por una serie de agentes externos, naturales y sobrenaturales. Fue difícil hacer de la palabra “paludismo” la denominación hegemónica popular de la enfermedad –aunque quizás la popularización de este término fue uno de los principales legados de la CNEP–. A comienzos de los años sesenta, diferentes nombres de la enfermedad persistían en las zonas rurales, en parte porque el porcentaje de los registros civiles de muertes certificadas por médicos permaneció en niveles bajos en las áreas indígenas del sur de México, hasta por lo menos 1970. En ese año, en estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca el porcentaje de certificados médicos fue de 37.5, 39.8 y 23.3, respectivamente.²¹

Inclusive los intentos de la CNEP de llegar a las culturas indígenas a través de antropólogos fueron limitados, pues muchos de ellos estaban contaminados con la noción funcionalista de “asistir” o “asimilar” a los grupos nativos en su “transición” al mundo mestizo o no-indígena. En 1956 se firmó un acuerdo y empezó un interesante trabajo entre la CNEP y el Instituto Nacional Indigenista (INI), que muestra otra dimensión de los problemas de la salud intercultural. En un comienzo, el trabajo de ambas instituciones iba a estar concentrado en Oaxaca, estado donde existía un mayor número de personas que hablaba idiomas indígenas, y más tarde se extendió a otras áreas rurales del sur de México.²² Si bien el INI fue creado a fines de los años cuarenta durante el gobierno de centro-izquierda del presidente Cárdenas y trató de enfatizar la enseñanza de ocupaciones prácticas más que la educación en castellano, después de la Segunda Guerra Mundial se adaptó a los objetivos más conservadores y unificadores de los gobiernos que dirigieron el México de entonces.²³

²¹ José Luis Bobadilla, “La mortalidad en México”, en Federico Ortiz Quesada, *Vida y muerte del mexicano*, v. I, México, Folios Ediciones, 1982, p. 38.

²² “Alfonso Caso, director de Instituto Indigenista, a Ignacio Morones Prieto”, 9 de febrero, 1956; respuesta en “Ignacio Gómez Mendoza a Manuel Márquez Escobedo”, 22 de febrero, 1956, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 3, exp. 1.

²³ Véase Anne Doremus, “Indigenism, Mestizaje and National Identity in Mexico during the 1940s and 1950s”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 17, n. 2, 2001, p. 375-402.

Para mediados de los años cincuenta, el instituto se concentró en “inculcar” valores culturales modernos para “incorporar” poblaciones rurales. Esta tarea fue llevada adelante mediante la educación, la higiene y los proyectos sociales que intentaban modificar las costumbres consideradas atávicas y los estilos de vida “tradicionales”, en parte porque estaban ubicados fuera de la economía de mercado y del sistema político imperante.²⁴ El INI estableció un programa integral de “aculturación” en la zona sur del país que incluyó a cuatro centros coordinadores o colaboradores. El más importante fue el Tzeltal-Tzotzil, con una oficina central en San Cristóbal de las Casas y con un radio de influencia sobre 100 000 indígenas que hablaban, sobre todo, dialectos del maya. Estos centros crearon escuelas, puestos médicos, campos de experimentación agrícola y entrenaron promotores bilingües –reclutados entre los campesinos–, que eran los intermediarios en la introducción de nuevas costumbres y en las campañas oficiales.²⁵ Tanto el trabajo de los promotores como el de estos centros fue diseñado como una herramienta para el desarrollo y la integración al resto del país; se ofrecían de esta manera nuevas oportunidades económicas para defender a los habitantes de las localidades rurales de la explotación de individuos y grupos de los centros urbanos. Su trabajo sanitario incluía la construcción de letrinas, campañas de inmunización y el cuidado materno-infantil. En general, siguieron un patrón de aculturación de otras actividades gubernamentales, como lo sugiere un folleto publicado en 1955 que explicaba que el principal objetivo del Instituto Nacional Indigenista, en cuanto a salud pública, era

²⁴ Véanse Henri Favre, *Cambio y continuidad entre los mayas de México*, México, Siglo XXI, 1972; Jaime T. Page Pliego, *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2002, p. 28; Agustín Romano Delgado, *Historia evaluativa del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil*, México, Instituto Nacional Indigenista, 2002.

²⁵ Julio de la Fuente, “El Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil”, *América Indígena*, v. 13, n. 1, 1953, p. 55-64; Gonzalo Aguirre Beltrán (ed.), *El indigenismo en acción: XXV aniversario del Centro Coordinador Indigenista Tzeltal-Tzotzil, Chiapas*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1976; Carlos Incháustegui Díaz, Instituto Nacional Indigenista, “Informe sobre la Zona Triqui”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 2, exp. 1.

cambiar el concepto de la causa de enfermedad en las comunidades indígenas. Generalmente creen éstas que la enfermedad no es el resultado de un proceso natural, sino que obedece a causas mágicas [...] Ese concepto mágico [...] es el principal motivo de que no se tomen las precauciones higiénicas y que los indígenas [...] no tengan fe en la medicina científica.²⁶

Estos centros usaron el DDT desde comienzos de los años cincuenta. Por ejemplo, en 1951 el centro Tzeltal-Tzotzil informaba que el rociado con DDT había “beneficiado” a más de 10 000 personas y para 1955 el número había crecido a 62 000.²⁷

Las autoridades educativas también reforzaron el trabajo de aculturación hecho por la CNEP y el Instituto Nacional Indigenista. Para la Secretaría de Educación Pública la integración cultural sería alcanzada, sobre todo, por medio de la enseñanza del castellano a los campesinos que eran indígenas monolingües.²⁸ Las actividades del instituto y de las autoridades educativas y médicas fueron parte de un proyecto más grande de nacionalismo promovido por el Estado, que buscaba crear una sola cultura occidentalizada pero incluyendo temas de las comunidades indígenas, en un progresivo proceso de des-indenización. Este proyecto implicaba un procedimiento de difusión cultural intenso, mas no forzado, que propalara los valores culturales de la biomedicina y la cultura occidental. Se pensaba que éste era el mejor medio para modernizar rápidamente a los indígenas y para crear nuevos ciudadanos educados, sanos, que participaran del sistema de gobierno definido en las ciudades y fueran obedientes de las decisiones del Estado. En última instancia, su objetivo era inducir el cambio cultural y reforzar lo que entonces era un viejo ideal del país considerado como un proceso inevitable: la emergencia de una cultura nacional mestiza, en suma, mexicanizar a la población indígena, transformar en ciudadanos a los

²⁶ Instituto Nacional Indigenista, *¿Qué es el Instituto Nacional Indigenista?*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1955, p. 51.

²⁷ Gonzalo Aguirre Beltrán (ed.), *El indigenismo en acción...*, p. 216.

²⁸ Poder Ejecutivo Federal, *Acción educativa del gobierno federal del 1 de septiembre de 1954 al 31 de agosto de 1955*, México, Secretaría de Educación Pública, 1955, p. 88.

campesinos. En las elocuentes palabras de un director del Instituto Nacional Indigenista que trabajó en Chiapas, su objetivo era el de transformar en mexicanos a todos los indígenas del país.²⁹

La CNEP relacionó este tipo de asimilación a la promoción de una versión racial de la malaria que reelaboraba la marginación social y sugería que, así como existirían indígenas asimilados, habría personas resistentes al cambio. Individuos de la población indígena fueron frecuentemente percibidos como los “vectores” de la enfermedad y su cultura como un obstáculo al desarrollo sanitario. El importante papel jugado por la anemia y el cansancio físico en la enfermedad fue resalado para explicar los estereotipos de “apatía”, “fatalismo”, “indolencia” e incluso el carácter “depresivo” de la gente rural. Esta conceptualización de la enfermedad coincidió con el tradicional y sutil prejuicio racial de México que presentaba a los trabajadores indígenas como inherentemente flojos, embrutecidos por el alcohol e, inclusive, ladrones empedernidos, cuyas conductas desarregladas tenían que estar siempre bajo supervisión –y que indirectamente legitimaban condiciones de trabajo injustas–.³⁰ Asimismo, para los médicos y funcionarios de campo de la CNEP, la erradicación de la malaria fue una herramienta en la expansión de la medicina occidental en las áreas rurales. Estos esfuerzos eran parte de un patrón más general del Estado que después de la posguerra y la revolución buscaba redefinir quiénes y en qué términos eran integrados, o marginados, al ideal cultural y político hegemónico posrevolucionario.³¹ Si bien es cierto que se esperaba que un gran número de campesinos pasaran a ser ciudadanos con la erradicación y otros programas estatales, las autoridades eran conscientes de que algunos de ellos quedarían al margen del proceso.

²⁹ Citado en Marion Wilhelm, “Hidden by Centuries: Mexican Indian community strides from Shadow”, *The Christian Science Monitor*, 14 de diciembre de 1953, p. 3.

³⁰ Alan Knight, “Racism, Revolution and *Indigenismo*: Mexico, 1910-1940”, en Richard Graham (ed.), *The Idea of Race in Latin America*, Austin, University of Texas Press, 1990.

³¹ Nicolás Cárdenas García y Enrique Guerra Manzo, *Integrados y marginados en el México revolucionario. Los juegos de poder local y sus nexos con la política nacional*, México, Miguel Ángel Porrúa, 2009.

Una ilustración del optimismo de esta noción de asimilación ciudadana sanitaria es un informe de 1959, que destacaba que uno de los logros de la CNEP era haber derrotado el “escepticismo” de los campesinos en relación con la malaria.³² La oración fue enmarcada en un texto donde se enfatizaba que las enfermedades infecciosas ya no eran consideradas como un hecho inevitable de la vida y se presentaba la emergencia de una nueva confianza en la ciencia médica. Algunos años más tarde, un funcionario de la institución remarcó que un sistema persistente de “penetración rural” había sido una de las grandes victorias de la campaña,³³ proceso paralelo al que había estado haciendo el Estado. Sin embargo, a pesar de que la asimilación de la medicina occidental fue el patrón hegemónico, muchos trabajadores de salud ocasionalmente evitaban la desaprobación de todas las prácticas curativas indígenas y les encontraban cierto sentido sugiriendo que existían disonancias entre los mismos erradicadores.³⁴

Era más común que las autoridades de la CNEP criticaran la medicina tradicional como un rezago de primitivismo y superstición que sería barrido por la “racionalidad” científica de la campaña. Por ello, se esperaba que un subproducto de la erradicación de la malaria fuera que se desecharan las creencias locales populares sobre la causalidad de las enfermedades infecciosas. Se prestó poca atención al hecho

³²Luis Vargas y A. Almaraz Ugalde, “Evaluación epidemiológica de la erradicación del paludismo en 1959. Tercer año de cobertura integral”, *Salud Pública de México*, n. 5, 1963, p. 258.

³³Luis Vargas, “Realizaciones del Programa...”, p. 740. Sin duda la urbanización y la escolaridad alimentaron la medicalización del México rural que tenía precedentes. Véanse Ana María Kapelusz-Poppi, “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; Anne Emmanuelle Birn, “A Revolution in Rural Health?: The Struggle over Local Health Units in Mexico, 1928-1940”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 53, n. 1, 1998, p. 43-76.

³⁴Un ejemplo de una perspectiva menos antagónica sobre la medicina indígena, que intuye una cosmovisión diferente y hace un llamado a ser más tolerante con estas concepciones, aparece en la principal publicación médica de la CNEP, pero añadía que eran concesiones que debían ser hechas sin afectar el prestigio y la efectividad de la campaña; “Medicina y cultura”, *El Chamula*, agosto de 1961, AHSS, SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 84, exp. 3.

de que en el medio rural existía una gran diversidad y número de practicantes de la salud como curanderos, parteras y adivinos, entre otros.³⁵ Ellos, con la flexibilidad típica de la medicina tradicional, estaban dispuestos a incorporar a su arsenal algunas técnicas y medicamentos de la medicina profesional pero lograron, tenazmente, ser fieles a una cosmovisión que era, en esencia, diferente a la ciencia occidental. A pesar de todo, la eliminación de la malaria fue también entendida en los círculos oficiales como la “erradicación” de las prácticas de atender los problemas de salud bajo un modelo de medicina tradicional o doméstico y una forma de legitimar la “supremacía” y racionalidad de la medicina occidental. Según un funcionario de salud mexicano, la campaña de erradicación estaba forzando a los pobladores de las áreas rurales a dejar estilos de vida atrasados, “prejuicios y supersticiones” fuertemente arraigados en el medio rural, así como todo tipo de medicina heterodoxa.³⁶

Una contradicción inherente a este proceso de aculturación y asimilación fue que la CNEP tenía que promover las bondades de la medicina occidental, al mismo tiempo que ganar la conformidad con medidas difíciles de realizar para las familias campesinas. Un letrado colocado en las puertas de las casas, el día anterior a que éstas fueran rociadas, instruía a los moradores para que colocaran todos sus muebles, pinturas y objetos no pesados lejos de las paredes, le proporcionar al rociador diez litros de agua para mezclar el insecticida e impidieran que sus animales comieran los insectos que morirían por causa de la fumigación. Asimismo, se esperaba que en la semana siguiente al rociado los campesinos barrieran el piso, quemaran las basuras y no lavaran, rasparan ni pintaran las paredes que habían sido rociadas.³⁷ Esta última medida era difícil de aplicar debido a que muchas casas no tenían superficies lisas —como las que estaban hechas de cañas o tenían paredes de barro—, varias familias estaban acostumbradas a

³⁵ Elsie Clews Parsons, “Curanderos in Oaxaca, Mexico”, *The Scientific Monthly*, v. 32, n. 1, 1931, p. 60-68.

³⁶ Sergio Escobar, “La erradicación del paludismo, producto del esfuerzo conjunto nacional”, *Salud Pública de México*, v. 5, 1963, p. 729.

³⁷ En un folleto en AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 55, exp. 1.

dormir fuera de la casa en el verano y, además, construían nuevos cuartos después del rociado.

En algunos casos, la aculturación médica fracasaba porque las actividades educativas de la CNEP topaban con la resistencia de personas que desconfiaban de los funcionarios oficiales, que no les gustaba que sus casas fueran rociadas o cuestionaban la sola idea de darle sangre a un extraño. Por ejemplo, para el grupo étnico zoque de Chiapas la sangre era la “savia” del cuerpo, transmitía la energía, los sentimientos y los pensamientos al resto del organismo y ocupaba un “papel especial en [...] la medicina nativa”.³⁸ A un nivel más general, un trabajo antropológico de la época notaba que, a pesar de que la abolición de la condición de indígena y la supuesta falta de diferencias entre mestizos e indígenas, esto no era real y el mismo gobierno poco hacía más allá de dar o quitar tierras para combatir realmente la discriminación rural.³⁹ Según el referido trabajo, los mestizos que vivían en las ciudades principales consideraban a todos los habitantes de las zonas rurales como indígenas que debían mantenerse en una posición social subordinada, porque eran “seres inferiores [...] torpes, irracionales e ignorantes”.⁴⁰

La enfermedad, en general, era considerada popularmente como un signo de debilidad y sólo era reconocida o asociada con la incapacidad de trabajar. Si las fiebres de la malaria interrumpían por un tiempo las labores del campo, para muchos campesinos esto no representaba un verdadero problema. Asimismo, la resistencia popular se debió al hecho, no tomado debidamente en cuenta al principio, de que los insecticidas eran tóxicos a los seres humanos y a los animales domésticos. Sin embargo, la CNEP, la OSP y la OMS sabían de la misma pero minimizaron la resistencia. En 1958, la primera anunció con orgullo y como un logro que apenas una pequeña porción de los dueños de casas

³⁸ Marija-Moja Tercelj, “Magia de la sangre: del simbolismo a la terapéutica”, *Anuario del Instituto de Estudios Indígenas*, Universidad Autónoma de Chiapas, n. 5, 1995, p. 210.

³⁹ Julio César Espinola, “Ensayo de antropología aplicada entre los nahuas de la sierra de Puebla”, *América Indígena*, v. 25, n. 1, 1965, p. 91.

⁴⁰ *Ibid.*

se había resistido al rociado: 2.9% durante la primera mitad del año y 2.7% en el segundo semestre.⁴¹ Aunque es difícil cuantificar la magnitud de la resistencia, los informes dispersos que existen sugieren que esta afirmación era claramente un subregistro y que todas las formas de resistencia –tanto al rociado como a la toma de muestras de sangre– tal vez llegaron a la cifra de 10% de las casas visitadas. Algunos funcionarios de la CNEP relacionaron la resistencia a estereotipos negativos de la población indígena. Ellos creían que los campesinos vivían en un estado de indolencia y en una actitud mental de no importarles nada. La carta de un notificador se quejaba sobre una comunidad que estaba tenazmente en contra “del bien” que “pretendemos hacerle”, y revelaba que era él quien sabía lo que convenía a los campesinos.⁴²

La queja de un trabajador de campo de la CNEP, hecha cuando la campaña ya tenía cinco años de operación, ilustra los retos de la labor educativa en la erradicación de la malaria. Según este empleado, no obstante los muchos esfuerzos realizados poco se había logrado en conseguir el “entusiasmo” del grueso de la población campesina y, a pesar de que la mayoría de sus miembros cumplía con las órdenes de la CNEP, aún se creía que su apoyo era insuficiente.⁴³ Los retos de la sanidad intercultural reflejados en las brechas lingüísticas y las diferencias culturales reseñadas hasta ahora fueron la piedra angular de los comentarios y la crítica antropológica a una campaña implementada desde arriba.

⁴¹ José Álvarez Amézquita [secretario de Salubridad y Asistencia, presidente del Consejo Directivo de la CNEP], “Programa de Erradicación del Paludismo en México, Informe de actividades, 1958, VII Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación el Paludismo en México, Centro América y Panamá, celebrada en Panamá 13-17 de abril 1969”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 44, exp. 7.

⁴² Juan Valdez, “El trabajo educativo todo lo vence” [Misión Cultural, n. 29, Poblado de Mochitlán, Costas de Guerrero], *Boletín de Información para el Personal de la Zona 9 Sur*, Chipalcingo, Guerrero, noviembre, 1966, p. 5, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 9, caja 1, exp. 2.

⁴³ Carlos Ponce Escobar, “Solamente Esfuerzo y Voluntad”, *Boletín del Personal de la CNEP Zona 2*, febrero, 1960 [sin número], p. 3, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 1, caja 1, exp. 3.



Figura 6. Rociador aplicando insecticida en vivienda campesina, con una mujer cubriéndose el rostro con un lienzo, quizás por precaución o una forma de protección, o quizás siguiendo una indicación del rociador de evitar los efectos tóxicos del insecticida. Fuente: Maxine Rude, “Malaria Eradication Program in Mexico”, 1955, Archives of the World Health Organization, Ginebra, imagen 5603.

La crítica antropológica

A fines de la década de 1940 y a comienzos de la de 1950, una nueva subdisciplina de investigación e intervención antropológica capturó el entusiasmo de políticos y agencias de salud en México y en Estados Unidos. En un principio era llamada “antropología aplicada” pero en poco tiempo asumió el nombre por el que fue más conocida: “antropología médica”.⁴⁴ Sus orígenes en la campaña pueden rastrearse en el valioso trabajo del norteamericano George Foster, profesor de antropología de la Universidad de California, en Berkeley, y en el no menos importante trabajo del mexicano Gonzalo Aguirre Beltrán. Ellos no desaprobaban todos los aspectos de la medicina tradicional, a la que a veces le encontraban una racionalidad y eficacia; sinceramente pen-

⁴⁴ El término “antropología medica” fue usado hasta comienzos de los años sesenta. Transcripción de George M. Foster *An Anthropologists in the Twentieth Century: Theory and Practice at UC Berkeley, the Smithsonian in Mexico and with the World Health Organization*, entrevista de Susanne Riess, 1998-1999, Oficina Regional de Historia Oral, University of California, Berkeley, The Bancroft Library, BAN MSS 2001/116. Una sociedad de antropología aplicada se creó en la década de 1940.

saban que era posible identificar, examinar y superar los retos a que se enfrentaban los programas y las intervenciones sanitarias basadas en la medicina occidental, en medios indígenas con otros parámetros culturales. Ellos también creían que las técnicas antropológicas podían facilitar una mejor comunicación con las culturas indígenas, ganar la confianza de los campesinos y lograr la integración de grupos étnicos considerados una minoría en los patrones sociales hegemónicos. Su objetivo era, en última instancia, ayudar a persuadir a la gente de las comunidades rurales de que la medicina occidental y la higiene personal eran superiores a su forma de vida, al identificar junto con ellos los factores sociales y culturales clave que explicaban la resistencia a los programas médicos en las áreas rurales.⁴⁵ En resumen, su labor era ser no sólo protectores sino interlocutores de los indígenas ante la cultura occidental y facilitar su transición entre una cultura considerada inferior a otra supuestamente superior.⁴⁶

Foster, académico con capacidad de convocatoria y de organización notable, fue capaz de convencer al gobierno norteamericano de que tales ideas eran sensatas y prácticas para el éxito de los proyectos bilaterales. Además, creó un espacio académico para esta versión de la antropología, disciplina que en general hasta entonces había enfatizado el trabajo de campo y teórico, sin mayores pretensiones prácticas.⁴⁷ Foster se convirtió en un consultor de programas bilaterales de salud, desde finales de los años cuarenta. En 1951, como miembro del Institute for Social Anthropology (ISA) del Smithsonian Institution, empezó a laborar en la División de Salud del Instituto de Asuntos Interamericanos, la primera agencia permanente de cooperación bilateral de Estados Unidos en la región. Sus primeros trabajos estuvieron dirigidos

⁴⁵ George M. Foster, *Applied Anthropology*, Boston, Little Brown, 1969.

⁴⁶ Un antropólogo de Estados Unidos que precedió a Foster fue Robert Redfield (*A Village that Chose Progress; Chan Kom Revisited*, Chicago, University of Chicago Press, 1950) y en México varios, pero el más cercano a la erradicación fue Gonzalo Aguirre Beltrán (*Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Indigenista Interamericano, 1955).

⁴⁷ George M. Foster, "Relationship between Theoretical and Applied Anthropology: A Public Health Program Analysis", *Human Organization*, v. 11, n. 3, 1952, p. 5-16.



Figura 7. Una mujer, con un vestido maya y con una sonrisa, permite que el trabajador de salud tome una muestra de sangre a su hija. Nótese que el fotógrafo ha querido que aparezca como fondo una pirámide maya para sugerir que la resistencia de los grupos indígenas estaba siendo superada. Fuente: Paul Almasy, “Malaria Eradication Program in Mexico”, 1962, Archives of the World Health Organization, Ginebra, imagen 8413.

a analizar la relación entre cultura e innovaciones en salud pública, con el objetivo de facilitar los cambios médicos.⁴⁸ Según Foster, el desarrollo exitoso de actividades sanitarias requería que el científico social cumpliera el papel de un educador claro y convincente: “Después de definirse los asuntos más prácticos de un programa de salud pública para un determinado país, la gente debe ser convencida de que el programa es realmente bueno para ellos, que es de su interés el adoptarlo y abandonar lo antiguo”.⁴⁹ Según este planteamiento, el trabajo fue diseñado bajo el supuesto de que proyectos educativos adecuados po-

⁴⁸ George M. Foster, “The Institute of Social Anthropology of the Smithsonian Institution, 1943-1952”, *Anuario Indigenista*, v. 27, 1967, p. 173-192.

⁴⁹ George M. Foster, “Use of Anthropological Methods and Data in Planning and Operation”, *Public Health Reports*, v. 69, n. 9, 1953, p. 842.

drían superar la resistencia psicológica y cultural hacia la medicina occidental. Foster creía que estos programas eran pertinentes debido a que las intervenciones de salud que llegaban de fuera de la comunidad no siempre se autolegitimaban, aun si ellas producían mejoras objetivas y existía el peligro de que la percepción pública pusiera en peligro el éxito de la intervención antes que ésta ocurriese. Igualmente, pensaba que el trabajo de las agencias nacionales e internacionales de salud podía ser más efectivo con la asesoría de los antropólogos. Inclusive llegó a ser miembro de la misión oficial estadounidense que participó en una asamblea general de salud de la OMS y consideraba que Henry van Zile Hyde, representante norteamericano en la OMS, era quien le había enseñado la dinámica de la salud internacional.⁵⁰

Además de llevar adelante su propia investigación en Tzintzuntzan, en México central, Foster estaba al frente del Institute for Social Anthropology que se encargó de reclutar y financiar a un destacado grupo de antropólogos norteamericanos y mexicanos para América Latina. Éstos incluían a los primeros antropólogos médicos de la región, como Richard Adams, en Guatemala, Charles Erasmus, en Colombia, Ozzie Simmons, en Perú, y Kalervo Oberg, en Brasil.⁵¹ Entre ellos estaba también Isabel Kelly, una joven de California que había vivido y trabajado en México durante muchos años, por lo menos desde 1948.⁵² Aunque las publicaciones de Kelly se centraron en la arqueología,

⁵⁰ George M. Foster, "Bureaucratic Aspects of International Health Agencies", *Social Science and Medicine*, n. 25, 1987, p. 1039-1048.

⁵¹ Transcrito de George M. Foster, *An Anthropologists in the Twentieth Century: Theory and Practice at UC Berkeley, the Smithsonian in Mexico and with the World Health Organization*, entrevista de Susanne Riess, 1998-1999, Oficina Regional de Historia Oral, University of California, Berkeley, The Bancroft Library, BAN MSS 2001/116 University of California, Berkeley, The Bancroft Library.

⁵² Véanse Yólotl González (ed.), *Homenaje a Isabel Kelly*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1989; "Isabel Kelly (1906-1982)", disponible en <<http://morgan.iaa.unam.mx/usr/Actualidades/11/texto11/necrologia.html>>. Fecha de consulta: 9 de marzo de 2004; Isabel Kelly, "El adiestramiento de parteras en México desde el punto de vista antropológico", *América Indígena*, v. 15, n. 2, 1955, p. 109-117; *Folk Practices in North Mexico, Birth Customs, Folklore, Medicine and Spiritualism in the Laguna Zone*, Austin, University of Texas Press, 1965. Una pequeña colección de sus papeles está en la Bancroft Library, Universidad de California, Berkeley. Su primera carta desde México está fechada el 27 de

ella estuvo también interesada en las parteras y en las prácticas de la medicina tradicional. Un indicador de su identificación con el país que la recibió y su intención de, por lo menos, considerarla una segunda patria fue que enseñó antropología y compró unos pocos miles de metros de tierra y una casa de bambú en el campo.⁵³ Nunca dejó de sorprenderse gratamente por la gente y por el paisaje que encontraba en su trabajo de campo. En una ocasión, después de quejarse de las inmensas dificultades logísticas para llevar a cabo su investigación, escribió: “Pero el país es MARAVILLOSO”.⁵⁴ En un comentario que revela la importancia que ella, al igual que Foster, le daba a la diversidad lingüística; en la misma carta, añadió: “La aldea donde trabajamos tiene una mujer mestiza y sus dos hijos adolescentes. El resto de la población es exclusivamente totonaca. No existe ninguna mujer que hable el castellano y, entre los hombres, sólo los que tienen alrededor de menos de 30 años [lo hablan]”. Asimismo contó que había tratado de arreglárselas con intérpretes, estudiando el idioma y que había comprado hasta seis diccionarios totonacos.

En una medida ciertamente menor que otros estadounidenses víctimas del pánico anticomunista de los años cincuenta, Kelly tuvo que soportar una injusticia de la Guerra Fría. Durante todo el tiempo que estuvo en México era investigadora asociada, sin salario, de su alma máter, el Departamento de Antropología de la Universidad de Berkeley. De pronto, en 1951, recibió cartas de las autoridades universitarias exigiéndole, en primer término, un “juramento de lealtad” a los regentes de la universidad y, en segundo lugar, un compromiso similar con el estado de California. Este último, común en las universidades norteamericanas de la época por una exigencia del Departamento de Estado, significaba que estaba dispuesta a “defender” –por “la fuerza” si fuese necesario– la seguridad del Estado de la “amenaza comunista”. Aparentemente las tácticas anticomunistas del senador

abril, 1938, University of California, Berkeley Department of Anthropology, Bancroft Library, caja 81, colección CU-23, exp. Isabel Kelly, 1948-1956 [en adelante BDA y BL, *Kelly Papers*,].

⁵³ “Isabel Kelly a Mary Anne Whipple”, 16 de mayo, 1948, exp. Isabel Kelly, 1948-1956”, BDA y BL, *Kelly Papers*.

⁵⁴ *Ibid.*

Joseph McCarthy habían hecho de estos juramentos un procedimiento extendido en los organismos federales, estatales e inclusive entre los americanos que trabajaban en agencias multilaterales. Para los estadounidenses que vivían fuera del país significaba registrar declaraciones juradas con notarios acreditados ante sus respectivas embajadas estadounidenses. Aunque a Kelly le parecía que el pedido era contrario a la Constitución de Estados Unidos, aceptó firmar la primera carta dejando sentada su protesta. La respuesta a las autoridades universitarias ilustra su desagrado: “No puedo pensar en ninguna otra persona con menos inclinaciones comunistas que yo”.⁵⁵ Más aún, ridiculizaba un tema que era risible: “Todo el asunto es idiotamente inútil. Si alguien quisiera realmente tomar parte en actividades subversivas, esta persona sería la primera en jurar en falso”.⁵⁶ Al parecer, a Kelly le desesperó lo absurdo del pedido y se negó a firmar el segundo juramento de lealtad manifestando más claramente su oposición, al exigir que su nombre fuera eliminado de la lista de profesores del Departamento de la Universidad de California. A pesar de todo, ella dejó abierta la posibilidad de que en el futuro “el cielo esté más claro y regresaré trotando al círculo familiar”.⁵⁷ El aprecio, mezclado con disculpas, algo de vergüenza y agradecimiento, que sentía por ella el resto de sus colegas que tenía sentimientos encontrados con las presiones anticomunistas de la Guerra Fría, es sugerido por una declaración del jefe del Departamento de Antropología, quien poco después escribió que el asunto fue resuelto con la eliminación de su nombre de las listas oficiales de la universidad:

Por muchos años, Kelly ha mantenido su nombramiento como una investigadora asociada sin salario en el Departamento de Antropología. Durante este periodo, ha sido una residente durante casi

⁵⁵ “Isabel Kelly a O. Lundberg”, “Controller Regents of the University of California”, 18 de enero, 1951, exp. Isabel Kelly, 1948-1956, BDA y BL, *Kelly Papers*.

⁵⁶ “Isabel Kelly a C. Crittenden [Secretaría del Berkeley’s Department of Anthropology]”, 19 de febrero, 1951, exp. Isabel Kelly, 1948-1956, BDA y BL, *Kelly Papers*.

⁵⁷ “Isabel Kelly a T. D. McCown”, 23 de octubre, 1951, exp. Isabel Kelly, 1948-1956, BDA y BL, *Kelly Papers*.

todo el año en México. Ella ha realizado contribuciones excepcionales y significativas a la historia cultural del México occidental [...] Además ha sido una notable benefactora al Museo de Antropología [de Berkeley].⁵⁸

A partir de 1953, Kelly empezó a colaborar con Héctor García Manzanedo y la Secretaría de Salud en proyectos rurales.⁵⁹ Este trabajo estaba en gran parte inspirado y seguía el modelo del profesor de Kelly, George Foster. García Manzanedo era funcionario del Public Health Experimental Studies Bureau, una organización en la Secretaría de Salud a la que apoyaba la Fundación Rockefeller. El trabajo de Kelly y García Manzanedo no era fácil porque con frecuencia los médicos mexicanos mantenían celosamente su monopolio legal en la práctica de las profesiones de la salud, que excluían y condenaban a los practicantes indígenas y a sus ideas por considerarlas primitivas. Este monopolio trató de ser reforzado por una serie de regulaciones elaboradas en la capital y los principales centros urbanos.⁶⁰ Sin embargo, las labores de los antropólogos médicos fueron facilitadas por la emergencia y el relativo reconocimiento de la antropología como un campo de investigación, educación universitaria y ejercicio profesional en México. Éste fue un proceso que tuvo como un momento importante la creación, en 1946, de la Escuela Nacional de Historia y Antropología, donde Kelly impartiría clases.⁶¹

Poco después del lanzamiento de la erradicación, García Manzanedo y Kelly prepararon por encargo de las autoridades de la CNEP un informe, el cual acabó por ser crítico y opuesto a la aspiración totali-

⁵⁸ "T. D. McCown a Robert G. Sproul", 17 de octubre, 1951, exp. Isabel Kelly, 1948-1956, BDA y BL, *Kelly Papers*.

⁵⁹ Isabel Kelly, "Preliminary Report on the Laguna Housing Project, Ejido El Cuije, near Torreón, Coahuila", México, Instituto de Asuntos Interamericanos, 1953 (mimeo); Isabel Kelly y Héctor García Manzanedo, "Santiago Tuxtla, Veracruz; cultura y salud", México, Instituto de Asuntos Interamericanos, 1956 (mimeo).

⁶⁰ "Reglamento de Exámenes y Títulos Profesionales", *Periódico Oficial. Órgano Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca*, 13 de mayo, 1944, n. 20, p. 182-185, Archivo General del Estado de Oaxaca [en adelante AGE], Oaxaca.

⁶¹ Véase Cynthia Hewitt de Alcántara, *Anthropological Perspectives on Rural Mexico*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1984.

zante de la actividad, basándose en la diversidad étnica de México.⁶² La relación con organismos gubernamentales y el marco en el que se inscribía la antropología aplicada hicieron que sus críticas parecieran a veces tibias, sutiles, mas no dejaron de ser punzantes, y sugieren un desacuerdo mayor al que podían expresar o estaban dispuestos a poner por escrito. El primer argumento del informe fue que la campaña tomó en cuenta una serie de factores técnicos y geográficos, pero pasó por encima un asunto esencial: la gran diversidad de los idiomas indígenas. Este punto era de especial importancia en el sur, debido a la existencia de distintos grupos étnicos que vivían en áreas maláricas, como en el Istmo de Tehuantepec, la península de Yucatán y el territorio de Quintana Roo, donde se hablaba una variedad de lenguajes, dialectos y subdialectos. La pluralidad era más intensa en algunas regiones. Por ejemplo en Oaxaca, región que tenía la tasa más alta de mortalidad por malaria entre los estados mexicanos y una población rural de 75%, en 1960, existían 15 idiomas diferentes, de los cuales los más importantes eran el zapoteco, mixteco, mazateco, triqui y chinanteco.⁶³

Según García Manzanedo y Kelly, aunque la mayoría de la población rural del país hablaba castellano, más de 1 600 000 dominaban el español y un idioma indígena a la vez, y 795 069 individuos eran monolingües en un idioma indígena.⁶⁴ Las cifras fueron tomadas del censo de 1950 que definía etnicidad como el uso de un “idioma nativo”, definición común en la época, la que estaba relacionada, además, con el analfabetismo. En un principio, García Manzanedo y Kelly utilizaron las diferencias lingüísticas como un indicador de etnicidad, algo que en realidad era ambivalente aunque de uso común entre los antropólogos de entonces. Por ejemplo, señalaban las diferencias lingüísticas

⁶² Héctor García Manzanedo e Isabel Kelly, “Comentarios al proyecto Campaña para la Erradicación del Paludismo en México, 1955”, AHSS, SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 49, exp. 6. Una copia de este informe se encuentra en National Library of Medicine, Bethesda.

⁶³ La tasa de mortalidad nacional por año, para el periodo 1949 a 1953, fue de 89.9 por 100 000 habitantes; para Oaxaca, 449.2. Manuel E. Pesqueira, “Programa de Erradicación del Paludismo en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 42, n. 6, 1957, p. 541.

⁶⁴ “Informes e investigaciones”, AHSS, SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 49, exp. 6.

pero sugerían que el problema sería mayor al enfatizar que la gran mayoría del país era rural –superior al 60%–. Al enfatizar la cifra, Kelly y García Manzanedo fueron más allá de un indicador lingüístico restringido y sugirieron que incluso aquellos pobladores rurales que hablaran español no entenderían bien el propósito ni los mensajes de la campaña sanitaria oficial.⁶⁵ Miguel León-Portilla, connotado antropólogo mexicano, criticó las definiciones étnicas estrechas utilizadas en los censos mexicanos de 1950 y 1960, que tomaban el lenguaje como la principal diferencia. Él creía que muchas más personas que vivían en el campo e inclusive en las zonas periféricas de las ciudades debían ser registradas como indígenas porque, a pesar de que ya no usaban su propia lengua, mantenían un estilo de vida particular como, por ejemplo, una vida comunitaria, una dieta basada en maíz y frijoles, dormían en esteras y usaban huaraches como calzado.⁶⁶

García Manzanedo y Kelly también criticaron el supuesto de que la vida rural era estática, que sus pobladores eran sedentarios y que vivían en una sola casa. La suposición que enjuiciaban era crucial para las operaciones de rociado bianual, pues los trabajadores de salud pensaban que las familias seguirían habitando el siguiente año la misma vivienda que había recibido los poderes residuales del insecticida. Los autores del informe enfatizaron que en el campo la existencia humana estaba marcada por la movilidad, la multiplicidad de parcelas, la migración estacional, la existencia de tribus nómadas, las peregrinaciones religiosas, las que implicaban el viaje de campesinos de Oaxaca y Chiapas a festividades en Guatemala y el uso de casas temporales cerca de alguno de los campos de cultivo. Un estudio de 1960 indicaba que de las 2 500 000 viviendas en México más de 41% mostraba que había sido parcial o totalmente modificada entre los intervalos de seis meses que existían en las operaciones de rociado.⁶⁷ Algunas de esas casas corres-

⁶⁵ Véase Miguel León-Portilla, “Panorama de la población indígena de México”, *América Indígena*, n. 19, 1959, p. 45.

⁶⁶ *Ibid.*; “México”, *Indianist Yearbook*, n. 22, 1962, p. 65-82. Se trata de una revista publicada en inglés y en español por el Instituto Indigenista Interamericano con sede en México.

⁶⁷ Emilio J. Pampana, *A Textbook of Malaria Eradication*, 2a. edición, Londres, Oxford University Press, 1969, p. 365.

pondían a diferentes parcelas de terreno, cultivadas en distintas épocas del año por una familia campesina, algo que hacía difícil el trabajo de los rociadores, porque los recintos estaban muchas veces cerrados y deshabitados cuando eran visitados por los trabajadores de salud.⁶⁸ Otro problema relacionado fue que, en algunas áreas rurales de México, familias e individuos estaban acostumbrados a dormir fuera de sus casas durante los calurosos meses del verano.

García Manzanedo y Kelly pensaron que la atención otorgada a la educación médica era insuficiente. Como otros antropólogos médicos, también creían que los programas sanitarios en el ámbito rural hacían esfuerzos escasos o inadecuados para explicar a las comunidades indígenas o para adaptar los mensajes científicos sobre el origen y la transmisión de las enfermedades infecciosas. Su informe sugería que se debía incrementar el número y el periodo de entrenamiento de los rociadores bilingües, las habilidades de los educadores sanitarios, así como el reclutamiento de curas y maestros de escuela, para apoyar la erradicación de la malaria.⁶⁹ Igualmente, se dieron cuenta de un hecho aún más serio: en muchas comunidades locales existían pocas unidades de salud que pertenecieran a la red nacional oficial y que pudieran apoyar el esfuerzo de la erradicación. Se había querido solucionar el problema con un organismo que coordinaba todos los servicios de salud presuntamente creados para superar los problemas en una campaña que inicialmente se pensaba sería autosuficiente y para mejorar las relaciones y el trabajo de la Secretaría de Salud y las actividades de la seguridad social en las áreas rurales. Sin embargo, este organismo nunca contó con el personal ni con los recursos financieros suficientes, y lo que después se conoció como la “intersectorialidad” —o colaboración entre diferentes agencias del Estado— tuvo que esperar.⁷⁰ A comienzos de los años sesenta, el director de la seguridad social mexicana respondió

⁶⁸ La tasa de mortalidad para Chiapas era de 308.3 por cada 100 000 habitantes. Manuel E. Pesqueira, “Programa de Erradicación...”, p. 541.

⁶⁹ Héctor García Manzanedo e Isabel Kelly, “Comentarios al proyecto de campaña para la erradicación del paludismo en México, 1955”, AHSS, fondo SSA, sección Subsecretaría de Salubridad, caja 49, exp. 6. Una copia de este informe de encuesta en National Library of Medicine.

⁷⁰ Véase Jean P. Egbert, “Experiences in Mexico”, *Nursing Outlook*, 1964, p. 38-42.

a una pregunta de un sanitarista norteamericano sobre la posibilidad de unificar los servicios médicos oficiales con escepticismo, el cual probablemente reflejaba una opinión muy extendida; el funcionario dijo que la posibilidad de unificación de los diversos programas “es por ahora remota”.⁷¹ Con respecto a la contaminación producida por los insecticidas, los autores del informe declararon su preocupación al señalar que el DDT mataba no sólo a los mosquitos sino a las gallinas, las abejas y otros animales domésticos que eran parte vital de la dieta de las familias campesinas, pues les proporcionaban huevos, carne y miel; estos animales morían porque estaban expuestos al insecticida o porque comían los insectos que habían muerto envenenados por el químico.

La crítica más interesante de García Manzanedo y Kelly fue que la erradicación de la malaria no tomó en cuenta los conceptos indígenas con respecto a la sangre, el cuerpo y las fiebres.⁷² Para muchas comunidades indígenas, las “fiebres” podían ser una enfermedad en sí misma –no un síntoma– y existían varios tipos de fiebres. Según un estudio posterior, podía haber hasta nueve clases diferentes en la cosmovisión popular campesina: fiebre blanca, fiebre de leche, fiebre de lombrices, fiebre de parto, fiebre escamosa, fiebre intestinal, fiebre pasada, fiebre roja y fiebre de la casa.⁷³ Entre los pobladores rurales era común explicar el origen de la malaria con factores sobrenaturales, cambios súbitos de temperatura, como el que producía el baño con agua fría después de trabajar en el sol, comer las frutas no maduras, dormir en suelo frío, así como por el daño producido por una hechicería. Las fiebres eran tratadas con plantas medicinales, frotando los cuerpos enfermos con alcohol, tomando té de ruda mezclado con jugo de limón o bebiendo fuertes bebidas alcohólicas.⁷⁴ Un tratamiento popular

⁷¹ Milton I. Roemer, *La atención médica en América Latina*, Washington, Unión Panamericana, 1964, p. 172.

⁷² Véase Hernán García, Antonio Sierra y Gilberto Balám, *Wind in the Blood, Maya Healing and Chinese Medicine*, Berkeley, North Atlantic Books, 1999.

⁷³ Según el *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1994, p. 426-427.

⁷⁴ Julio de la Fuente, “Creencias indígenas sobre la *Onchocercosis*, el paludismo y otras enfermedades”, *América Indígena*, v. 1, n. 1, 1941, p. 44; Murray C. Morgan, *Doctors to the World*, Nueva York, The Viking Press, 1958, p. 21

era tomar infusiones de hierbas amargas para “extraer el calor” o “asustar” a los pacientes –la primera era claramente una creencia que se remontaba a las ideas hipocráticas de la medicina popular–. Los mosquitos eran un fastidio, como las molestas moscas, y recibían nombres populares como “mollote” en Oaxaca. De acuerdo con un estudio, la gente indígena no sentía que era una obligación destruirlos. Era común producir humo cerca o dentro de las viviendas para ahuyentarlos cuando era necesario.⁷⁵ Según un informe del trabajo antimalárico hecho en los campos petroleros, los pobladores no distinguían entre los insectos que transmitían la malaria y otros mosquitos.⁷⁶

El cuerpo mismo se convirtió en otra área de controversia. Según los postulados de la campaña, muestras de sangre tenían que ser obtenidas para confirmar la presencia del *Plasmodium*, pero generalmente los campesinos temían dar su sangre, especialmente a mestizos o funcionarios gubernamentales.⁷⁷ García Manzanedo y Kelly señalaron que no sería fácil obtener muestras de poblaciones indígenas e inclusive de poblaciones mestizas más aculturadas. Para algunos médicos, el plasma sanguíneo era simplemente un componente líquido de la anatomía humana que podía revelar secretos del mundo microscópico. Darlo en las ciudades se estaba convirtiendo en un hecho rutinario de un chequeo médico o una cirugía. Por el contrario, para los indígenas el fluido venoso tenía significados místicos, religiosos e his-

⁷⁵ Julio de la Fuente, “Creencias indígenas...”, p. 46; *Oaxaca. 1a. Convención Regional para la Campaña Nacional contra el Paludismo, 21-27 marzo 1938*, Oaxaca, [s. e.], 1938.

⁷⁶ “Antonio J. Bermúdez [director general de Petróleos Mexicanos] a Ignacio Morones Prieto”, 18 de julio, 1956, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 2, exp. 1.

⁷⁷ En 1968, artículos del boletín para Guerrero trataban temas como “Importancia de muestras de sangre” y “El temor y la salud”, *Costas de Guerrero, Boletín para el Personal de la Zona 9 Sur*, CNEP, Chipalcingo, Guerrero, 1968 [sin mes], AHSS, SSA, serie CNEP, sección Zona 9, caja 1, exp. 2, p. 2 y 6, menciona ese temor. “Humberto Romero Álvarez, director general de Enseñanza y Obras Públicas, a Noé Camacho Camacho [jefe de la Zona 4 de CNEP, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas]”, 24 de enero, 1962, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, exp. 1. Una idea similar sobre la sangre existía en Guatemala, véase Bruce Barret, “Identity, Ideology and Inequality, Methodologies in Medical Anthropology, Guatemala 1950-1955”, *Social Science and Medicine*, v. 44, n. 5, 1997, p. 579-587.

tóricos desde el periodo precolombino, ya que podía ser usado por los adivinos y los guerreros para la inauguración de lugares sagrados y la recreación de la naturaleza y el orden social. Las comunidades indígenas que vivían en México y en Centroamérica poco antes de la conquista española practicaban ceremonias con sacrificios humanos y el quemado de la sangre, como una forma de comunicación con los seres sobrenaturales. Muchos siglos después, seguía siendo un referente importante y muy usada en el México rural, en las ofrendas religiosas y por los curanderos en personas que sufrían de anemia y malnutrición.⁷⁸ En algunas localidades, por ejemplo, Chiapas y Oaxaca, las enfermedades endémicas como la onchocercosis, caracterizada por una ceguera parcial o completa, eran consideradas un castigo divino cuyo origen eran los vampiros que chupaban la sangre de los enfermos hasta que éstos perdían la vista.⁷⁹

Las muestras de sangre fueron también temidas en el México rural de los años cincuenta. Era considerada un fluido vital no regenerativo que si faltaba se creía que produciría debilidad permanente, esterilidad en hombres y mujeres, y haría a los individuos más vulnerables a enfermedades más temidas como el “mal de ojo”. Asimismo, la introducción de objetos extraños al cuerpo, como las agujas afiladas usadas para pinchar los dedos, fue también considerada como posible causa de enfermedades.⁸⁰ Entre el grupo indígena tzotzil de Chiapas esta introducción, combinada con la visión del arco iris, producía las fiebres y los escalofríos de la malaria.⁸¹ De hecho, durante la campaña algunos cam-

⁷⁸ Véanse John M. Ingham, “Human Sacrifices at Tenochtitlan”, *Comparative Studies in Society and History*, v. 16, 1984, p. 379-400; “Sangre”, *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1994, p. 737.

⁷⁹ El señor José E. Larumbe, descubridor de la causa eficiente de la ceguera onchocercosis. *La microfilaria de los tejidos oculares*, México, [s. e.], 1960, p. 8.

⁸⁰ Véanse George M. Foster, “Medical Anthropology and International Health Planning”, *Medical Anthropology Newsletter*, v. 7, n. 3, 1976, p. 14; Richard Adams, “A Nutritional Research Program in Guatemala”, en Benjamin D. Paul (ed.), *Health, Culture, and Community*, Nueva York, Rusell Sage Foundation, 1955, p. 435-458.

⁸¹ C. Guiteras Colmes, *Los peligros del alma, visión del mundo de un tzotzil*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965, p. 124.

pesinos se las ingeniaron para evadir los exámenes de sangre y en otros pocos casos prohibieron a los miembros de su familia acatar en este punto las órdenes de los trabajadores sanitarios. Otras concepciones de los naturales, consideradas una barrera para la campaña, estaban referidas a las explicaciones populares de la muerte y la enfermedad, en las que incluso el deceso de los ancianos no se atribuía casi nunca a causas naturales.

De igual manera, la toma de muestras de sangre fue temida porque podía ser usada en envenenamientos y maleficios. Así, extraerla para obtener información de laboratorio alimentaba la creencia popular de que la sangre indígena podría ser una forma de evaluar a la población nativa antes de destruirla en parte o por completo. Un rumor infundado de entonces fue que el líquido sanguíneo de los indígenas era vendido a “los norteamericanos”, y es congruente con el temor que persiste en muchas sociedades con grandes desigualdades sociales, donde los pobres tienen miedo de perder sus bienes más preciados y familiares más queridos, debido a fuerzas extrañas y externas. En otros casos, según García Manzanedo y Kelly, los campesinos no podían entender cómo los trabajadores de salud querían tomar su sangre y, por lo tanto, según ellos, debilitarlos si decían estar tan preocupados sobre su salud, así que la toma de muestras fue percibida como contraria al tratamiento médico popular.

El énfasis en las muestras de sangre por parte de los erradicadores también reconfiguró el proceso de diagnóstico de la malaria. Antes de la campaña, los médicos del interior de la república se apoyaban en los síntomas clínicos, como las fiebres recurrentes o la hinchazón del bazo, para identificar la enfermedad. Éstos eran métodos de examen médico menos intrusivos, aceptados y hasta apreciados por las comunidades rurales. Con la erradicación de la malaria, la presencia del *Plasmodium* en la sangre se convirtió en la única evidencia científica definitiva de la afección. Los trabajadores de salud magnificaron la presencia amenazante de los parásitos que estaban “escondidos” entre los campesinos asintomáticos para postular la necesidad de examinar, tratar y controlar a estos individuos, algo que era difícil de entender en una cultura donde no podía existir una relación entre una persona que estuviese aparentemente sana con ser portador de una enfermedad. Los médicos

enfaticaron el hecho científico de que muchas personas infectadas vivían en áreas donde la malaria era endémica, podían tener parásitos en su sangre y, al mismo tiempo, no presentar síntomas por días, debido a que éstos generalmente aparecían quince días después de haber sido picado por un mosquito infectado. Esa noción científica estaba también en oposición a la creencia popular de que la enfermedad se asociaba con dolor agudo y la incapacidad, sobre todo física, para trabajar. Mucha gente que vivía en el campo no creía posible que una persona estuviera infectada si se sentía bien o, inclusive, si tenía cierto malestar pero que no le impedía trabajar.⁸² La enfermedad era generalmente asociada entre los campesinos con la incapacidad de desarrollar trabajo físico.

Otra área donde el cuerpo indígena y la medicina occidental se enfrentaron fue en el uso de los medicamentos. Muchas de las drogas antimaláricas ponían la piel amarilla y producían náuseas, lo que para los doctores era una inconveniencia temporal pero entre los campesinos constituyó un signo de alarma. Esa percepción popular había sido notada poco antes del inicio de la campaña. En el editorial escrito por un antropólogo que había vivido tres años en un área malárica, publicado en la revista del Instituto Indigenista que funcionaba en México, el autor se quejaba de que el uso frecuente de medicinas en las zonas “infestadas” era percibido como algo irritante y desagradable, en parte debido a sus reacciones colaterales.⁸³

El informe de García Manzanedo y Kelly revela también las tensiones entre los diferentes significados asignados a la enfermedad, las fiebres y el cuerpo humano. Estas tensiones no se resolvieron por completo durante la campaña. Los erradicadores, así como los servicios rurales que dependían del sistema de Seguridad Social y de la Secretaría de Salud, pudieron, en la mayoría de los casos, sobreponerse a la resistencia indígena, pero las creencias populares sobre la malaria coexistieron, muchas veces con dificultad, con las ideas y el trabajo de los servicios de salud gubernamentales. Mientras que la medicina occidental fue eventualmente integrada como un recurso para algunas condi-

⁸² George M. Foster, “Use of Anthropological Methods...”

⁸³ “A Vaccine against Malaria”, *Boletín Indigenista*, v. 14, n. 4, 1954, p. 231.

ciones de salud, la tradicional y su más integral práctica sobrevivieron. Como resultado, la medicina tradicional persistió. Diferentes versiones del pluralismo médico se desarrollaron hasta coexistir con la indiferencia y la creciente tolerancia de los doctores formados en las universidades hacia la medicina tradicional y la cultura indígena.⁸⁴ Un prestigioso sanitarista norteamericano que estuvo en México a comienzos de los años sesenta informaba que entonces se estimaba que 5 000 000 de personas de un país que superaba los 35 000 000 hacían uso de diversas clases de curanderismo.⁸⁵ Todavía la noción de primitivismo persistiría. En 1972, una publicación médica de Oaxaca describía a la etnia local triqui como un grupo de los menos desarrollados, que se había desenvuelto “milagrosa y tenazmente” y que, como en otros grupos indígenas, su cultura parecía detenida en una vida turbulenta, beligerante y marcada por la desconfianza.⁸⁶

En su informe, los antropólogos confesaron que no tenían una solución a los desencuentros culturales que describían. Para ellos, no era posible dictar una receta universal para un área tan grande y étnicamente diversa. Ellos sólo señalaban la falta de sensibilidad intercultural de la campaña y esperaban sinceramente que se hicieran algunos cambios. La ausencia de un consejo específico también sugería la posición hegemónica de la CNEP y el espacio limitado que existía entonces para sostener conductas alternativas a las de la erradicación de la malaria. Sin embargo, Kelly no pudo desarrollar más su crítica; por razones profesionales y personales a fines de 1957 partió de México para

⁸⁴ René Vargas Lozano, “Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos”, *Salud Pública de México*, v. 6, n. 6, 1964, p. 967-978; Héctor Hernández Llamas (ed.), *La atención médica rural en México, 1930-1980*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984. Sobre el pluralismo médico, véanse Horacio Fabrega y Daniel Silver, *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan*, Stanford, Stanford University Press, 1973; Michael B. Whiteford, “Homeopathic Medicine in the City of Oaxaca, Mexico: Patients’ Perspectives and Observations”, *Medical Anthropology Quarterly*, v. 13, n. 1, 1999, p. 69-78.

⁸⁵ Milton I. Roemer, *La atención médica...*, p. 134.

⁸⁶ Ricardo Martell Ramírez, “La cultura triqui”, *Boletín de la Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública*, v. 7, n. 1, 1972, p. 12. Este trabajo fue presentado en una reunión de la asociación de salud pública de Oaxaca.

ser parte de un nuevo proyecto antropológico en Bolivia, patrocinado con la ayuda bilateral norteamericana.⁸⁷

A pesar del hecho de que García Manzanedo y Kelly nunca recibieron una respuesta oficial, ni fueron atendidas las principales sugerencias que se decían explícitamente o se deducían del informe, las impresiones personales de un funcionario de la OMS, realizadas algunos años después, coincidían con la perspectiva de los antropólogos. Este funcionario notó que la entonces denominada “crisis” del programa de erradicación de la malaria estaba estrechamente relacionada con las “áreas problema” –aquellas donde se había logrado poco progreso, a pesar de la implementación de las medidas técnicas recomendadas–. Ello ocurría más intensamente en territorios de comunidades indígenas como Morelos, Oaxaca, Guerrero, Michoacán y Puebla. Inclusive comparó mapas de zonas indígenas con las “áreas problema” y descubrió con sorpresa que coincidían casi por completo. Agregó: “De hecho, si se pusiera uno [mapa] encima del otro, las áreas corresponderían exactamente”.⁸⁸

No todos los médicos estuvieron de acuerdo con la autoridad y las órdenes de la CNEP. Algunos galenos del interior de la república cuestionaron no sólo la manipulación de la educación sanitaria, como un arma para imponer intervenciones técnicas que no eran bienvenidas en la comunidad, sino la poca atención que se daba a los efectos tóxicos de los insecticidas. Estas cuestiones fueron claramente enunciadas por José Villalobos, un doctor de Juchipila, Zacatecas.

Un médico se rebela

Hacia finales de 1956, José Villalobos recibió la visita de trabajadores de salud de la CNEP. Se encontraba en Juchipila y por su ascendencia sobre la población local le pidieron ayuda para convencer a los campe-

⁸⁷ “Partida de la doctora Isabel Kelly”, *Boletín Indigenista*, v. 17, n. 4, 1957, p. 294, p. 294.

⁸⁸ En C. J. Foll, “Mexican Malaria Program (CNEP) 16 November-15 December 1962”, WHO Archives, serie Malaria Research Collection, caja WHO7.0079, exp. México 1961-1963.

sinos de que abrieran sus casas a los rociadores. Éstos habían encontrado una fuerte oposición –a veces incluso de personas que amenazaban con armas de fuego–, y la CNEP pensó que con la ayuda del médico, que era respetado localmente, serían aceptados. Aunque inicialmente Villalobos les dio alguna ayuda, empezó a desarrollar una crítica a la erradicación de la malaria, más abierta y frontal que la de los antropólogos antes mencionados. Para comprender sus críticas es importante presentar su trayectoria previa.

Villalobos estudió los seis años requeridos para graduarse como médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, uno de los 15 centros de educación médica que existían entonces en el país.⁸⁹ Hacia el final de sus estudios formó parte del servicio social obligatorio que buscaba corregir la mala distribución de facultativos en el país y que llevaba a los recién graduados a trabajar durante un año en localidades rurales. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, desde 1936 las autoridades de salud mexicanas iniciaron un programa de medicina rural conocido como Servicio Social del Pasante de Medicina, que consistía en el envío de estudiantes del último año de carrera a las comunidades rurales. La medida se hacía bajo el supuesto de que muchos de ellos se animarían más adelante a quedarse en pueblos de las entidades federativas e instalar un consultorio, en lugar de migrar a las ciudades. Entre 1936 y 1943, 2 400 estudiantes, sólo de la Universidad Nacional Autónoma de México, y alrededor de 400 procedentes de otros centros de estudios superiores estuvieron en localidades rurales.⁹⁰ Ellos fueron muchas veces el primer médico visto en aldeas remotas. Aunque no hay muchos ni muy buenos indicadores para los estados, la tasa nacional de galenos era baja para la población mexicana en la época de Villalobos: un doctor para 2 029 habitantes a mediados de los años cincuenta, cuando el estándar internacional era de un médico por cada 1 000 habitantes.⁹¹ La mala distribución de re-

⁸⁹ World Health Organization, *World Directory of Medical Schools*, Ginebra, WHO, 1957, p. 178.

⁹⁰ Inter-American Affairs Office, *Mexico: Next Door Neighbor*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1943, p. 17.

⁹¹ World Health Organization, *World Directory...*, p. 178.

cursos humanos de salud hacía que la tasa por habitante en las zonas rurales mostrara una brecha mayor entre los servicios oficiales y las necesidades de la población rural. A este problema se sumaba el hecho de que hacia 1950 se había desvirtuado el programa, otorgándose muchas “excepciones” a la obligatoriedad de pasar un tiempo en el campo.

Se decía que muchos pobladores rurales experimentaban una escasez de profesionales de la medicina porque los mejores puestos estaban en las ciudades, problema que persistió por décadas.⁹² Villalobos cumplió con el servicio social, gracias a un modesto ingreso de la Secretaría de Salud, en Jalpa, una localidad rural de poco más de 32 000 habitantes ubicada en Zacatecas, cerca de Juchipila. Como era costumbre con otros estudiantes de la carrera que cumplían el mismo programa, usó la experiencia adquirida para completar la tesis que era requisito defender para obtener el grado. La tesis de Villalobos que estudiaba la malaria, así como otras enfermedades prevalentes en la zona, utilizó un modelo de descripción sociomédica que era menos atractivo para los estudiantes que seguían el estilo de medicina norteamericano, y que generalmente elaboraban un trabajo describiendo experimentos de laboratorio u observaciones clínicas hechas en hospitales y cuidadosamente cuantificadas. Villalobos tenía una perspectiva holística que examinaba la geografía, los caminos, el clima, la educación y el desecho de basura en Jalpa.⁹³ Una de sus principales recomendaciones fue la de elaborar más y mejores programas de educación higiénica, mediante carteles “coloridos” para las escuelas rurales y el establecimiento de centros de higiene rural, que estuvo dispuesto a dirigir. Asimismo, recomendó un incremento de la inmunización, el entrenamiento de parteras en el conocimiento y las técnicas de obstetricia y la educación de las madres acerca de los beneficios de la lactancia natural sobre el uso, relativamente reciente, de la leche artificial.

⁹² Luis Cañedo, “Rural Health Care in Mexico”, *Science*, v. 185, n. 4157, 1974, p. 1131-1137.

⁹³ José L. Villalobos Revilla, *Informe médico de la población de Jalpa, Zacatecas, Índice de Ross. Tratamiento de la úlcera gastroduodenal por la uroenterona (Kutrol)*, tesis, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1954, p. 10.

Después de graduarse en 1952, Villalobos se estableció en Juchipila para practicar su profesión. Es decir, decidió vivir cerca de donde había realizado su servicio social y su investigación para la tesis. Lo hizo cuando únicamente otros dos médicos –formados en una universidad– trabajaban en el pueblo y, como otros del interior de la república, se familiarizó con una serie de dolencias como la malaria, la fiebre tifoidea y la triquinosis. Más importante aún, sabía ganarse la confianza de los campesinos. Estaba especialmente orgulloso de haber salvado a una familia que sufría de la enfermedad de rabia, transmitida por murciélagos. Aunque en realidad tenía poco tiempo libre y menos recursos, Villalobos instaló un “moderno” laboratorio en su consultorio y pudo llevar a cabo algo de investigación, la que únicamente fue publicada en periódicos y no en revistas académicas, como lo hubiera hecho un miembro de la elite médica. Un estudio de sus escritos indica que no era “un científico” según los estándares de la época pero sí un escritor, a veces algo extravagante, que combinaba el conocimiento médico básico y el sentido común. Era quizás una combinación que le permitió la osadía de disentir en sus ideas médicas.

Cuando los miembros de la CNEP buscaron a Villalobos para pedirle ayuda, él les hizo algunas preguntas directas que no pudieron responder. Algunas de éstas se relacionaban con los patrones de migración y las condiciones de vivienda de la gente rural. Inquirió si habían tomado en cuenta que una parte importante de la población rural no vivía en casas sino en cabañas, chozas y hasta cuevas, mismas que no tenían paredes susceptibles de ser rociadas, y que había una gran migración de trabajadores entre áreas maláricas y no maláricas.⁹⁴ De hecho, según el censo de 1950, sólo 41% de la población rural habitaba en viviendas de barro o de materiales que daban cierta protección de las picaduras de mosquitos al ser rociadas con insecticidas. En lugares como Oaxaca, más del 75% de la población rural vivía en hogares llamados jacales, hechos de materiales más frágiles que el barro como son

⁹⁴ Los comentarios de Villalobos en “Síntesis del trabajo realizado durante los años 1956-1959 en la región de Juchipila, estado de Zacatecas, relacionado con la campaña de erradicación del paludismo”, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 51, exp. 1.

los palos y las cañas.⁹⁵ Además, las casas de los campesinos no seguían las reglas higiénicas, en parte por la miseria y las precarias condiciones: tenían un cuarto único que se utilizaba para cocinar, dormir y guardar sus bienes. El gobierno no podría proporcionar agua potable ni sistemas de desechos de basura en las áreas rurales, con excepción de los pueblos más grandes. La sobrepoblación de las viviendas era un hecho marcado en Oaxaca, donde 73% de las familias rurales vivía en hogares y sanos y enfermos compartían la misma habitación.⁹⁶ La coexistencia de los miembros sanos y enfermos hizo que la transmisión de la malaria se hiciera más frecuente. Inclusive en casas hechas de barro o de materiales más sólidos, las puertas precarias y la falta de protección en las ventanas facilitaban el contagio. Una descripción hecha algunos años antes para la región tropical de Chiapas revela los retos que nunca fueron resueltos del todo por los rociadores:

Los muros son hechos de palos cortados de delgados arbustos que dejan rendijas entre sí, de palos armados con rellenos de lodo, denominados “bajareque”, de tablas o de adobes, siendo los techos de palma, zacate, tejamanil o terrado y excepcionalmente de teja [...]. Los habitantes no cuentan con defensas adecuadas para prevenirse, dentro o fuera de la habitación, de las picaduras de mosquitos y otros insectos, lo que es muy peligroso en esta región oncocercosa y palúdica.⁹⁷

A pesar de las preguntas de Villalobos, las que sugerían la falta de adecuación de la campaña a las condiciones que prevalecían en las áreas rurales, decidió colaborar con la CNEP. Inclusive acompañó a los

⁹⁵ Luis Vargas, “Aspectos socioeconómicos de las zonas rurales mexicanas en relación con la erradicación del paludismo”, *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. 18, n. 3-4, 1958, p. 160.

⁹⁶ Secretaría de Industria y Comercio, “Viviendas urbanas y rurales en el país por entidades federativas, según el número de cuartos, 1960”, *Anuario estadístico compendiado de los Estados Unidos Mexicanos*, 1968, México, Dirección General de Estadística, 1969, p. 58.

⁹⁷ Manuel Gamio, *Exploración económico-cultural en la región oncocercosa de Chiapas*, sobretiro de *América Indígena*, v. 6, n. 3, México, 1946, p. 204.

rociadores a sus trabajos de campo en 1957. Sin embargo, después de ese año empezó a criticar y denunciar la erradicación de la malaria. Sus primeros juicios fueron dirigidos hacia los insecticidas, que no sólo eliminaban a los *Anopheles* sino a las abejas, ratones y a muchas gallinas. En un recuento personal que resuena con la preocupación ambientalista que empezaba a surgir en el mundo, Villalobos escribió que ya no se veían los pájaros de campo porque sus huevos habían “muerto en sus nidos”. Como médico de provincia, que conocía a las personas de su pueblo relativamente bien y estaba atento a síntomas aparentemente sin importancia, consideró más preocupante ver cómo después de la segunda operación de rociado los campesinos parecían pálidos, debilitados y cansados, y dos terceras partes de los niños presentaban una conjuntivitis que no cedía a los medicamentos usuales. Los pequeños recaían en la mayoría de los casos que parecían curados. Según Villalobos, ello era el resultado de rociadores que habían actuado descuidadamente y regado el insecticida no sólo en las paredes sino también en los niños y en el cabello de los adultos, cerca de los pozos de agua, en los depósitos y el forraje del ganado. En algunas ocasiones habían rociado con DDT a perros y gatos.⁹⁸

Para empeorar las cosas, según Villalobos, los rociadores a veces arriesgaban sus vidas y, tratando de superar cualquier desconfianza de los pobladores, tomaban un vaso lleno de insecticida enfrente de una familia de campesinos para demostrar que la sustancia no causaba daño. Las recomendaciones biosanitarias del entrenamiento, como el uso de los guantes de plástico y de mandiles como protección, que aparecían también como indicaciones en las etiquetas de las bombas de rociado, simplemente no eran respetadas. Algunos trabajadores de salud ignoraban el hecho de que el DDT era tóxico. Los estudios sobre contaminación que mostraron que los insecticidas podían ser absorbidos por la piel, especialmente en climas calientes, no eran totalmente conocidos porque recién se estaban desarrollando y porque aparecieron en revistas académicas a las cuales los trabajadores locales de salud no tenían acceso. En años posteriores, las denuncias de casos de intoxicación en trabajo sanitario o agrícola crecieron. Un informe de la OPS

⁹⁸ José L. Villalobos, “Síntesis del trabajo realizado...”

señalaba que durante el periodo 1971 a 1978 se reportaron 19330 intoxicaciones de rociadores y personas expuestas al rociado en países centroamericanos, siendo El Salvador (8917) y Guatemala (8266) donde el hecho había ocurrido con más intensidad, producido sobre todo por pesticidas usados en la agricultura.⁹⁹

Más aún, apenas a partir de mediados de los sesenta se creó un consenso científico alrededor del DDT. Éste fue asumido como un contaminante orgánico persistente, que podía permanecer en tejidos y perjudicar la reproducción de los animales salvajes; era, asimismo, especialmente tóxico para las especies domésticas, así como para algunas aves y peces, y podía dañar el sistema nervioso de los seres humanos. Había, además, otros factores que incrementaban el riesgo de contaminación para los trabajadores de salud como las malas condiciones del depósito y las precarias etiquetas en los contenedores del DDT, que no siempre podían ser leídas o entendidas por los rociadores debido a la falta de un entrenamiento adecuado o al analfabetismo. Sin embargo, existió poca atención a este aspecto del trabajo sanitario que conllevaba dimensiones bioéticas. Otra indicación del problema fue que desde comienzos de los años sesenta se usaba una especie de carnadas humanas por parte de la CNEP, en las que literalmente un “voluntario” se ofrecía a ser picado por los mosquitos durante la noche para conocer más sobre estos insectos.¹⁰⁰

La contaminación ambiental producida por los insectos afectaba a los humanos de diferentes maneras. Según Villalobos, después del tercer rociado todo tipo de mosquitos, moscas, cucarachas, avispas, escorpiones, arañas y chinches no moría. Por el contrario, crecían tanto individualmente como en número, convirtiéndose en verdaderas plagas. Un hecho no anticipado del efecto perverso de los insecticidas era que estos animales podían desarrollar resistencia a ellos. De hecho,

⁹⁹ Arturo Romero, “Vigilancia y estudios epidemiológicos de las intoxicaciones por plaguicidas”, *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, v. 84, n. 1, 1978, p. 43-50.

¹⁰⁰ Mencionado como “cebo humano” en “Gregorio Espinosa Cruz [malariólogo Espinosa Cruz] a Ricardo Zebadua Ochoa [Jefe de la Zona 9]”, 27 de junio, 1962, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 9, caja 2, exp. 1.

la picadura por escorpiones se convirtió en una preocupación en México y llevó a que se desarrollara una serie de estudios médicos. De acuerdo con una investigación que cubría el periodo de 1940 a 1958, las picaduras de escorpiones produjeron una mortandad significativa entre los niños de las áreas rurales de Oaxaca.¹⁰¹

Además del DDT, en México se utilizaba el Dieldrin, que era más tóxico a los seres humanos, animales domésticos y gallinas, así como un método ideal para ir creando resistencia entre los insectos. Aproximadamente 400 806 kilos de Dieldrin fueron esparcidos entre 1957 y 1958, antes de que su uso se descontinuara. Aunque la cantidad era menos que los 4 400 000 kilos de DDT utilizados en esos mismos años, Dieldrin fue la principal causa de envenenamiento por insecticidas entre los rociadores. Hacia 1960, sólo 17 casos de intoxicación entre rociadores mexicanos habían sido oficialmente denunciados.¹⁰²

Según Villalobos, la contaminación también afectaba al ganado y a otros animales; hubo un decrecimiento de la producción de leche, ya que gran cantidad de vacas tuvieron complicaciones en su preñez, muchas gallinas murieron y ningún gato sobrevivió. Su propio gato murió en sus manos vomitando sangre. Después de un cuidadoso examen del cadáver de su mascota, Villalobos encontró el hígado hinchado, lo que confirmó sus sospechas de una severa intoxicación y acrecentó su resentimiento. La causa de la muerte del felino fue probablemente intoxicación, surgida cuando lamó su piel que había sido contaminada con el insecticida. Es interesante anotar que después de algunos años,

¹⁰¹ M. A. Bravo-Becherelle y Luis Mazotti, "Distribución geográfica de la mortalidad por picadura de alacrán en México", *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. 21, n. 3-4, 1961, p. 129-140. Véase también de los mismos autores "Escorpionismo en la República Mexicana", *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. 21, n. 1-2, 1961, p. 3-19.

¹⁰² Luis Vargas, "El tamaño de la localidad como factor epidemiológico en malariología", *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. 20, n. 1, 1960, p. 207; Luis Vargas y A. Alamaraz Ugalde, "La erradicación del paludismo en México durante el segundo año de cobertura integral", *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. 20, n. 3, 1960, p. 205. Dieldrin no se usa actualmente, véase U.S. Environmental Protection Agency, *Health Effects support Document for Aldrin/Dieldrin*, Washington, EPA, 2003.

los rociadores tuvieron que enfrentarse al apodo peyorativo de “mata-gatos” en varias regiones de México.¹⁰³ Un experto latinoamericano en malaria señaló que el Dieldrin estaba exterminando a tantos gatos en las campañas de erradicación y que las ratas se estaban convirtiendo en un serio problema de salud pública.¹⁰⁴

Otros habitantes de las entidades federativas se dieron cuenta, como lo había señalado Villalobos, del impacto diferente entre la primera y las siguientes operaciones de rociados debido, en parte, al incremento de la resistencia entre los mosquitos. La contaminación produjo una serie de pedidos, algunos de ellos muy respetuosos, de personas de la clase media que se dirigían al presidente de México solicitando la suspensión del rociado. Es interesante señalar que sus solicitudes pasaban por encima de la CNEP, que formalmente era la autoridad de la campaña. Ello era una indicación de la creciente desconfianza en las autoridades encargadas de la erradicación de la malaria.

Por ejemplo, el representante de una compañía de seguros de Huixtla, un pueblo de la zona alta de Chiapas, se quejó ante el presidente de México de que el “líquido” usado contra la malaria durante el segundo año ya no mataba a los mosquitos, como lo hacía el que se utilizó en la primera operación de rociado. Asimismo, señaló en su carta lo que para él era un beneficio de la primera campaña, donde no sólo morían los mosquitos sino las cucarachas y otros insectos. En contraste, señaló que después del segundo rociado morían las gallinas, los gatos y otros animales, pero el mosquito no. Indicó también que se decía que el primer rociado había sido bueno porque se hizo con el material dado por los “gringos”.¹⁰⁵ Este comentario y otros documentos sugieren cierta desconfianza hacia las autoridades de salud y sus técnicas, así como la

¹⁰³ “Definiciones: DDT”, *El Humaya. Órgano de Información para el Personal de la CNEP Zona 8*, Culiacán, año 4, [sin día] febrero, 1960, p. 5, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona I, caja 1, exp. 3.

¹⁰⁴ “May 29-31, 1955 Meeting with Gabaldon”, RAC, RFA, R.G. 12.1, Russell Diaries.

¹⁰⁵ “F. J. Ramos Calcano [empleado de la Compañía Nacional de Seguros Sobre la Vida, Huixtla, Chiapas] a presidente de la República”, *Oficina de Quejas, Presidencia de la República*, 20 de abril, 1960, AGN, *Archivo López Mateos*, v. 388, exp. 423/11.

sospecha de que rociadores deshonestos no estaban usando el DDT auténtico, el cual presumían era vendido subrepticamente. Lo más probable es que se tratara de casos de resistencia al insecticida. Pero la desconfianza persistió. Algunos dueños de casas de las entidades federativas señalaron hechos parecidos, es decir, el uso de un insecticida de menor calidad en el segundo rociado y solicitaban que sus viviendas fueran eximidas del insecticida.¹⁰⁶ Otro dueño de casa, que nada indica que tuviera una formación o conocimientos de medicina, solicitó a las autoridades sanitarias regresar a las más tradicionales y menos dañinas medidas de control, como el uso de petróleo en los pantanos para matar las larvas de los mosquitos –tal medida había sido desechada por los erradicadores porque era típica del periodo anterior al de la erradicación.¹⁰⁷ El título de un artículo periodístico de 1957, sobre Guerrero, sugería el desprestigio del insecticida: “Los mosquitos se ríen del DDT”.¹⁰⁸

Las palabras y acciones de Villalobos no siguieron el tono educado descrito en el párrafo anterior. Viajó a Aguascalientes, un pueblo más grande de aquél en donde vivía y en el que encontró a varios pacientes que habían sido tratados de una anemia marcada, ictericia y conjuntivitis, que él creía se debían a los efectos tóxicos del insecticida. Sin embargo, tuvo una recepción fría por parte de las autoridades locales de salud y decidió entonces viajar solo a la ciudad de México para discutir el problema de la contaminación con los más altos dirigentes de la CNEP. Villalobos se reunió durante tres horas con Donald J. Pletsch, el principal asesor de la OSP en México, y se quejó con amargura de los efectos que estaba causando la campaña de la malaria. Algo que recordaría de esta reunión fue que Pletsch le preguntaba constantemente si a fin de cuentas estaba a favor o en contra de la erradicación. Esta

¹⁰⁶ “Celia Orozco y Laura Díaz de Orozco a presidente de la República”, 18 de junio, 1960, AGN, *Archivo López Mateos*, v. 388, exp. 423/9.

¹⁰⁷ “Fernando Infazón Villalobos a Villalobos”, 4 de abril, 1960, AGN, *Archivo López Mateos*, v. 387, exp. 423/1; “José Eutasio Almazan Nieto, la autoridad local de Pueblo Verde, San Luis Potosí, envió un telegrama al presidente de México”, 1 de marzo, 1957, AGN, *Archivo Ruiz Cortines*, v. 423, exp. 424/23.

¹⁰⁸ “En Tecpan, los mosquitos se ríen del DDT” [Tecpan de Galeana, Guerrero], *Excelsior*, 12 de febrero, 1957, recorte periodístico, AHSS, SSA, serie CNEP, serie Zona 9, caja 1, exp. 3. Según el artículo, algo parecido ocurría en otras partes del estado.

insistencia sugiere que la lealtad a la CNEP era la principal preocupación para los funcionarios. La respuesta de Villalobos fue que como médico no estaba en contra de la campaña, lo que revela el poco espacio para disentir entre los profesionales de la salud así como una contradicción, por cierto humana, de Villalobos.

Asimismo, señaló que se oponía a la forma en que “ellos”, es decir los miembros de la CNEP, querían hacer la erradicación de la malaria. El diálogo no dio ningún resultado positivo para Villalobos. Regresó a su hogar descorazonado y aislado. Más adelante declaró que 14 artículos críticos que había publicado contra la CNEP en diarios locales, como *El Heraldo de Aguascalientes* y algunos de circulación nacional como *Excelsior* y *El Universal*, habían provocado que lo encarcelaran por algunos meses en 1958. En los documentos de archivo no queda claro cuáles eran las acusaciones en su contra pero es cierto que fue considerado una “molestia”. El poco tiempo que pasó en la cárcel sugiere que no fue percibido como una verdadera amenaza por las autoridades y que su actitud no era común entre otros médicos.¹⁰⁹

Villalobos logró llamar la atención de las autoridades regionales. Una carta del obispo de Zacatecas le agradecía a Villalobos su informe sobre los peligros del DDT para la gente desnutrida que comiera alimentos rociados con insecticida. La misiva del obispo en los archivos de la Secretaría de Salud es conservada con una nota escrita por Villalobos informándole de la existencia de un documento con 700 firmas de personas de Jalapa que estaban convencidas de que la CNEP quería “acabarlos”.¹¹⁰ Una convicción similar sobre el objetivo de la salud pública oficial, es decir, eliminar a los pobres, se puede observar en otros países coloniales y poscoloniales con sociedades marcadas por agudas inequidades económicas y temores, así como desconfianzas mutuas

¹⁰⁹ José L. Villalobos, “Resultado de la Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP) en la República Mexicana. Estudio y conclusiones, 1957-1958”, *El Heraldo de Aguascalientes*, Aguascalientes, 4 de octubre, 1958, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 51, exp. 1.

¹¹⁰ “Carta de Antonio Obispo de Zacatecas a José Villalobos”, 19 de noviembre, 1959. La nota al final de la carta fue escrita por Villalobos. “México D. F. 14 de marzo 1960”, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 51, exp. 1.

entre las elites y las poblaciones marginadas.¹¹¹ Aunque Villalobos logró la atención del obispo, parece que las autoridades eclesiásticas no se convencieron de la posición del médico y no tomaron ninguna acción en contra de la erradicación.

El médico mexicano posiblemente se haya sentido aislado de sus pares cuando hizo pública su interpretación del impacto de la contaminación en los seres humanos. Pensaba que había una relación entre sus pacientes y “mutaciones virales”, debida a cambios en el medio ambiente. Aunque su interpretación no fue del todo clara ni basada en evidencias, Villalobos aseguró que sabía sobre el tema gracias a dos artículos que aparecieron en revistas académicas norteamericanas. Una de estas publicaciones trataba de las mutaciones virales que podían ser producidas por vacunaciones, pero no tenían nada que ver con la polución ambiental. Villalobos pensaba, además, que el incremento de casos de cáncer era una consecuencia de la contaminación producida por el insecticida. Poco después encontró fuentes que le parecieron que legitimaban su posición; dos artículos que aparecieron en lo que era considerado un símbolo del imperialismo cultural estadounidense y que no era una publicación de autoridad científica para la mayoría de profesionales médicos: la versión en castellano de *Reader's Digest*.

A pesar de los medios poco convencionales para legitimar sus ideas científicas heterodoxas y la falta de sustentación de ellas, es importante enfatizar el rechazo híbrido de Villalobos a una campaña dirigida por los donantes y las agencias internacionales ubicados en países desarrollados utilizando una revista científica y una revista no-científica norteamericanas.¹¹² Asimismo, sus señalamientos no eran poco comunes

¹¹¹ Véanse David Arnold, *Colonizing the Body: State, Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*, Berkeley, University of California Press, 1993; L. White, *Speaking with Vampires, Rumour and History in Colonial Africa*, Berkeley, University of California Press, 2000.

¹¹² Las referencias de Villalobos no ofrecen mayores precisiones: *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, n. 33, 1957, p. 397; *American Journal of Clinical Pathology*, n. 27, 1957, p. 6; *Selecciones de Reader's Digest*, abril, 1959, p. 82; *Selecciones de Reader's Digest*, septiembre, 1959, p. 139. El primero era probablemente de Mark H. Adams, “The Nature of Viruses”, p. 397-404. El segundo puede haber sido de Harland Manchester, “The New Age of Atomic Crops”, *Reader's Digest* [sin volumen], noviembre, 1959, p. 135-140. Sobre *Reader's Digest*

entonces. Muchos de los críticos de los pesticidas de los años sesenta apoyaban la idea de que elementos venenosos de los insecticidas producían cáncer –la evidencia científica actual sobre el DDT como un cancerígeno en seres humanos no es definitiva y se descarta el hecho de que afecta la reproducción humana.¹¹³

No obstante su aislamiento, Villalobos no se dio por vencido. Inspirado por sus lecturas y su propia perspectiva, preparó una comunicación para el Congreso Mexicano de Salud Pública realizado en 1960, en Hermosillo, Sonora, que tenía un título aparentemente neutral y se refería a la mutación observada en la población rural mexicana y su “factor determinante”. Para evitar la crítica de los especialistas, señalaba en esta ponencia que generalmente los trabajos tenían una bibliografía pero la suya ninguna. La afirmación refleja el poco respeto que tenía hacia las reglas académicas comunes entre los líderes de la CNEP, los que habían sido entrenados en la ciencia occidental. La participación en este foro le permitió dejar su estado, donde sus llamados de alarma no eran escuchados, y mudarse a la ciudad de México, donde habitaba su familia. Fue en ese momento cuando envió telegramas, que fueron considerados destemplados, a los organizadores de la reunión del United States-Mexico Border Public Health Association que se desarrollaba en Hermosillo, poco después del Congreso de Salud Pública, argumentando que la CNEP iba en contra de las leyes de la naturaleza, diezmando especies e incrementando la malnutrición en el medio rural, por lo que demandaba urgentemente una seria inves-

como un arma del imperialismo cultural, véase Ariel Dorfman, “Salvación y sabiduría del hombre común: la teología de *Selecciones del Reader's Digest*”, en [s. a.], *Imperialismo y medios masivos de comunicación*, v. II, Lima, Causachun, 1973, p. 5-38.

¹¹³ Véanse Rachel Carson, *Silent Spring*, Boston, Houghton, 1962; Lewis Herber, *Our Synthetic Environment*, Nueva York, Knopf, 1962. Algunos críticos latinoamericanos del DDT aparecieron en los años setenta, véanse A. E. Olszyna-Marzys, “Residuos de plaguicidas clorados en la leche humana en Guatemala”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 74, n. 2, 1973, p. 93-107; Saúl Franco Agudelo, “El saldo rojo de los insecticidas en América Latina. A propósito de su utilización contra la malaria”, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, v. 7, n. 20, 1981, p. 35-53; Iván Restrepo, *Naturaleza muerta, los plaguicidas en México*, México, Océano, 1988, p. 189.

tigación.¹¹⁴ Aunque las autoridades de salud nunca estuvieron de acuerdo en sostener discusiones públicas con médicos de los estados como Villalobos que se oponían a la campaña, las críticas resurgieron a comienzo de la década de 1970, cuando era evidente que la erradicación de la malaria no había alcanzado su objetivo y que estaban erosionados los supuestos iniciales de asimilación de la población, derivados de la antropología médica. Alentado por la gestión de un discurso populista del presidente Luis Echeverría (1970-1976), que prometió más democracia y que sutilmente estimuló una crítica al rol tradicional de homogeneización cultural que debía cumplir el Instituto Nacional Indigenista, Villalobos envió una carta a las autoridades de salud. Un alto funcionario de la CNEP respondió comentando a otro funcionario del ramo que no debía ser un asunto de preocupación porque era simplemente otro de los pocos casos de resistencia y crítica de un médico local, a las que estaban acostumbrados.

Según el informe, el origen de las críticas de éstos fue el resentimiento. Es decir, algunos médicos que tenían una práctica privada importante en los estados no cooperaban con las autoridades de salud, porque estaban perdiendo la clientela acostumbrada de pacientes con malaria y porque estaban siendo desplazados por los funcionarios sanitarios federales. Según la CNEP, se trataba del sentimiento producido por el desplazamiento del conocimiento empírico clínico por el conocimiento científicamente basado de la salud pública. El informe, que sólo fue circulado internamente en la Secretaría de Salud y entre funcionarios del gobierno, reconocía ciertos errores como el hecho de que los rociadores a veces bebían el insecticida en su afán de convencer a las familias campesinas y se prestaba poca atención a los patrones de migración.¹¹⁵ Respecto a la relación entre los efectos tóxicos de los insecticidas y las ideas de Villalobos de una “mutación viral”, una oración concisa pero definitiva desechaba este supuesto como no-científico. El

¹¹⁴ José Villalobos, “Telegrama a Frank J. von Zuben”, México, D. F., 6 de abril, 1960, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 33, exp. 4.

¹¹⁵ “Guillermo Suárez Torres a José Jiménez Cantú [Secretaría de Salubridad y Asistencia]”, 23 de enero, 1971 [asunto: Relacionado con el documento del doctor José Villalobos Revilla, México], AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 51, exp. 1.

informe buscaba evitar un debate público porque consideraba que la potencial diseminación de la discusión sería “extremadamente dañina” para la erradicación de la malaria. De esta manera, Villalobos recibió una respuesta indirecta a través del reconocimiento de algunos errores, pero la réplica no fue nunca dada en público.¹¹⁶

El caso de Villalobos ilustra la tensión entre las autoridades de salud y algunos médicos de las entidades federativas durante la erradicación de la malaria. Su oposición fue más evidente, en parte, debido a su educación superior, que le dio credibilidad para algunos, su acceso a los periódicos locales y nacionales y porque su crítica no era común en Zacatecas, donde la malaria no adquirió proporciones dramáticas. Según un estudio del periodo 1949-1953, el estado tenía una tasa de mortalidad de poco más de 18 casos por cada 100 000 habitantes, cifra muy lejana al promedio nacional de 85.¹¹⁷ Aunque la oposición de Villalobos aparece aislada, llegó a hacerse visible una intensa y difundida oposición entre algunas comunidades rurales.

Resistencia indígena

El 16 de agosto de 1959, pocos años después de iniciada la campaña, Marcial Matías Velasco entró a Quiotepec al mando de una brigada de rociadores de DDT. El poblado se ubica en la región de Cuicatlán, un área poco accesible, en las zonas bajas y entre los montes de Oaxaca, que separaba el territorio zapoteca de las zonas centrales y del este de México. Quiotepec era una aldea de 105 casas donde el idioma que más se usaba era una forma especial de chinanteco; el castellano era casi desconocido y las personas vivían de una agricultura de subsistencia. Para su sorpresa, Matías Velasco y los trabajadores de la CNEP encontraron una frontal resistencia de los pobladores, que días antes habían

¹¹⁶ En 1974, Villalobos intentó llegar a la Secretaría de Salud y envió un trabajo quejándose de la contaminación producida por los insecticidas. Entonces estaba en el Hospital General de la ciudad de México. José Villalobos, “Síndrome por organoclorados y su tratamiento (informe preliminar), 1974” (firmó como “Médico Externo del Hospital General”), AHSS, SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 127, exp. 1.

¹¹⁷ Manuel E. Pesqueira, “Programa de Erradicación...”, p. 541.

aceptado el rociado del DDT e inclusive lo habían recibido en el pasado. La gente rompió la propaganda de la comisión, levantó amenazante palos de madera y vociferaba: “Ya vienen estos desgraciados chincheros”; “váyanse mucho a la chingada con sus porquerías, mi casa no dejo que se rocíe”; “mi casa no la rocían, primero la quemo que dejar que me echen más chinches”.¹¹⁸ La queja se refería a los desagradables insectos de color marrón con pequeñas alas, conocidos por los científicos dentro del orden de los *Cimex* y llamados en castellano chinches, que generalmente parecían emerger de la podredumbre o hasta de la nada. Su proliferación súbita era considerada un asunto serio porque se alimentaban de la sangre humana. Es decir, eran parásitos del hombre, aunque también podían serlo de animales domésticos, eran en especial activos en la noche, gustaban de alojarse en las camas o lugares donde dormían las personas, se movían rápidamente entre los pisos, las paredes y los techos y eran capaces de sobrevivir por un largo periodo de tiempo sin alimentarse. Para mucha gente, lo peor de todo era que sus secreciones dejaban un olor nauseabundo. Para hacer las cosas más graves, su picadura ocasionaba a veces una pequeña verruga inflamada que causaba comezón y su tasa de reproducción era muy rápida –podían multiplicarse en tan poco tiempo como un mes y generalmente cada chinche producía tres o más generaciones en un año.

Los pobladores estaban convencidos de que los equipos de rociadores eran conscientes de los efectos venenosos del insecticida e intencionalmente provocaban la proliferación de chinches resistentes al DDT. Aunque la transmisión de patógenos a los humanos por parte de las chinches es muy difícil, una preocupación de la gente de Quiotepec era que, al igual que los *Anopheles*, también podrían transmitir enfermedades. Al día siguiente, Matías Velasco regresó al poblado con el apoyo del presidente de la municipalidad, funcionario oficial ligado al gobierno central del país de más alto rango –a pesar de que no siempre eran las personas ni las autoridades más reconocidas en las

¹¹⁸ “Pablo Díaz Hernández a Juan Canales Cirilo”, 23 de agosto, 1959, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6; “Carta de Marcial Matías Velasco, jefe de Brigada Sector 6. Oaxaca”, 20 de agosto, 1959, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6.

comunidades indígenas–, y el maestro de la escuela, ambos mestizos; es decir no eran indígenas y, por lo tanto, existía cierta desconfianza hacia ellos.¹¹⁹ No obstante sus enérgicos llamados a los pobladores para que colaboraran en las operaciones de rociado, nadie salió de sus casas. Incluso los notificadores locales se excusaron o se ausentaron del lugar; algunos argumentaban que su vida estaba en peligro si colaboraban con la CNEP, por la oposición radical a la campaña de parte de los habitantes.

Después de buscar a las personas en las chozas de Quiotepec, Matías Velasco increpó a Manuel Correa, el principal funcionario municipal después del presidente, el que se defendió explicando que la gente creía que el DDT –conocido como “el polvo”– contenía huevos de chinches y que al rociarlo simplemente incrementaba la población de insectos sin ningún otro efecto benéfico para la comunidad. Inclusive en su declaración, Correa acusó a las autoridades de la CNEP de engañarlo al enviarle un insecticida ineficaz y sugirió un cambio radical en la campaña: erradicar las chinches en lugar de los *Anopheles*. Matías Velasco y los rociadores se sorprendieron y prestaron poca atención a estas explicaciones, porque les parecían ilógicas e insensatas, y trataron de rociar la casa de Correa para que fuese un ejemplo. Ni siquiera esto pudo ser hecho debido a la oposición del dueño. El funcionario municipal maldijo a los trabajadores de la CNEP y les impidió el rociado diciendo: “Lo que ustedes quieren es únicamente chinchar al pueblo, como siempre lo ha hecho el gobierno”.¹²⁰ Sus palabras evocan la tradicional desconfianza de las autoridades de lugares pobres y remotos al poder central, que era común, porque nunca se sentían totalmente identificadas con el Estado, ya fuera porque estaban mal pagadas ya porque la ideología o la cultura estatal y su afán de extender su autoridad no la tenían interiorizada. Poco después, los trabajadores de la CNEP se dirigieron a otras casas en la aldea con el fin de

¹¹⁹ Este asunto se discute en Pablo González Casanova, *La democracia en México*, México, Era, 1967, p. 42.

¹²⁰ “Pablo Díaz Hernández a Juan Canales Cirilo”, 23 de agosto, 1959, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6; “Carta de Marcial Matías Velasco”, 20 de agosto, 1959, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6.

usar el DDT y obtuvieron poco éxito. Al final, sólo 20 de las 105 casas del poblado pudieron ser rociadas.

Pocos días después, un funcionario más importante que Velasco visitó el poblado nuevamente para implementar el rociado. Correa le exigió que le mostrara un decreto del gobierno de México que específicamente dijera que la gente de Quiotepec tenía que dar sus casas para que fueran rociadas con DDT. Aunque el funcionario de la CNEP estaba preparado y le mostró el decreto presidencial de 1956, la evidencia no fue convincente para el funcionario municipal porque argumentó que se refería a México en general, pero no a la localidad específica donde vivía. Para los funcionarios oficiales esta respuesta revelaba la falta de identificación, como sucedía en muchas otras comunidades, con los intereses y objetivos nacionales diseñados por el Estado. En un tono más agresivo que el que tuvo antes, Correa se rehusó a firmar un documento elaborado por los trabajadores de salud, donde se reconocía su oposición a las autoridades sanitarias y, en cambio, acusó a los miembros de la CNEP de ser parte de una conspiración del gobierno contra los campesinos pobres, acusándolos de que sólo querían “chingar” a la gente, añadiendo otra vez que “siempre lo había hecho el gobierno”. En un tono más calmado confesó que su oposición se debía también al temor a ser asesinado por “los indios”, si ayudaba a la CNEP —lo cual sugiere que era, como muchas autoridades municipales rurales, un mestizo—. ¹²¹ Su repetido uso del fuerte verbo chingar, que era una forma de maldecir, tuvo una especial connotación debido a que estaba dirigido contra una intervención oficial que le parecía intolerable, insoportable.

La apelación a la autoridad del gobierno federal, en casos de resistencia abierta, fue repetida una y otra vez conforme avanzaba la campaña y no se conseguían los objetivos propuestos. Por ejemplo, en Guerrero, donde la oposición al rociado había sido tenaz en algunas áreas, un panfleto de mediados de los años sesenta comenzaba diciendo

¹²¹ “Acta de la Reunión Acata Quiotepec, 22 de agosto 1959”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6; “Pablo Díaz Hernández a Juan Canales Cirilo, [jefe de la Zona V CNEP], 23 de agosto, 1959”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6.

que por decreto presidencial “su casa” sería rociada con insecticidas y era firmado por la Secretaría de Salud. Cada vez más, los trabajadores sanitarios tuvieron que apoyarse en este tipo de argumentos y en la fuerza pública para reforzar su presencia y acciones en el campo.¹²² Otra indicación de la necesidad de persuadir a los pobladores de la importancia de aceptar la erradicación fue la emergencia, a fines de la década de 1960 y comienzos de la de 1970, de una serie de carteles y folletos que sugieren medios para sobreponerse a la desconfianza. Estos materiales buscaban el consentimiento con frases que apelaban a la amistad entre el campesino y el fumigador, incidían en la importancia de abrir la casa a estos últimos y solicitaban dar muestras de sangre sin resistencias.¹²³ A pesar de ello, persistió el recelo y la oposición de algunas autoridades municipales rurales.¹²⁴

En otras localidades, los pobladores creían que brigadas de rociadores descuidados y deshonestos estaban quedándose con el DDT “auténtico”, o realmente eficaz, y lo sustituían con un producto de menor calidad probablemente para hacer negocio. Ejemplos parecidos de sospecha y desconfianza sobre la naturaleza de los insecticidas utilizados produjeron oposiciones desafiantes, debido a la proliferación de chinches; incluso se registraron ataques a las brigadas de rociadores en Cuicatlán, Oaxaca, y en Morelia.¹²⁵ En el estado predominantemente indígena de Guerrero, las autoridades de la CNEP reconocieron que rociadores inescrupulosos habían estado pidiendo alimentos o un pago por su trabajo a los campesinos, quienes los denunciaron.¹²⁶ Estos incidentes

¹²² “Aviso al Público: por Acuerdo Presidencial su casa será rociada con insecticidas”. La hoja fue adjunta a la carta enviada por Filemón Ramírez [Zona 9] a CNEP, 5 de octubre, 1966, solicitando más de 85 000 copias de estos materiales, AHSS, SSA, serie CNEP, caja 2, exp. 6.

¹²³ “Filemón Ramírez Huanosto a CNEP”, 28 de noviembre, 1972, AHSS, SSA, serie CNEP, sección Zona 9, caja 2, exp. 6.

¹²⁴ Ernesto Guzmán Clark, “Participación de la autoridades municipales en la solución de los problemas de salud pública”, *Boletín de la Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública*, v. 6, n. 3, 1971, p. 36-40.

¹²⁵ “Brigada antipalúdica atacada en Oaxaca”, 18 de marzo, 1957, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 5, caja 1, exp. 2.

¹²⁶ “Editorial”, *Boletín CNEP, Zona 9*, enero, 1961, p. 2, AHSS, SSA, serie CNEP, sección Zona 9, caja 1, exp. 2.

fueron parecidos al rechazo indígena que se había producido, años antes, a campañas sanitarias como la vacunación contra la viruela.¹²⁷ Una enfermera norteamericana que trabajaba en Oaxaca en los años cincuenta con ironía registró en sus memorias una creencia enraizada en Cuicatlán, cuando escribió que las chinches “se subían por las sillas y caían de las vigas de los techos. Supe de un valle entero que estaba infectado de chinches. El rociado antimalárico no había tocado ni un pelo de sus cuerpos”.¹²⁸ La preocupación por estos insectos hizo que la gente de algunos lugares lavara o cubriera con yeso las paredes después de que los rociadores se iban, o que contravinieran las recomendaciones de la CNEP de no dormir fuera de sus casas –muchos lo hacían no nada más por el calor sino para estar lejos de las chinches–. Para los funcionarios de la CNEP, estas acciones anulaban los efectos esperados del insecticida.¹²⁹

En un principio, la CNEP tenía poco que decir con respecto a las chinches y negó que hubiese una relación entre su proliferación y el DDT.¹³⁰ De acuerdo con los funcionarios de salud, el insecticida no incrementaba la población de estos insectos, sólo los hacía salir de sus escondrijos. Inicialmente la explicación médica era que el insecticida, al ser un elemento irritante para estos animales, incrementaba la “movilidad” dando la impresión de una creciente infestación. Para la CNEP, las chinches podían ser eliminadas fácilmente con una buena higiene y control doméstico, mediante acciones como la limpieza general del hogar, tapando las rajaduras en las paredes y aplicando kerosén a las superficies donde se paraba el insecto, tales como los marcos de las puertas y ventanas.¹³¹ Al contrario de lo que la propaganda oficial siempre

¹²⁷ Mencionado en “Informe de la situación sanitaria que prevalece en la actualidad y los recursos que se cuentan en el estado de Oaxaca, 1978”, p. 46, AGEO, *Poder Ejecutivo del Estado*, sección Dirección General de Gobernación, serie Secretaría General del Despacho, exp. 281.

¹²⁸ Lini de Vries, *The People of the Mountains, Health Education among Indian Communities in Oaxaca, Mexico*, Cuernavaca, Centro Intercultural de Documentación, 1969, p. 101.

¹²⁹ Emilio J. Pampana, *A Textbook of Malaria Eradication...*, p. 365.

¹³⁰ “Márquez Escobedo a Antonio E. Izaguirre”, 3 de enero, 1959, AHSS, SSA, serie CNEP, sección Zona 4, caja 1, exp. 6.

¹³¹ “¿Aumenta el rociado los chinches?”, *Boletín Zonal Mensual de la CNEP Zona 2*, n. 8, año 2, febrero, 1960 [sin día del mes], p. 2, AHSS, SSA, sección CNEP,

repetía al comienzo de la campaña, los funcionarios de salud afirmaron que el fin último de la erradicación de la malaria era eliminar el *Plasmodium*, no el *Anopheles*. Más aún, se empezó a enfatizar que éste y otros insectos como las chinches aún existirían después de la campaña,¹³² declaración que desconcertó a muchos pobladores.

Algunos años después, científicos descubrieron que las quejas populares tenían razón. Luego de algunos años de rociado del DDT, las chinches desarrollaban resistencia al insecticida, como lo hacían otros insectos y multiplicaban su población. Una situación parecida ocurrió en Estados Unidos también. Según un escritor no académico de este país, el DDT estaba transformando a los ácaros en insectos “Frankenstein”, los cuales no morían con los insecticidas y provocaban otras “pestes”, y todo esto era hecho sólo para beneficiar a la industria química agrícola de fertilizantes.¹³³ Con el tiempo, la infestación por chinches se convirtió en un asunto crítico de la erradicación de la malaria en México produciendo atrasos, un incremento de los días de trabajo necesarios para las operaciones de rociado y desprestigiando toda la intervención sanitaria. Inclusive, el énfasis dado por la CNEP a la higiene no era muy eficiente porque, contrario a lo que sucede con las cucarachas que se alimentan en parte de la suciedad, el grado de limpieza de una vivienda no tiene que ver mucho con la proliferación de chinches. Como resultado de ello, abierta o encubiertamente, alguna gente empezó a rehusarse a cooperar con los rociadores respecto a ciertas medidas, como vaciar las casas de los muebles y otros enseres o proporcionar agua para el rociado.

En 1962, Vargas, uno de los más importantes científicos de la erradicación mexicana de la malaria, decidió intervenir. Puso en marcha un proyecto orientado a identificar el mejor medio para controlar a las chinches y entrenar a entomólogos que pudieran identificarlas y regularlas de manera fácil –algo que previamente no se había hecho–. La tarea era difícil debido a que las habitaciones cálidas de los seres

serie Zona I, caja 1, exp. 3; “Acta, San Juan de Coyula, Municipio de Cuicatlán”, 10 de enero, 1960, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 8, caja 1, exp. 6.

¹³² “Carlos Ruz Dávila [jefe de Zona 2] a CNEP [sin nombre]”, 22 de marzo, 1960, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 2, caja 1, exp. 6.

¹³³ Paul R. Ehrlich, *The Population Bomb*, Nueva York, Ballantine Books, 1971, p. 31.

humanos proporcionaban un hábitat ideal para estos insectos, los cuales podían ser transportados en la ropa o esconderse en los muebles y en las camas. La falta de preparación de la CNEP y una perspectiva ingenua fue evidente algunos años después, cuando Vargas publicó un artículo en el que consideraba a las chinches una complicación seria pero sólo en función de las “relaciones públicas” del programa de erradicación; es decir, algo que podría ser solucionado con actividades educativas y la diseminación de “información científica”.¹³⁴ Durante mediados y fines de los años sesenta, los retos populares y médicos de la erradicación de la malaria fueron creciendo. Al mismo tiempo, el contexto político en el que se había apoyado la campaña internacional al empezar también cambió.

Una campaña en declive

Desde 1960, los erradicadores de la malaria en México y a escala internacional recurrieron a un eufemismo para minimizar la complejidad de los problemas a los que se enfrentaba la campaña en algunas zonas que fueron llamadas “áreas problema”. Luego de cuatro años de intensa cobertura del país con insecticidas de acción residual, la fase de “ataque” había acabado y la de “control” estaba casi completa, pero en realidad sólo se habían alcanzado progresos verdaderos en tres cuartos del área malárica. Éste era un resultado inesperado porque la aplicación del diseño original implicaba que después de cuatro años todo el país estaría en la fase de “consolidación”, es decir, en una etapa cuando ya no deberían existir *Anopheles* infectados, ni casos humanos de fiebre que pudiesen llevar el *Plasmodium* en su sangre. Sorprendentemente, la transmisión persistió en bolsones de las zonas que quedaron con malaria –“áreas problema”– y el rociado tuvo que ser mantenido para asegurar el control de la enfermedad. Aunque no hubo una investigación

¹³⁴ Luis Vargas, “Anteproyecto para un programa de la CNEP de combate contra las chinches, 25 octubre 1962”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 8, exp. 1; “La interpretación epidemiológica del paludismo, con énfasis en campañas de erradicación”, *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social*, v. 28, n. 4, 1963, p. 341.

exhaustiva de la naturaleza del asunto, la mayoría de los informes médicos enfatizaba que las dificultades en estas áreas eran de naturaleza eminentemente técnica y administrativa, estaban focalizadas y sin peligro de crecer, y tendían naturalmente a decrecer.

Sin embargo, en poco tiempo las “áreas problema” en México fueron extendiéndose. Según los expertos, la principal causa era la resistencia del mosquito *A. albimanus*, tanto al DDT como al Dieldrin. Casi al mismo tiempo fue registrada resistencia a este último para el *A. pseudopuntipennis*. Como resultado de ello, los insecticidas de acción residual fueron parcialmente inefectivos contra los dos principales vectores del país.¹³⁵ Para empeorar las cosas, algunas especies de *Anopheles* eran capaces de penetrar las casas rociadas con DDT, picar a sus víctimas y volver a salir fácilmente sin tener contacto con el insecticida porque las paredes estaban hechas de cañas y palos. Nuevos eufemismos se ensayaron para denominar a este tipo: se trataba de una “conducta errática” de mosquitos “evasivos”. Sin embargo, los eufemismos no pudieron evitar que se erosionara uno de los principales supuestos de la erradicación de la malaria: que los mosquitos siempre descansarían en las paredes o superficies cercanas a sus víctimas.¹³⁶ Otra dificultad técnica fue que el frecuente uso de insecticidas desgastaba más de lo pensado la boca de las bombas de rociado. Para colmo, algunos rociadores echaban demasiado insecticida, haciendo que las operaciones fuesen a la larga más costosas, o rociaban muy poca cantidad, lo que no servía para cubrir, por lo menos, las paredes con suficiente producto.¹³⁷ Ello revelaba que muchas veces su entrenamiento había sido dictado por la inmediatez.

¹³⁵ En 1958, un biólogo de la OMS advirtió el tema de la resistencia al DDT y al Dieldrin, véase Anthony William A. Brown, *Insecticide Resistance in Arthropods*, Ginebra, World Health Organization, 1958.

¹³⁶ A. Martínez-Palacios y J. De Zulueta, “Ethological Changes in *Anopheles pseudopuntipennis* in Mexico after Prolonged Use of DDT”, 12 de mayo, 1964, WHO/Mal/449, WHO Library, Ginebra; Luis Vargas, “Las casas y la transmisión del paludismo”, *Boletín Epidemiológico*, n. 20, 1956, p. 160-166.

¹³⁷ R. W. Babione, “Special Technical Problems in malaria eradication in Latin America, February 6 1964”, World Health Organization. Disponible en <<http://whqlibdoc.who.int/malaria/WHO-Mal-430.pdf>>. Fecha de consulta: 15 de agosto de 2005.

La resistencia de los *Anopheles* a los insecticidas empezó con fuerza en la zona sudoriente de Chiapas, cerca de la frontera con Guatemala, en un área que recién se había vuelto adicta a los pesticidas que se usaban en el cultivo comercial del algodón y que contribuían a crear resistencia entre los *Anopheles*. Asimismo, ésta era una región de México que recibía un número significativo de inmigrantes que provenían precisamente del campo del norte de Guatemala, una de las regiones más pobres de ese país centroamericano.¹³⁸ Muchos de ellos eran atraídos por la agricultura de Chiapas, donde el desarrollo de los cultivos de exportación –ya fueran permanentes, como el plátano, o estacionales, como el algodón y el café– requerían de mucha mano de obra,¹³⁹ a la que se le podía pagar y tratar peor, como muchas veces sucedía con los mexicanos en Estados Unidos. Algunos de los inmigrantes guatemaltecos también huían de la terrible violencia política que atravesaba ese país desde 1960, cuando inició la guerra civil entre los insurgentes y el gobierno, conflicto que continuó en los siguientes años y que en la década de 1970 fue especialmente intenso en la zona serrana maya de Guatemala, donde se produjeron matanzas, desapariciones y asesinatos extrajudiciales. Algo parecido ocurrió con los inmigrantes salvadoreños que escapaban de la violencia política y de un territorio donde la malaria estaba extendida. A comienzos de la década de 1970, El Salvador era el país que presentaba las más altas tasas de malaria en las Américas, llegando a 2 074 por cada 100 000 habitantes.¹⁴⁰ En años posteriores, inmigrantes campesinos salvadoreños arribaban a campamentos improvisados en territorio mexicano, con pobres condiciones sanitarias. Según un estudio, alrededor de 200 00 refugiados y desplazados guatemaltecos y 100 000 salvadoreños llegaron a Chiapas entre los años de 1981 a 1986.¹⁴¹

¹³⁸ Douglas Murray, *Cultivating Crisis, the Human Cost of Pesticides in Latin America*, Austin, University of Texas Press, 1994, p. 18.

¹³⁹ Mauricio Ortega Gutiérrez, *Paludismo y economía campesina*, San Cristóbal de las Casas, UNAM, 2000, p. 51.

¹⁴⁰ Citado en Saúl Franco Agudelo, *El paludismo en América Latina*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1990, p. 254.

¹⁴¹ Pablo González Casanova, “Un gran fiasco en el control del paludismo. El caso de Chiapas, México”, *Revista del Centro de Investigaciones Humanísticas sobre Mesoamérica y el Estado de Chiapas*, n. 3, p. 45.

Desde los años sesenta, Centroamérica se convirtió en un mercado emergente para los productores de pesticidas y los agricultores comerciales de algodón, que en general usaban químicos que no se utilizaban más y estaban hasta prohibidos en los países industrializados, debido a su impacto tóxico en el medio ambiente.¹⁴² Más grave aún era el hecho de que Guatemala tenía mucha malaria en sus áreas rurales, sus servicios de salud eran precarios y su programa de erradicación estaba más atrasado que el de México. El uso indiscriminado del DDT y de pesticidas en los sistemas agrícolas centroamericanos, un incremento de la migración campesina de Guatemala hacia el sur de México y la deforestación para abrir nuevas áreas para el desarrollo de cultivos incrementaron las regiones maláricas de Chiapas. Ello también levantó dudas acerca de si la erradicación de una enfermedad podía ser sólo un acontecimiento nacional, como muchas veces lo suponía la CNEP.¹⁴³ El número de inmigrantes guatemaltecos creció durante los años setenta y comienzos de los ochenta. Un indicador de la relevancia de la frontera mexicano-guatemalteca fue que desde la década de los setenta más de la mitad de los casos de malaria en el estado de Chiapas ocurría en municipalidades mexicanas ubicadas cerca de la frontera con Guatemala.¹⁴⁴

¹⁴² Douglas Murray, *Cultivating crisis...*; David Bull, *Growing Problem; Pesticides and the Third World*, Oxford, OXFAM-Birmingham-U.K. Third World Publications, 1982.

¹⁴³ El problema fue discutido en una reunión de ambos países en mayo de 1960, "Report of Noé Camacho Camacho, May 7, 1960 a Secretaría de Salubridad", AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 4, caja 2, exp. 3; "Asociación Mexicano-Guatemalteca de Salud Pública. Primera reunión anual, 13-14 enero, 1961, Chiapas", AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 4, caja 2, exp. 3. Sobre migración, véase Servicios Coordinados de Salud Pública de Campeche, "Consideraciones sobre factores humanos para la erradicación del paludismo", *Salud Pública de México*, v. 8, n. 3, 1966, p. 379-382; Mansell R. Prothero, "Malaria in Latin America: Environmental and Human Factors", *Bulletin of Latin American Research*, v. 14, n. 3, 1995, p. 357-365; Rafael Moreno Valle y Guillermo Suárez Torres, "Evolución del paludismo en la frontera mexicano-guatemalteca en 1964 y plan de acción para 1965", *Salud Pública de México*, v. 7, n. 1, 1963, p. 33-38.

¹⁴⁴ David C. Halperin Frisch y Homero de León Montenegro, *México-Guatemala, Salud en la Frontera Guatemala-México*, San Cristóbal de las Casas, El Colegio de la Frontera Sur, 1996.

Como resultado de lo anterior, desde mediados de 1960 secciones de Oaxaca y sucesivas regiones de México, donde se suponía que la malaria estaba desapareciendo, fueron “perdidas” para los erradicadores; es interesante mencionar cómo el término “perdido” fue otro eufemismo que tenía similitudes con un lenguaje militar. Desde un punto de vista epidemiológico, la malaria se reestableció –usualmente con una transmisión baja pero insidiosa– en áreas que tenían que regresar a la etapa de “ataque”, lo que significaba reiniciar las labores con una cobertura completa de rociado con insecticidas. El incremento en el número total de casos de malaria es claro en las siguientes cifras: 11 700, en 1961, y 16 700, en 1963.¹⁴⁵ La mayoría de ellos se encontraba dispersa en pequeñas localidades rurales de menos de 500 habitantes y con pobres sistemas de comunicación y transporte, y menos información de lo que estaba ocurriendo en el resto del país.¹⁴⁶ Todas estas condiciones hacían el trabajo mucho más difícil.

Para enfrentar los problemas, la CNEP desarrolló unos cuantos programas piloto que ensayaron un calendario de rociado más frecuente, cada cuatro meses en lugar de los seis inicialmente previstos. Asimismo, implementó un intenso esquema de tratamiento llamado de cura radical, que consistía en la administración diaria y supervisada de dosis de medicina a enfermos de fiebre recurrente, para evitar el problema de la falta de adherencia al régimen de los medicamentos, un examen más detallado de las muestras de sangre y una búsqueda cuidadosa, casa por casa, para ver si existían personas con fiebres que debían ser tratadas. La regla que requería que todo trabajador de salud tomara como forma de prevención las píldoras de medicinas antimaláricas dos veces a la semana, fue implementada relajadamente al comienzo de la campaña, pero luego empezó a ser aplicada con mayor rigor. En un esfuerzo por intensificar el tratamiento en sitios remotos, donde los pobladores

¹⁴⁵ Lafe R. Edmunds [Malaria Eradication Branch, Pan American Health Organization], “Observations on the Biology of *Anopheles pseudopuntipennis* and *Theobald* and its Relationship at the Transmission of Malaria in Mexico”, p. 10, 1966, proyecto oficial, WHO Archives, caja WHO7.0079, exp. México 1966.

¹⁴⁶ J. de Zulueta y C. Garret-Jones, “An Investigation of the Persistence of Malaria Transmission in Mexico”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 14, n. 1, 1965, p. 63-77; Luis Vargas, “El tamaño de la localidad...”

tenían escaso contacto con la medicina occidental y pocas razones para adherirse a un tratamiento largo, los miembros de la CNEP permanecían cerca de sus pacientes durante los 14 días requeridos para la administración diaria de Primaquina, medicina utilizada para tratar y prevenir la malaria *vivax* en los programas de cura radical.¹⁴⁷

Uno de los proyectos piloto fue el Plan de Tratamientos Colectivos Antipalúdicos (PTCA), que se llevó adelante en Pochutla, al sur de Oaxaca, región de valles angostos que constituía una barrera natural para las buenas comunicaciones y el trabajo sanitario.¹⁴⁸ El mismo nombre del plan contenía ciertas contradicciones porque combinaba un énfasis en las actividades preventivas basadas en la comunidad y el tratamiento individual, dos temas que generalmente son separados en el pensamiento y la práctica de la salud pública. Los miembros del PTCA visitaron 727 pueblos y trataron a 75 000 individuos con pastillas de Primaquina. Para 1963, más de 92 000 pacientes mexicanos habían recibido esta medicina.¹⁴⁹ Asimismo, el Plan de Responsabilidad Individual Antimalárico (PRIAL) se empezó a ejecutar en zonas del estado de Morelos, donde los trabajadores sanitarios eran responsables de la supervisión y la recuperación de casos específicos de enfermos de malaria, en áreas de trabajo que estaban muy bien delimitadas. Se esperaba inculcar en la propia población mayor responsabilidad en el trabajo sanitario de distribución de medicinas, dándole una nueva dimensión a la participación comunitaria. Nuevamente, el tratamiento parecía más importante que el énfasis inicial en la prevención que había predominado cuando la campaña de erradicación de la malaria se inició.

El nombre de este segundo plan sugería que eran los trabajadores de salud y la población los responsables de las fallas de la campaña. Esta tendencia de culpar a los ejecutores y a las víctimas en el ámbito

¹⁴⁷ “Enmienda No 1 al plan tripartita de operaciones para un proyecto de erradicación de la malaria en México”, 18 de marzo, 1959, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 1, exp. 10.

¹⁴⁸ Guillermo Suárez Torres, “Incremento de la lucha antipalúdica en el estado de Oaxaca”, en *Boletín de la Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública*, n. 5, p. 22.

¹⁴⁹ Por Ignacio Gómez Mendoza, director de Epidemiología de la CNEP, el documento SW titula “WHO/MAL/527.65 1965”, WHO Archives, caja WHO7.0079, exp. 1965.

local se incrementó en los años siguientes y sirvió para difuminar la responsabilidad de los mandos medios y de las autoridades.¹⁵⁰ La CNEP empezó a enjuiciar el trabajo de campo “relajado” y la falta de disciplina como un asunto administrativo “serio”. Igualmente, criticó a los notificadores por ser elementos de la campaña que no siempre daban informes fidedignos –en los que tanto habían confiado al comienzo–. Una acusación común –que posiblemente haya tenido algo de verdad– era que los rociadores y los notificadores con frecuencia enviaban muestras de sangre que no siempre eran útiles.¹⁵¹ Parte del problema venía del entrenamiento rápido que habían recibido y de la ausencia de un método uniforme para examinar las muestras en el mismo momento en que se tomaban, lo que requería el envío de láminas a laboratorios regionales. Como es de esperarse estas láminas llegaban no siempre en buen estado.

El intenso tratamiento “radical” fue la causa de nuevos casos de resistencia en Oaxaca; ello debido a que la Primaquina producía náuseas y mareos, además de –en algunos individuos– reacciones alérgicas. Esta medicina era contraindicada para personas que sufrían artritis reumatoide; causaba vómitos y calambres en el estómago si se ingería una sobredosis. Más aún, rumores populares, sin fundamento, magnificaban los daños colaterales de la droga haciendo más difícil la labor de la CNEP.¹⁵² Para enfrentarse a esta resistencia, políticos locales y

¹⁵⁰ G. G. Gramiccia, Jefe ME/EA “Reporton a Visit to America (8 August-2 September 1966)”, WHO Archives, caja WHO7.0079, exp. México 1966. Además, Rafael Moreno Valle y Guillermo Suárez Torres, “La erradicación del paludismo en México. Informe de actividades en 1964”, *Salud Pública de México*, v. 8, n. 1, 1966, p. 83-97.

¹⁵¹ “Tabla 2: Número de localidades clasificadas según su población: Número de notificantes existentes y número de notificantes productivos, evaluación epidemiológica. Enero 1957-Junio 1960”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 44, exp. 8; “Editorial: El Informador”, *Boletín CNEP Zona 1, Mérida Yucatán*, febrero, 1961 [sin número], AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 1, caja 1, exp. 3. El problema de recursos y materiales insuficientes ya había sido mencionado antes, “Horwitz a Robert L. Davee”, 24 de octubre, 1960, “Program for malaria eradication in Mexico. Project Files”, WHO Archives, caja WHO10/4, exp. México 200.

¹⁵² “CNEP para autoridades de Pochutla, Oaxaca, 1962” y “Circular de vicario general Guillermo Álvarez Varela a señores párrocos de Pochutla, 31 octubre, 1960”,

autoridades religiosas exigían a comunidades enteras cooperar disciplinadamente. Una carta dirigida a la población pedía que éste fuera apoyado, apelando al paternalismo común de los programas estatales y sugiriendo que debía superarse la sospecha sobre las intenciones de las autoridades sanitarias: “¡No desconfíen de nosotros!”, y agregaba que “su” gobierno nunca haría daño a sus ciudadanos.¹⁵³

Hacia mediados de los años sesenta, las complicaciones a las que se enfrentaba la campaña en México se intensificaron y el entusiasmo de los políticos, así como el de algunos líderes sanitarios mexicanos e internacionales, se empezó a desvanecer. La impresión inicial de las “áreas problema”, o donde meramente asuntos técnicos y administrativos eran la causa del fracaso del plan inicial, empezó a ser cuestionada. Desde una perspectiva social, otros obstáculos socioeconómicos señalados por García Manzanedo, Kelly y Villalobos se hicieron patentes para explicar las dificultades: la miseria rural, la condición primitiva de las viviendas rurales, la existencia de lugares temporales para dormir en los diferentes campos de cultivo y los grupos nómadas e inmigrantes que se movían entre las áreas del programa, entre zonas consideradas en “ataque”, a regiones que iban a entrar a la etapa de la “consolidación”.¹⁵⁴ Al hacerlo, se suponía que los inmigrantes reintroducían el *Plasmodium* ahí donde se había casi eliminado.

Un factor político importante fue la tradición de discontinuidad sanitaria, es decir, la falta de consistencia en el trabajo de salud pública. Cuando la malaria declinó se produjo cierta sensación de complacencia. Se volvió difícil persuadir a los políticos y a jóvenes trabajadores sani-

WHO Archives, serie Malaria Research Collection, caja WHO7.0079, exp. México 1961-1963; Murray C. Morgan, *Doctors to the World...*, p. 16; M. Cahn y E. Levy, “The Tolerance to Large Weekly Doses of Primaquine and Amodiaquine in Primaquine-Sensitive and non-Sensitive Subjects”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 11, 1962, p. 605-606.

¹⁵³ Martín Baranda López, “Pochutla, Oaxaca 18 Octubre 1962”, WHO Archives, serie Malaria Research Collection, caja WHO7.0079, exp. México 1961-1963.

¹⁵⁴ El borrador de 1966 estuvo a cargo de la OPS, Lafe R. Edmunds, “Observations on the Biology of *Anopheles pseudopuntipennis pseudopuntipennis* and its Relationship at the Transmission of Malaria in Mexico”, 1966, proyecto oficial, p. 10, WHO Archives, serie Malaria Research Collection, caja WHO7.0079, exp. México 1966.

tarios, entusiasmados por alcanzar un éxito inmediato y que nunca habían experimentado los estragos de brotes maláricos, de la necesidad de mantener con rigidez la disciplina en algo que ya no era percibido como una emergencia. Los políticos locales pensaban que era exagerado conservar un estricto rigor erradicacionista cuando ya no habían brotes epidémicos. Según algunos médicos, esta postura era similar a la de un paciente descuidado, que después de haber tomado su receta de antibióticos indicada por un médico para cumplirse por una semana, la abandonaba a los pocos días apenas sentía una mejoría en su salud. La metáfora implicaba un mensaje: tanto el paciente como el país irían a empeorar después del bienestar temporal por culpa de su desidia.

Un obstáculo para la continuidad de la erradicación de la malaria fue la fragmentación del sistema de salud pública. En muchas áreas rurales no existían organizaciones médicas permanentes que mantuvieran el trabajo sanitario, una vez que los rociadores se iban. La población rural tenía poco acceso a hospitales, centros de salud o postas médicas, y en algunas regiones no existía ningún servicio médico oficial.¹⁵⁵ El programa de erradicación perdió legitimidad entre los habitantes de las ciudades cuando aparecieron casos de transmisión accidental, debido a las transfusiones de sangre en los hospitales.¹⁵⁶ Este tipo de malaria por transfusión ocurría entre habitantes urbanos que nunca habían estado en el campo o expuestos a los vectores de la enfermedad. Aunque el número de casos fue reducido, el incidente reveló una brecha en el sistema de salud: poco se hacía o de hecho podía hacerse para examinar y tamizar a los donantes de sangre, que frecuentemente venían de áreas pobres y que ignoraban o escondían sus males porque casi siempre estaban motivados por el pago que, por lo general, recibían. Un experto médico mexicano “confesó” en 1962 que la densidad de parásitos de la malaria en un donante infectado podía ser baja e indetectable, y que en

¹⁵⁵ “Rural Health Services in Latin America”, *WHO Chronicle*, v. 22, n. 6, 1968, p. 249-253.

¹⁵⁶ Véanse Luis Vargas, “Notas sobre la transfusión sanguínea y el paludismo inducido en México”, *Salud Pública de México*, n. 14, 1972, p. 353-363; L. J. Bruce-Chwatt, “Transfusion Malaria”, *Bulletin of the World Health Organization*, v. 50, 1970, p. 337-346.

realidad no existían sistemas perfectamente eficaces y adecuados para examinar la presencia de *Plasmodium* en todas las bolsas de sangre donada de los hospitales.¹⁵⁷ El comentario es pertinente para ver que, entonces, casi nadie pensaba aún en la bioseguridad del manejo sanguíneo en los establecimientos de salud.

Después de su creación a mediados de los años cincuenta, el Plan Tripartito para la Erradicación de la Malaria fue relanzado por la UNICEF, la OSP y la Secretaría de Salud mexicana. Se planificó un nuevo comienzo para 1963, cuando algunos expertos insistían en que la erradicación era todavía posible a pesar de las dificultades. Uno de ellos fue Russell, que editó la segunda impresión de su libro *Practical Malariaology* ese mismo año.¹⁵⁸ El nuevo plan quinquenal de 1963 enfatizaba un ataque más intenso, así como una supervisión más cuidadosa, y establecía el año de 1968 como el nuevo plazo para eliminar la enfermedad. Una innovación fue que se trató de adecuar el programa a las distintas zonas ecológicas y epidemiológicas de México. Según el nuevo plan, dos limitaciones financieras del esfuerzo previo habían sido que los recursos económicos no fueron anticipados de manera adecuada y el hecho de que, en parte para solucionar los anterior, el gobierno de México había gastado mucho más que los aportes de las agencias internacionales: aproximadamente 70% del costo total de la campaña. En el plan de 1963, el presupuesto para la campaña fue estimado en 748300000 pesos, pero se estableció que casi la mitad se tenía que obtener del extranjero. Tratando de superar las dificultades y la desilusión causada porque los objetivos iniciales no se habían alcanzado en las fechas previstas, el plan presentaba un dilema al gobierno: continuar con presupuestos insuficientes por un periodo no determinado de varios años o brindar las sumas necesarias para realizar bien el trabajo en menor tiempo.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Rolando Medina Aguilar, *El banco de sangre, organización, funcionamiento, legislación*, México, Prensa Médica Mexicana, 1963, p. 125.

¹⁵⁸ “Enmienda No. II al Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Erradicación del Paludismo de México, 7 febrero, 1963”, firmado por el gobierno, UNICEF y la OPS, AHSS, SSA, serie CNEP Dirección, caja 1, exp. 10.

¹⁵⁹ “Informe preparado por el secretario de Salubridad y Asistencia, febrero 1963”, AHSS, SSA, sección Subsecretaría de Salubridad y Asistencia, caja 35, exp. 2.

El monto necesario nunca pudo ser obtenido. Hacia 1966, el programa mexicano de erradicación de malaria, que alguna vez era considerado el modelo para el resto de los países en vías de desarrollo, fue juzgado por funcionarios sanitarios internacionales “en un estado de estancamiento” e inclusive en un proceso de franco deterioro en algunas áreas. Algo más fuerte expresó el chileno Abraham Horwitz, el nuevo director de la OSP que reemplazó a Soper, quien declaró que trataría de “salvar” el programa, que se encontraba en un “punto muerto”, aunque en realidad para él ya no era una prioridad porque pensaba promover un desarrollo más integral de los proyectos sanitarios hemisféricos.¹⁶⁰ En 1966, las esperanzas que quedaban de erradicar la malaria en Latinoamérica parecieron desmoronarse con un brote epidémico en Paraguay, el que llegó a tener en poco tiempo 33 000 casos.¹⁶¹ Dos años más tarde se desprestigió incluso más la reputación del programa en el extranjero cuando 1 000 000 de personas de Ceilán, que había sido uno de los modelos en los que se inspiró la campaña internacional de erradicación, contrajeron malaria.¹⁶² Aunque es un dato algo posterior, es significativo mencionar que en una reunión especializada, realizada en 1970, se informó que existían registros de 344 027 casos de malaria en la región.¹⁶³ En ese mismo año, India —que había contado con otro proyecto mostrado como ejemplar por la OMS— registró 5 000 000 de personas viviendo con malaria.

Los eventos que precedieron a estas cifras dramáticas ya eran conocidos por los expertos. Por ello la Asamblea Mundial de Salud de la OMS, de 1969, que se realizó en Boston, revirtió la política de erradicación y aprobó una disposición que estableció una tensa e irresuelta coexistencia entre el control y la erradicación.¹⁶⁴ Otra resolución tuvo

¹⁶⁰ “Horowitz a Candau”, 4 de agosto, 1964, en “Program for Malaria Eradication in Mexico. Project Files”, WHO Archives, caja WHO10/4, exp. México 200”.

¹⁶¹ “Malaria Eradication in 1966”, *WHO Chronicle*, v. 21, n. 9, 1967, p. 375.

¹⁶² Glen Williams, “WHO-The Days of the Mass Campaigns”, *World Health Forum*, v. 9, n. 1, 1988, p. 16.

¹⁶³ Citado en Saúl Franco Agudelo, *El paludismo en...*, p. 19.

¹⁶⁴ La nueva política aparece en Organización Panamericana de la Salud, *Informe del Seminario sobre la Misión de los Servicios Generales*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1965, y en World Health Organization,

un título que anunciaba la decisión de “reexaminación de la estrategia global”; presentaba así, sin mayor orden, una serie de factores técnicos, financieros, administrativos y operativos como los responsables del fracaso de la campaña. Igualmente, señalaba que una de las limitaciones en las zonas rurales había sido la falta de servicios básicos de salud.¹⁶⁵ Según un nuevo grupo de expertos en malaria con base en Ginebra, que no estaba tan convencido de las bondades de la erradicación, uno de los principales motivos por los que la OMS tenía que cambiar su política se debía a que era imposible impulsar cualquier programa de control o erradicación de enfermedades sin la creación previa de servicios de salud rurales. Señalaron correctamente que en la política de erradicación había errores graves como la poca atención a la investigación y la relajación de las medidas de supervisión. Asimismo, la UNICEF empezaba a pensar que el desarrollo de los servicios básicos integrales debía ser su prioridad, más que el apoyo a la eliminación de una enfermedad específica. Algunos funcionarios del interior de la república de la CNEP estuvieron de acuerdo con los expertos de la OMS de Ginebra y de la UNICEF. En octubre de 1966, el jefe de la Zona 9, que incluía el estado de Guerrero, se lamentó de que en los últimos meses no se hubieran producido investigaciones epidemiológicas en las áreas más críticas, debido a la falta de personal; además, se quejó de que desafortunadamente no tenían idea de lo que estaba pasando en localidades que antes habían registrado malaria pero que sólo fueron visitadas una vez.¹⁶⁶

Según un funcionario de la OMS, un nuevo y errado supuesto que causaba cierto confort entre los expertos fue que las principales dificultades de la erradicación eran de carácter técnico y administrativo,

Twenty-Second World Health Assembly, Boston, Massachusetts, 8-25 July 1969, Part II, Plenary Meetings, Committees, Summary Records and Reports, Ginebra, WHO, 1969.

¹⁶⁵ “WHA22.39 Re-Examination of the Global Strategy of Malaria Eradication”, Vigésima Segunda Asamblea Mundial de Salud, Boston, Massachusetts, 24 de julio, 1969”, disponible en: <http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WH A&softpage=Browse_Frame_Pg42>. Fecha de consulta: 1 de abril, 2006.

¹⁶⁶ “Filemón Ramírez Huanosto [Jefe Zona 9] a CNEP”, 26 de octubre, 1966, AHSS, SSA, sección CNEP, Serie Zona 9, exp. 7.

por lo que los dirigentes de la campaña no eran responsables de haber propuesto un plan irrealizable. La principal causa del fracaso fue la falta de una infraestructura sanitaria en el campo.¹⁶⁷ Es importante señalar que esta carencia fue advertida desde el diseño original de la campaña y que precisamente se pensó que la erradicación sería una puerta de entrada para la creación de estos servicios. Más aún, muchos expertos sanitarios internacionales y latinoamericanos veían en los años cincuenta los servicios de salud como una sumatoria de programas verticales, como el de la malaria. Tomaría algunos años más y una nueva generación de trabajadores de salud elaborar un modelo diferente para promover la construcción de este tipo de servicios básicos y modificar las ideas sobre lo que era un sistema de salud, así como proponer que lo más importante era su cohesión y aspiración por brindar una serie de servicios básicos a las personas, que ayudasen a mejorar sus condiciones de vida.

La decisión de la OMS aprobada en Boston fue aceptada por las agencias multilaterales y bilaterales, pero fue cuestionada –mediante una crítica silenciada– por los países en vías de desarrollo en la Asamblea Mundial de Salud realizada en esa ciudad. La mayoría de estos países pobres querían mantenerse leales a lo que aún consideraban su esfuerzo más grande hasta la fecha en salud pública.¹⁶⁸ En la asamblea de Boston, un delegado reprochó la contradicción inherente de la combinación de erradicación con control, que tanto había sido cuestionada; denunció “las dudas” de los funcionarios de la OMS y exigió, desafiantemente, que se mantuviera la campaña y las metáforas militares que se habían utilizado al comienzo de la misma: “La erradicación de la malaria fue [entonces] parte de un discurso que usaba términos militares... ¿estamos o no en guerra contra la malaria?”. Un comentario sarcástico del representante de Costa Rica fue que no era el *Anopheles* sino la población y los ministerios de Finanzas los que habían desarrollado una “resistencia” a la campaña, y se lamentaba de que la OMS no pudiera

¹⁶⁷ Kenneth Newell, “Selective Primary Health Care: The Counter Revolution”, *Social Science and Medicine*, v. 26, n. 9, 1988, p. 903.

¹⁶⁸ “Malaria campaign has to be reappraised”, *The New York Times*, 16 de marzo de 1969, p. 20.

convencerlos para seguir apoyando la erradicación.¹⁶⁹ De esta manera, recurría a una metáfora para sugerir correctamente que la decisión no era sólo un problema técnico. Otro delegado de un país en vías de desarrollo encontró que lo que en el fondo estaba ocurriendo eran cambios políticos en las prioridades de la Guerra Fría. Según él, desde finales de los años sesenta los donantes y las agencias internacionales estaban más interesados en la conquista “del espacio exterior” que en la erradicación de la malaria.¹⁷⁰ El comentario aludía al énfasis inicial en la carrera científica entre la Unión Soviética y Estados Unidos a la transición de un periodo de relativa estabilidad por la “coexistencia pacífica”, que había pospuesto las prioridades de los países en vías de desarrollo. Éste y otros comentarios indican que un regreso ordenado hacia la política de control de la malaria nunca fue implementado y explica en parte porqué la nueva política de la OMS fue ineficaz. Los gobiernos mexicanos y latinoamericanos interpretaron el acuerdo de la asamblea de Boston como una señal para relajar su lucha contra la enfermedad.¹⁷¹ La mayoría de los expertos sanitarios de estos países prefirieron seguir haciendo lo que hasta entonces habían hecho, es decir, mantener la política de la erradicación de la malaria con los pocos recursos que tenían.

En contra de todas las probabilidades de éxito y ante el nuevo consenso mundial, la CNEP realizó el esfuerzo de relanzar la erradicación de la malaria con un nuevo plan de seis años. Hacia finales de la década de los sesenta, la malaria se había registrado en 58% de todo el territorio del país, porcentaje cercano al que existía cuando la erradicación empezó a mediados de los cincuenta. Aunque sólo se registraron 49 000 casos, las verdaderas cifras fueron triplicadas por cálculos de los expertos. Los principales focos de la enfermedad eran, en primera lugar, las localidades ubicadas a lo largo del golfo de México, inclusive la península de Yucatán, donde vivían alrededor de

¹⁶⁹ Intervenciones de Vargas Mendez, Costa Rica, N'Diaye, Senegal, y Ferreira, Brasil, en World Health Organization, *Twenty-Second World Health Assembly...*, p. 239, 233.

¹⁷⁰ “Intervention of Dr. Vargas Mendez de Costa Rica y Dr. N'Diaye de Senegal”, en *ibid.*, p. 239, 243.

¹⁷¹ Véase Glen Williams, “WHO, the days of...”, p. 17.

10 000 000 de personas y, en segundo lugar, las zonas del sur cercanas al litoral del Pacífico. Es decir, las “áreas problema” se habían expandido mucho más allá de los estados sureños y vecinos a Guatemala. La nueva campaña implicaba el uso intensivo del DDT, así como de nuevos insecticidas como el Malathion, producto órgano fosforado altamente tóxico –más caro que el DDT–, y el Hexachlorocyclohexane, químico manufacturado también conocido como HCH,¹⁷² Inicialmente se pensaba que ambos productos eran mucho más letales para los *Anopheles*. Sin embargo, más adelante, el Malathion se hizo de una mala reputación porque causaba fuertes dolores de cabeza, temblores en el cuerpo, náuseas, calambres abdominales, visión borrosa, dificultad de respiración y debilitaba el sistema inmunitario. Tales efectos colaterales se hicieron frecuentes entre los rociadores que usaban este producto. El HCH también tenía graves efectos secundarios como mareos, dolores de cabeza y agarrotamiento del cuerpo.¹⁷³ El hecho de que el DDT y otros pesticidas empezaran a ser producidos y vendidos por el gobierno de México, especialmente para la agricultura comercial, tuvo un papel decisivo en la continuación de la erradicación. En principio esto fue hecho en cantidades menores por la compañía Guanos y Fertilizantes de México (Guanomex) –que más adelante fue conocida como Fertilizantes Mexicanos (Fertimex)–, y que se convirtió en un lucrativo monopolio del gobierno en la producción de semillas, fertilizantes, pesticidas e insecticidas.¹⁷⁴ Desde 1970, las diferentes zonas de la CNEP estaban recibiendo y usando el DDT elaborado por la

¹⁷² Guillermo Suárez Torres, “El Programa de Erradicación del Paludismo. Plan de seis años”, *Salud Pública de México*, v. 12, n. 6, 1970, p. 751-773.

¹⁷³ J. W. Tuthill, “Malathion Poisoning”, *New England Journal of Medicine*, v. 258, n. 20, 1958, p. 1018-1019.

¹⁷⁴ Véanse Thomas R. Dunlap, *DDT, Scientists, Citizens, and Public Policy*, Princeton, Princeton University Press, 1981; [s. a.], *Pesticides in South America and Mexico*, Nueva York, Frost and Sullivan, 1981; Jesús G. Fadrique (ed.), *Estado y Fertilizantes, 1760-1985*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica, 1988 (sobre los problemas medioambientales del DDT, véanse p. 613-642); L. López Carrillo *et al.*, “Is DDT Use a Public Health Problem in Mexico?”, *Environmental Health Perspectives*, v. 104, n. 6, 1996, p. 584-587.

compañía mexicana, ya no el que venía del exterior; así, la empresa estatal llegó a producir miles de toneladas al año.¹⁷⁵

Como resultado de estos factores, el trabajo en malaria dejó de ser atractivo para los donantes y las agencias internacionales y se empezó a perder el entusiasmo por la erradicación. A fines de los años sesenta, la UNICEF determinó ya no mantener el apoyo al trabajo contra la malaria en México y el país decidió seguir sólo con el apoyo de la OSP, la OMS y la U. S. Agency of International Development (USAID).¹⁷⁶ Un libro sobre la historia de la UNICEF dice que “abandonó psicológicamente” la erradicación de la malaria en muchas partes del mundo debido a la progresiva disminución de los apoyos de los gobiernos, y como consecuencia del reconocimiento de que los insecticidas eran tóxicos y se usaban en exceso, como ya se discutía a comienzos de los años sesenta.¹⁷⁷ También es cierto que desde comienzos de los años sesenta había funcionarios y directivos de esta agencia que querían que se le diera menos importancia a los programas de salud y se enfatizara el trabajo en educación.

Otras agencias internacionales como USAID y la OMS también trataron de abandonar la erradicación sin realizar una completa evaluación de los logros y las dificultades, como cuando uno quiere olvidarse de un sueño que pareciera haberse convertido en una pesadilla. El abandono de la campaña después de la implementación masiva de recursos humanos y financieros se convirtió en un asunto algo vergonzoso para muchos políticos, gobiernos y agencias. El trabajo contra la malaria simplemente dejó de ser mencionado como una prioridad de la salud pública.

¹⁷⁵ “Filemón Ramírez Huanosto [Zona 9] a CNEP”, 17 de abril, 1970, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 9, caja 2, exp. 6.

¹⁷⁶ “Plan de Seis Años para la erradicación del paludismo residual en México”, México, enero, 1965, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 8, exp. 1; “Guillermo Suárez Torres a Héctor Acuña Monteverde, 26 de abril, 1973”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 1, exp. 10.

¹⁷⁷ Maggie Black, *The Children and the Nations, the Story of UNICEF*, Sydney, UNICEF, 1986, p. 129, 131. En 1969, UNICEF consideraba que ya había dado 100 000 000 de dólares para la malaria desde 1955. Intervención del Dr. Bowles en UNICEF, World Health Organization, *Twenty-Second World Health Assembly...*, p. 232. Véase también Socrates Litsios, “Criticism of WHO’S revised Malaria Eradication Strategy”, *Parassitologia*, n. 42, 2000, p. 167-172.

Tres factores más explican el declive de la erradicación de la malaria en las agendas de las agencias multilaterales y bilaterales: las acusaciones acerca de que las campañas de salud contribuían a la sobrepoblación mundial, la generalización de las denuncias contra los efectos contaminantes de los insecticidas y el retiro de la vieja guardia de malariólogos. El Banco Mundial lideró la crítica a la erradicación de la malaria por ser la responsable de desatar una explosión de la población en los países en vías de desarrollo, con su presión concomitante sobre los recursos de subsistencia y las economías nacionales. El presidente del Banco Mundial, Eugene Black, apoyó la publicación de un libro titulado *Does Overpopulation mean Poverty?* que cuestionaba el rol jugado por las “drogas milagrosas y los insecticidas” en la declinación de las enfermedades infecciosas, en un contexto de altas tasas de fertilidad y pobres condiciones de vida.¹⁷⁸ Un cuadro en el libro lleva por título “Cuánto gasta el gobierno de Estados Unidos cada año en programas de salud en países en desarrollo” e indirectamente señalaba como un desperdicio de recursos a la erradicación de la malaria, por absorber más del 38% de toda la ayuda al extranjero que no tuviese un carácter militar.¹⁷⁹ Los líderes de los países industrializados continuaron estas críticas, aumentando el temor de que, en el futuro cercano, las naciones pobres enfrentarían la predicción de Thomas Malthus acerca de que el ritmo de crecimiento de la población superaría por mucho al del crecimiento de los alimentos y que el resultado sería mayor pobreza; por lo tanto, había que reducir drásticamente las tasas de fertilidad.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Joseph M. Jones, *Does Overpopulation mean Poverty? The Facts about Population Growth and Economic Development*, Washington, Center for International Economic Growth, 1962, p. 7. Véanse también R. Barlow, “The Economic Effects of Malaria Eradication”, *American Economic Review*, v. 57, n. 2, 1968, p. 130-148; R. Symonds y M. Carder, *The United Nations and the Population Question, 1945-1970*, Nueva York, McGraw-Hill, 1973.

¹⁷⁹ Joseph M. Jones, tiene comparaciones internacionales, *Does Overpopulation...?*, p. 17 y 32.

¹⁸⁰ Que la sobrepoblación era un tema preocupante en Estados Unidos aparece en James Reston, “Mexico City: Love is the Problem, Birth Rate More Vexing than Death Rate South of the Border”, *The New York Times*, 10 de diciembre de 1962, p. 8.

Algunas revistas académicas norteamericanas se unieron al coro neomaltusiano y advirtieron de los peligros de la sobrepoblación para la seguridad nacional de Estados Unidos. Libros sobre el tema se convirtieron en éxitos de ventas, como *The Population Bomb* de Paul Ehrlich, destacado profesor de estudios de población de la Universidad de Stanford, cuyo texto llegó a tener 20 reimpressiones entre 1968 y 1971. Ehrlich culpaba al DDT de contribuir a un inminente desastre internacional.¹⁸¹ Éste y otros trabajos señalaban que la población mundial, en 1960, llegó a la impresionante cifra de tres mil millones de personas, de las cuales mil millones habían nacido en los últimos 30 años, y que en los países pobres se estaba consolidando una correlación inversamente proporcional entre el crecimiento poblacional y el económico. Un profesor de la Universidad Johns Hopkins, que consideraba la sobrepoblación “el problema más serio que enfrentamos actualmente”, fue más audaz: “Un factor que contribuye [a la sobrepoblación] es el control de la malaria y de otras enfermedades. El retiro del DDT permitiría volver a instalar un control natural en la población humana”.¹⁸² Como en las conocidas historias de la eugenesia que existieron antes de la Segunda Guerra Mundial, el problema de la pobreza para los neomaltusianos radicaba en que los pobres eran muchos y se reproducían rápidamente.

El incremento de la población de América Latina, especialmente el de la mexicana –resultado de una mortalidad infantil reducida y de una alta tasa de fertilidad– fue considerado un problema serio por las agencias internacionales y más preocupante que el de otras regiones pobres del mundo, algo que jugó un papel en los debates sobre la sobrepoblación.¹⁸³ El número de habitantes de México creció rápidamente, casi en un 100%, debido a un incremento natural pues la inmigración internacional no era significativa, a una tasa anual de 3.1% entre 1950 y 1975

¹⁸¹ Paul R. Ehrlich, *The Population Bomb...*, p. 31.

¹⁸² L. E. Rozeboom, “DDT-the Life Saving Poison”, *The Johns Hopkins Magazine*, n. 22, 1971, p. 29-32, citado por Farid Mohyiddin, “The Malaria Program: Euphoria to Anarchy”, *World Health Forum*, v. 1, n. 1, 1980, p. 16.

¹⁸³ Donald T. Critchlow, “Birth Control, Population Control and Family Planning: An Overview”, *Journal of Health Policy*, v. 7, n. 1, 1995, p. 1-21; John Sharpless, “World Population Growth, Family Planning and American Foreign Policy”, *Journal of Policy History*, v. 7, n. 1, 1995, p. 72-102.

—el más alto porcentaje de América Latina. Asimismo, la ciudad de México se estaba convirtiendo en la más grande del continente, en una megametrópolis con 11 900 000 pobladores para mediados de los años setenta.¹⁸⁴ Un efecto algo inesperado de la campaña de erradicación fue su contribución a la urbanización. Según un informe, antes de 1950 los habitantes de las zonas altas donde no existía la malaria, pero que experimentaban ataques severos si iban a regiones más bajas, tenían temor de las zonas “húmedas y el clima tropical de las áreas costeras”, en parte debido a la “malaria y a otras enfermedades”.¹⁸⁵ Ello indirectamente controlaba la migración interna. El miedo desapareció con la eliminación de la malaria de las áreas urbanas y la población en estas zonas creció por la migración del campo a la ciudad. Unos indicadores de la creciente importancia de las ciudades son los porcentajes que en 1970 registró la demografía urbana y rural: éstos fueron casi inversos a los de 1950 —58.7% y 41.3%, respectivamente, en 1970, mientras que en 1950 eran de 42.2% y 57.8 % en las áreas rurales y urbanas—. ¹⁸⁶ Además, entre 1930 y 1960 la ciudad de México casi cuadruplicó el número de sus pobladores a cerca de 6 000 000 de personas, convirtiéndose en una bulliciosa metrópoli en la región.¹⁸⁷ El proceso migratorio se incrementó desde comienzos de los años cincuenta, debido a la confluencia de una serie de factores como la industrialización y la crisis de la agricultura, que acabó en que México tuvo que importar algunos alimentos en la década de 1970. Este proceso lo transformó de un país donde la mitad de la población habitaba en áreas rurales a uno donde casi la mitad de sus habitantes vivía en las urbanas.

La OSP, la OMS y otras agencias internacionales respondieron con lentitud a las preocupaciones sobre la sobrepoblación y a los ataques a

¹⁸⁴ Center for Policy Studies of the Population Council, “Population Brief: Latin America”, *Population and Development Review*, v. 6, n. 1, 1980, p. 127, 142.

¹⁸⁵ Robert J., Alexander, “Nature and Progress of Agrarian Reform in Latin America”, *The Journal of Economic History*, v. 23, n. 4, 1963, p. 567.

¹⁸⁶ “Table 100: State Population, Urban and Rural, 1900-1980”, en David E. Lorey (ed.), *United States-Mexico Border Statistics, since 1900*, Los Ángeles, UCLA, Latin American Center Publications, 1990, p. 8.

¹⁸⁷ Frank Branderburg, *The Making of Modern Mexico*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1964, p. 236.

los organismos de salud, por contribuir a este problema. De acuerdo con Symonds y Carder, las agencias especializadas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), especialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), evadieron o postergaron su participación en los debates de población, que empezaron a generalizarse a comienzos de los años sesenta entre los hacedores de política.¹⁸⁸ Inicialmente, las agencias multilaterales consideraban la cuestión un asunto “técnico”, sólo de interés para los demógrafos, cuando en realidad pensaban que era demasiado controversial para muchos gobiernos. Por su lado, la actitud de Pate era que la UNICEF, al ser una agencia caracterizada por intervenir en asuntos no controversiales, no estaba ni a favor ni en contra de la planificación familiar, y ésa fue su posición oficial por mucho tiempo.¹⁸⁹ En 1965, Pletsch, quien había representado a la OSP en México cuando comenzó la campaña antimalárica y que estaba trabajando entonces para USAID, contra la malaria, en Etiopía, envió una carta al editor de la prestigiosa revista *Science* haciendo una metáfora con un tema clásico de la Guerra Fría, las bombas nucleares: “Ninguno de los que trabajaron en el Proyecto Manhattan [que diseñó la bomba atómica para Estados Unidos] pudo haberse esforzado más por encontrar la verdad que muchos de nosotros” en la erradicación de la malaria. Asimismo, respondió a las objeciones de que ésta era contraproducente afirmando enérgicamente que los erradicadores de la malaria estaban salvando vidas y evitaban la repetición de epidemias.¹⁹⁰ Sólo en 1967 y después de una reorganización, la ONU comenzó a prestar atención a la creciente demanda de servicios de población hecha por distintos gobiernos del mundo y creó su División de Población. De esta forma, la agencia multilateral empezó a aceptar la necesidad de políticas gubernamentales que controlaran la fertilidad. Dos años más tarde, la división fue la base para una organización más grande y con mayor autonomía: el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés:

¹⁸⁸ R. Symonds y M. Carder, *The United Nations...*

¹⁸⁹ “Maurice Pate, at the Heart of Unicef,” *The New Yorker*, 12 de diciembre de 1961, sin páginas. [recorte], Princeton University, *Maurice Pate Papers*, caja 17, folder 14.

¹⁹⁰ Donald Pletsch, “Malaria Control and Economics”, *Science. New Series*, v. 149, n. 3687, 27 de agosto, 1965, p. 926.

United Nations Fund for Population Activities). Bajo el Programa de Desarrollo de la ONU, el UNFPA cambió sus recomendaciones de estudios demográficos a estudios por el desarrollo, en los que la planificación del crecimiento poblacional constituía un elemento esencial.¹⁹¹

Algunos líderes mexicanos y venezolanos de la erradicación, como Vargas y Gabaldón, recurrieron a los viejos argumentos para defender la campaña antimalárica; replicaban que la erradicación contribuía a una declinación general de la mortalidad, el incremento de la expectativa de vida y al aumento en la cantidad de fuerza de trabajo disponible para producir alimentos.¹⁹² México y otros gobiernos latinoamericanos, así como varios médicos e intelectuales, inicialmente rechazaron la idea de controlar la tasa poblacional debido a la tradición católica del país, por un lado, y porque creían que en realidad el problema de sus naciones siempre había sido la falta de población; es decir, exactamente lo opuesto a lo que se discutía en los centros de poder internacionales.¹⁹³

El DDT empezó a ser duramente atacado por ambientalistas después de la publicación, en 1962, del libro de Rachel Carson, *La primavera silenciosa*, que se convirtió en un símbolo del cambio en la percepción pública sobre los efectos nocivos de los fertilizantes y pesticidas en la Unión Americana.¹⁹⁴ Una serie de estudios que lo siguieron argumentaron que el insecticida contaminaba la atmósfera, mataba a los peces, pájaros y a varios animales pequeños y, además, era peligroso para los seres humanos cuando éstos se exponían a grandes cantidades del insecticida. Se le culpó de ser el responsable de la declinación

¹⁹¹ Nafis Sadik (ed.), *United Nations Fund for Population Activities: An Agenda for People. The UNFPA through Three Decades*, Nueva York, New York University Press, 2002.

¹⁹² Arnoldo Gabaldón, "Influencia del rociamiento intradomiciliario con DDT sobre las tasas específicas de mortalidad general en Venezuela", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 40, n. 35, 1956, p. 93-106.

¹⁹³ Un estudio que explica la importancia del pluralismo médico en este caso es el de Miguel García Cruz, "Los problemas demográficos de México", *Suplemento de Medicina*, 1964, p. 9-14.

¹⁹⁴ Rachel Carson, *Silent Spring*, Boston, Houghton, 1962. Véase James Whorton, *Before Silent Spring, Pesticides and Public Health in pre-DDT America*, Princeton, Princeton University Press, 1975.

en el número de la población del águila norteamericana, emblema de Estados Unidos, y de los halcones peregrinos, una de las aves más hermosas de la naturaleza.¹⁹⁵ La percepción negativa del uso masivo de insecticidas se hacía eco de la idea de Villalobos acerca de los peligros de la tecnología médica moderna y de un viejo adagio popular: “A veces la cura es peor que la enfermedad”.

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés: Food and Agriculture Organization), agencia de la ONU dedicada al desarrollo agrícola desde fines de los años cuarenta, con sede en Roma, mantener la producción de los insecticidas era importante porque permitía desarrollar los cultivos en los países pobres. La agencia creía que era un método seguro de combatir no sólo a la malaria sino también el hambre.¹⁹⁶ En 1969, la conferencia bianual de la FAO alertó a los países en vías de desarrollo acerca de que no deberían seguir lo que se estaba convirtiendo en una tendencia creciente en Estados Unidos y en Europa Occidental: un control completo del DDT y de otros insecticidas utilizados en cultivos.¹⁹⁷ Un funcionario de la OMS estaba de acuerdo: “Es preferible vivir con el temor de la aparición [de cáncer] en una edad avanzada que morir en la infancia [de malaria]”.¹⁹⁸ Científicos connotados como el bioquímico Philip Handler, presidente de la National Academy of Sciences de Estados Unidos, suscribía estas opiniones. En 1971, publicó un artículo en *Science* donde se lamentaba de las “decla-

¹⁹⁵ Tom J. Cade *et al.*, “DDT Residues and Eggshell Changes in Alaskan Falcons and Hawks”, *Science. New Series*, v. 172, n. 3986, 1971, p. 955-957; W. Bowerman *et al.*, “A Review of Factors affecting Productivity of Bald Eagles in the Great Lakes Region: Implications for Recovery”, *Environmental Health Perspectives*, v. 103, suplemento 4, 1995, p. 51-59; J. Grier, “Ban of DDT and Subsequent Recovery of Reproduction in Bald Eagles”, *Science*, v. 218, n. 4578, 1982, p. 1232-1235.

¹⁹⁶ “DDT Dilemma, Poor Countries insist Pesticide is Essential Despite its Dangers”, *The Wall Street Journal*, 14 de febrero de 1970, p. 1.

¹⁹⁷ Alfred Friendly, “Wide Curb on DDT opposed in FAO”, *The New York Times*, 29 de noviembre de 1969, p. 1.

¹⁹⁸ “Interventions of Dr. Sambasivan, Director Division of Malaria Eradication and Dr. N'Diaye from Senegal”, en World Health Organization, *Twenty-Second World Health Assembly...*, p. 243, 245.

raciones exageradas” hechas por otros científicos que pedían la prohibición total del DDT.¹⁹⁹ En parte para suavizar la oposición internacional, la FAO y la OMS promovieron el llamado sistema integrado de control de pestes, que apostaba por un empleo restringido, cuidadoso y seguro de los insecticidas y estudiaba el uso de enemigos naturales a los insectos que transmitiesen enfermedades. La discusión sobre las ventajas y las limitaciones del DDT continuaría durante los siguientes años.

En 1972, dos años después del establecimiento de la Agencia de Protección Ambiental (EPA por sus siglas en inglés: Environmental Protection Agency), el DDT fue el primero de los pesticidas prohibido por esta oficina norteamericana. Decisiones parecidas fueron tomadas en el mismo año por Canadá, Inglaterra, Suecia y Noruega, mientras, la ONU auspiciaba la primera gran conferencia internacional sobre asuntos ambientales en Estocolmo, además de crear el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP por sus siglas en inglés: United Nations Environment Program), con una oficina principal en Nairobi, Kenia. La nueva agencia multilateral tenía el mandato de buscar un consenso científico sobre los asuntos ambientales y estimular un “desarrollo sustentable”, que entonces implicaba mejorar los estándares de vida de los habitantes de los países pobres, sin que en el proceso se destruyera el medio ambiente.²⁰⁰

Debido al creciente costo de producir y probar los insecticidas, así como del proceso de lograr su aprobación en la nueva legislación que se estaba creando, su uso –al igual que su elaboración– decayó en Estados Unidos. No obstante, los insecticidas siguieron siendo exportados: en 1971 más de 22 000 000 de libras de DDT producido en Norteamérica fueron vendidas y enviadas al exterior, y 11 300 000 libras se exportaron en 1973.²⁰¹ Durante los años setenta, las agencias

¹⁹⁹ Philip Handler, “The Federal Government and the Scientific Community”, *Science. New Series*, v. 171, n. 3967, 1971, p. 148.

²⁰⁰ United Nations Environment Program, *The United Nations Environment Program: A Brief Introduction*, Nairobi, UNEP, 1975.

²⁰¹ “Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Erradicación de la Malaria para la reunión de los jefes de Zona. El uso del DDT y su repercusión

multilaterales evitaron una decisión definitiva entorno al DDT y, como lo señaló un estudioso, un “círculo vicioso de veneno” se fue desarrollando por parte de las compañías químicas que no eran examinadas por sus ventas intensivas de pesticidas tóxicos al exterior, no permitidos en la Unión Americana. Éstos eran aplicados en los cultivos de los países en desarrollo, los que a su vez exportaban sus productos “contaminados” con insecticida a los mercados norteamericanos. Usualmente, los países en desarrollo casi no tenían regulaciones ni prácticas biosanitarias seguras; el sistema de etiquetas de seguridad muchas veces fue inútil, en parte porque los usuarios locales eran analfabetos o simplemente cínicos. Cuando Estados Unidos importaba los cultivos rociados con pesticidas, el “círculo” se completaba y quienes lo adquirirían en Norteamérica se veían expuestos a “venenos” invisibles que formalmente eran prohibidos en su país. Este sistema de cultivos contaminados de los países pobres y su consumo por los países adelantados siguió durante varios años.²⁰² A lo largo del periodo 1972 a 1975, más de 14 000 casos de envenenamiento y algunas muertes por pesticidas fueron registrados en las plantaciones de Centroamérica, debido a su empleo indiscriminado.²⁰³

En los siguientes años, la OMS reconoció que el número de casos fatales y no fatales de envenenamientos por pesticidas, entre los trabajadores agrícolas de los países en vías de desarrollo, se había incrementado notablemente. Según la OMS, a comienzos de la década de 1980 las alarmantes cifras de 14 000 casos por año de contaminación (fatales) y alrededor de 750 000 no fatales eran ocasionados por los

sobre el hombre y el ambiente, julio, 1970”, AHSS, SSA, sección CNEP, serie Dirección, caja 8, exp. 4; Donald R. Johnson, “Recent Developments in Mosquito Borne Diseases: Malaria”, *Mosquito News*, v. 33, n. 3, 1973, p. 345.

²⁰² La frase “Circle of Poisson” fue usada por ambientalistas después de la publicación de David Weir y Mark Schapiro, *Circle of Poisson, Pesticides in a Hungry World*, San Francisco, Institute for Food and Development Policy, 1981. Angus Wright, en *The Death of Ramón González, the Modern Agricultural Dilemma* (Austin, University of Texas Press, 1997), demostró la extensión del problema.

²⁰³ Andres J. Yoder, “Lessons from Stockholm: Evaluating the Global Convention on Persistent Organic Pollutants”, *Indiana Journal of Global Legal Studies*, v. 10, n. 2, 2003, p. 116.

pesticidas.²⁰⁴ Sin embargo, a inicios de los años ochenta las autoridades de la Secretaría de Salud mexicana que trataban la malaria no daban la debida importancia a los peligros de la contaminación. Aunque el trabajo clásico de Carson estaba disponible en castellano desde 1964, gracias a una traducción hecha en España, la preocupación por el medio ambiente y la salud se desarrolló lentamente en México, a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta.²⁰⁵ Un director de la CNEP escribió, con tono algo irónico, que a él le gustaría proteger a las especies animales en proceso de extinción, como el águila americana, pero tenía que dar prioridad a los niños de su país que sufrían de malaria; apoyó, así, la vigencia de la erradicación usando un juego de palabras diciendo que los insecticidas luchaban contra la “contaminación” de casas por parte de los *Anopheles*.²⁰⁶

Otra dimensión del declive de la erradicación de la malaria fue el hecho de que los experimentados funcionarios de salud y de agencias internacionales, que habían apoyado la intervención sanitaria en sus inicios, estaban dejando sus cargos y no eran reemplazados por otros líderes con el mismo carisma y entusiasmo por la lucha focalizada contra una sola enfermedad. El compromiso de la OSP con la erradicación fue menos intenso después de 1959, cuando Soper se retiró de la organización y fue reemplazado por el chileno Horwitz, que no negaba pero tampoco le daba la prioridad al tema. Russell se alejó de una carrera activa y Candau acabó dejando la OMS en 1973, después de que su prestigio había declinado en algo. Como Soper, Candau expresó en voz baja su oposición al creciente consenso político y sanitario en contra de la erradicación.²⁰⁷ Maurice Pate, director ejecutivo de la UNICEF,

²⁰⁴ Véase Angus Wright, “Rethinking the Circle of Poison: The Politics of Pesticide Poisoning among Mexican Farm Workers”, *Latin American Perspectives*, v. 13, n. 4, 1986, p. 26-59.

²⁰⁵ Rachel Carson, *Primavera silenciosa*, Barcelona, Luis de Caralt, 1964.

²⁰⁶ Humberto Romero-Álvarez, “Contaminación ambiental y salud”, en Ramón de la Fuente (ed.), *La evolución de la medicina en México durante las últimas cuatro décadas*, México, El Colegio Nacional, 1984, p. 211-229.

²⁰⁷ Otro ejemplo con un tono más bajo en el tema es el de L. J. Bruce-Chwatt, “Man against Malaria; Conquest or Defeat”, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine*, v. 73, n. 6, 1979, p. 605-616.

murió en 1965 y fue reemplazado por Henry R. Labouisse, quien tenía mayor interés en impulsar proyectos comunitarios de desarrollo y programas de educación. Sólo Gabaldón criticó públicamente a la OMS por sus nuevas políticas internacionales y por el regreso desordenado al método de control de la malaria.²⁰⁸

Una comunicación presentada por el británico Bruce-Chwatt –defensor de la vieja guardia de malariólogos– en un simposio organizado por la New York Academy of Medicine lamentaba la creciente y negativa percepción de los especialistas en esta enfermedad, como “aprendices de brujo” que no podían controlar las fuerzas que habían desatado.²⁰⁹ El mismo investigador británico estimó en por lo menos 2 650 millones de dólares lo que se había gastado hasta 1978 en la erradicación de la malaria, cifra muy superior a los 519 000 000 que calcularon Campbell y otros expertos en 1957 que costaría toda la campaña.²¹⁰ Una anécdota ilustra el aislamiento de Soper y su nostalgia por días mejores. En 1972 uno de sus discípulos más queridos lo visitó y tuvieron la siguiente conversación que no deja de ser extraña: “Él [Soper] me miró con sus ojos penetrantes y me preguntó: ¿Cómo están las cosas?. Le respondí: ¡Mal! Y me preguntó: ¿Quién será nuestro aliado? Le dije: ‘La malaria’ y casi me abrazó porque ésta era la respuesta que esperaba”.²¹¹ Parecía que la erradicación de la malaria a quien realmente había erradicado era a los malariólogos.

Durante la década de 1970, la erradicación de la malaria parecía un imposible y el financiamiento internacional en general disminuía

²⁰⁸ Por ejemplo Arnoldo Gabaldón, “Global Malaria Erradicación: Changes of Strategy and Future Outlook”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 18, n. 5, 1969, p. 641-656; [s. a.] “Problemas actuales del control y erradicación de la malaria en América Latina”, *Boletín de la Dirección de Malaria y Saneamiento Ambiental*, v. 28, n. 1-2, 1988, p. 1-12. G. Giglioli, otro connotado mariólogo que trabajó en Guyana murió en 1975.

²⁰⁹ L. J. Bruce-Chwatt, “Malaria Eradication at the Crossroads”, *Bulletin of the Nueva York Academy of Medicine*, v. 45, n. 10, 1969, p. 1009.

²¹⁰ L. J. Bruce-Chwatt, “The Challenge of Malaria: Crossroads or Impasse?”, en C. Woods (ed.), *Tropical Medicine: From Romans to Reality*, Londres, Academic Press, 1978, p. 32.

²¹¹ Farid Mohyiddin, “The Malaria Program...”, p. 18.

rápidamente. USAID acabó con su acostumbrada contribución anual al Fondo Especial de Malaria de la OSP, en 1970, decisión que llevó a severas restricciones en varios proyectos nacionales.²¹² La agencia bilateral norteamericana –con el apoyo del presidente Lyndon B. Johnson– tenía entonces mayor preocupación por el tema de la sobrepoblación y empezó a enfatizar los programas de planificación familiar y de control de la natalidad en los países en vías de desarrollo. Al hacerlo, reflejaba el poder de las compañías farmacéuticas en el negocio de los anticonceptivos dentro del mercado mundial. En 1960, la U. S. Food and Drugs Agency aprobó la píldora Envoid, la cual en pocos años se convirtió en una fórmula popular de control natal en varias partes del mundo, así como en un negocio multimillonario. Éstas y otras píldoras complementaban los métodos más usados de la planificación familiar como la esterilización –forzada o voluntaria– y los dispositivos intrauterinos; así, fueron presentadas como la panacea de los problemas de sobrepoblación.

Un artículo, basado en las respuestas de los latinoamericanos al nuevo énfasis en el control de la fertilidad sobre cualquier otro programa de salud, cuestionaba el temor a una explosión poblacional que estaba presente en las políticas oficiales de la Unión Americana: “Quizás el peso de la carrera por conquistar el espacio, la Guerra Fría... y el desarrollo de establecimientos nucleares están causando que Estados Unidos considere soluciones menos caras y más económicas para el desarrollo”.²¹³

Un editorial de la prestigiosa revista *The Lancet* tenía un título autoexplicativo en forma de pregunta: “¿Epitafio para la erradicación global de la malaria?”. Asimismo, otros artículos en revistas académicas importantes empezaron a cuestionar la aproximación de la erra-

²¹² USAID apoyó el trabajo antimalárico en Haití. Según un estudio de esta agencia, en 1980 el monto total aportado por USAID para campañas antimaláricas en América Latina, entre 1950 y 1980, fue de 96 632 millones de dólares. Alexandrina Schuler, *Malaria: Meeting the Global Challenge*, Boston, Oelgeschlager, Gunn & Hain Publishers, 1985, p. 18-19.

²¹³ J. Mayone Stycos, “Population Control in Latin America”, *World Politics*, v. 20, n. 1, 1967, p. 78-79.

dicación.²¹⁴ En 1974 un descorazonado director general de la OMS le preguntó a los miembros de un comité ejecutivo ya desilusionado de la erradicación: “¿Fue la erradicación de la malaria una empresa insensata? ¿Dónde, cuándo y cómo al programa le fue tan mal?”.²¹⁵ Otro destacado funcionario de la misma organización describió la atmósfera en ésta a finales de los años sesenta, es decir, al término de las campañas de erradicación y cuando nuevas prioridades estaban emergiendo en las agencias de salud internacionales: “La OMS y muchos países estaban luchando para enfrentar las implicaciones de su fracaso en la erradicación de la malaria... y cuchillos muy largos estaban buscando chivos expiatorios”.²¹⁶

Desde mediados de los años sesenta, la OMS empezó a insistir en mejores mecanismos para la continua evaluación del trabajo antimalárico y criticó la tradicional autonomía de los programas de erradicación, así como su práctica separación de los servicios locales de salud. Esta última idea era contraria al diseño original que suponía unidades antimaláricas autosuficientes. En una nueva política que no dejaba de ser algo utópica, los programas de erradicación debían reconvertirse y empezar a trabajar ya no de forma aislada sino como parte de otros servicios de salud rural. Los trabajadores sanitarios mexicanos, en parte impresionados por las nuevas políticas internacionales, empezaron a examinar detenidamente la distribución y los roles de los servicios básicos de salud, especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales. Una tensa reunión realizada en 1965 entre la CNEP y otras agencias de salud oficiales que trabajaban en zonas rurales fue un indicio de que la falta de coordinación entre los servicios de salud había sido hasta entonces común en el México rural.²¹⁷

²¹⁴ “Epitaph for Global Malaria Eradication?”, *The Lancet*, v. 2, n. 7923, julio 5 de 1975, p. 15-16; William C. Reeves, “Can the War to Contain Infectious Disease be Lost?”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 21, n. 3, 1972, p. 251-259.

²¹⁵ Citado en L. J. Bruce-Chwatt, “Need for New Weapons”, *World Health Forum*, v. 1, n. 1, 1980, p. 24.

²¹⁶ Kenneth Newell, “Selective Primary Health...”, p. 903.

²¹⁷ “Guillermo Suárez Torres a Carmen Gómez Sigler, 21 de julio, 1965”, AHSS, SSA, sección CNEP, caja 1, exp. 4.

Fue difícil coordinar sectores de un sistema de salud fragmentado, cada uno acostumbrado a sus propias tradiciones, métodos y liderazgos. Las autoridades sanitarias de Oaxaca se quejaron cuatro años más tarde de que el esfuerzo de coordinación había sido hasta entonces “absolutamente insuficiente” y se preguntaban si el país debía implementar la unificación de su servicio de salud, tal como lo había hecho Suecia, Inglaterra, Chile o la Unión Soviética.²¹⁸ Inclusive en 1970, los funcionarios que habían intentado implementar la nueva decisión sobre la malaria en su país se enfrentaron a servicios locales de salud que no estaban de acuerdo con la integración y que preferían mantener algunos servicios con una estructura vertical. Según uno de ellos, procedente de la ciudad de México, esta reacción fue provocada más por el temor a perder privilegios y poder que por una confianza real en la efectividad del trabajo vertical en salud pública.²¹⁹

El contexto político de la Guerra Fría que inicialmente había legitimado la malaria estaba también desvaneciéndose. La “teoría de la modernización” fue duramente criticada por una nueva escuela de desarrollo que argumentó que era etnocéntrica, abogaba por la ruptura de los vínculos de dependencia y dominación y afirmaba que el presente de los países latinoamericanos no reflejaba el pasado de Estados Unidos.²²⁰ Éstas y otras críticas también cuestionaron los modelos de modernización de la Guerra Fría y consideraron que un incremento de los lazos comerciales con los países industrializados y la ayuda bilateral norteamericana aumentarían la dependencia, más que el

²¹⁸ Lázaro Vargas, “Importancia de la coordinación en salud pública y sus perspectivas”, *Boletín de la Sociedad Oaxaqueña de Salud Pública*, v. 5, n. 2, 1970, p. 29, 31.

²¹⁹ “Travel Report Summary by Jacques Hamon, visit at the III Meeting of the Directors of the National Services for the Eradication of Malaria in the Americas, 2 April 1979”, WHO Archives, caja WHO7.0081, exp. México 1979-1993; Guillermo Suárez Torres, “Resumen de la revisión de la estrategia para la campaña para erradicar el paludismo en México, Mayo 1972”, WHO Archives, caja WHO7.0080, exp. México 197.

²²⁰ Robert A. Packenham, *The Dependency Movement: Scholarship and Politics in Development Studies*, Cambridge, Harvard University Press, 1992.

desarrollo de las naciones más pobres.²²¹ Los programas de desarrollo iniciados desde el exterior o desde las ciudades capitales fueron culpados de concentrarse en las áreas más modernas y comerciales del país y de ignorar las regiones más atrasadas, reproduciéndolas como periferias permanentes. El sociólogo mexicano Stavenhagen argumentó que en realidad no existía oposición entre los polos moderno y tradicional, como lo asumían los modelos de modernización, pues ambos eran parte de un mismo proceso en el que las elites más poderosas en estas áreas trabajaban juntas para mantener a la población más pobre en una posición subordinada.

Antropólogos mexicanos también criticaron el modelo de modernización por su autoritarismo y por la violencia que para ellos implicaba la aculturación; se rehusaron a sus objetivos pues consideraban que buscaban “domesticar” a la población indígena; cuestionaron la manipulación de la disciplina por parte de programas oficiales y observaban que los llamados “obstáculos culturales” de origen indígena eran un medio oficial de echarle la culpa a las víctimas que obliteraban las raíces sociales de la pobreza rural. Igualmente, rechazaron la noción de la existencia o incluso la conveniencia de una sola cultura mestiza que unificara a todas las comunidades étnicas mexicanas y, en cambio, creían que era mejor impulsar la idea de una multiculturalidad plural que respetara la autonomía, diferencia e idiosincrasia de las diversas minorías indígenas.²²²

Intelectuales latinoamericanos y de otras regiones del mundo criticaron los programas tradicionales de modernización, como la Alianza para el Progreso (Alpro), por promover una réplica del modelo de desarrollo de los países industrializados y por no haber tenido la capacidad siquiera de haber cumplido sus propias promesas sino sólo de

²²¹ Dean C. Tipps, “Modernization Theory and the Comparative Study of Societies: A Critical Perspective”, *Comparative Studies in Society and History*, v. 15, n. 2, 1973, p. 199-226. Este asunto es discutido en Rodolfo Stavenhagen, *Las clases sociales en las sociedades agrarias*, México, Siglo XXI, 1974.

²²² Véanse Guillermo Bonfil Batalla, *México profundo: una civilización negada*, México, Secretaría de Educación Pública, 1987; María del Consuelo Ros Romero, *La imagen del indio en el discurso del Instituto Nacional Indigenista*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1992.

atraer a expertos profesionales locales. Según algunos autores, la Alpro había perdido su rumbo a mitad del camino porque Estados Unidos tenía temor de que las izquierdas políticas latinoamericanas tomaran el control del programa.²²³ Inclusive funcionarios norteamericanos reconocían las limitaciones de éste, pero argumentaron que falló debido al egoísmo de los empresarios latinoamericanos, así como de los grandes empresarios y oligarcas, que no estaban dispuestos a reinvertir sus ganancias o riquezas generadas por sus rentas para mejorar las condiciones de vida de la población indígena.²²⁴

El presidente Johnson no dio la debida importancia a la Alpro porque estaba enfrascado en la guerra de Vietnam y en serios asuntos domésticos, como las demandas del movimiento de derechos civiles y sus complicados esfuerzos por combatir la pobreza en su país y llegar a lo que llamaba la “Gran Sociedad”. Desde mediados de los años sesenta, la política exterior norteamericana redujo sus compromisos y ayuda hacia América Latina. Durante las dos administraciones de Johnson (1963-1969), en la práctica el gobierno norteamericano dejó de lado los programas bilaterales técnicos y regresó al unilateralismo en muchos asuntos que tenían que ver con los países en vías de desarrollo; le dio así mayor importancia a los programas de planificación familiar, apoyándose en una serie de agencias filantrópicas que desde hacía varios años predicaban que la sobrepoblación mundial era el problema principal de la pobreza global. El trabajo de estas agencias se remontaba a comienzos de los años cincuenta

En 1952, John D. Rockefeller III, heredero de la fortuna y de la conducción de la fundación que llevaba el nombre de su familia, convocó a un congreso para examinar los efectos del excesivo crecimiento poblacional y pocos meses después creó la institución Population Council, que presidió y financió durante las siguientes décadas, a la que eventualmente se congregaban otros organismos como Planned Parenthood

²²³ Jerome Levinson y Juan de Onis, *The Alliance that Lost its Way: A Critical Report on the Alliance for Progress*, Chicago, Quadrangle Books, 1970.

²²⁴ Bruce J. Schulman, *Lyndon B. Johnson and American Liberalism: A Brief Biography with Documents*, Nueva York, St. Martins, 1995; Maurice Isserman y Michael Kazin, *America Divided: The Civil War of the 1960s*, Nueva York, Oxford University Press, 2004.

y Population Reference Bureau. Al mismo tiempo, las recién creadas fundaciones Ford y Mellon comenzaron también a financiar estudios y actividades en planificación familiar. Otro antecedente importante ocurrió en 1967 cuando 30 líderes mundiales, incluyendo al presidente Johnson, firmaron un manifiesto a favor de medidas anticonceptivas como solución al crecimiento descontrolado de la población mundial, que supuestamente estaría generando más pobreza –aunque es importante destacar que la descriminalización del aborto nunca dejó de ser un tema altamente sensible tanto en Estados Unidos como en México.

En América Latina, el cambio político hacia el unilateralismo y el militarismo fue claro en 1964, cuando *marines* norteamericanos desembarcaron en la República Dominicana para derrocar a un gobierno al que Estados Unidos acusaba de estarse volviendo comunista –una intromisión a la cual el gobierno de México se opuso–. Ésta fue la primera intervención abierta en la región después de 50 años y un símbolo de la imposibilidad de continuar esperando mayores cambios de la Alianza para el Progreso. Este programa oficialmente acabó en 1973, cuando la Organización de Estados Americanos disolvió el comité permanente que había formado para implementar los proyectos de la alianza.

La malaria estaba de alguna manera relacionada con estos sucesos. Durante los años sesenta, en Estados Unidos reapareció poco a poco la enfermedad. En 1959, menos de cincuenta casos de malaria fueron registrados en ese país; la mayoría de ellos había adquirido la enfermedad fuera de sus fronteras. Para mediados de los años sesenta se estimaba que alrededor de 10% de los soldados norteamericanos que luchaban en Vietnam experimentaban malaria. Sólo en 1967 hubo 2 669 casos entre los veteranos de la guerra de Vietnam que regresaron a Estados Unidos. A éstos se sumaban 146 civiles que tenían la malaria en dicho país, aunque no era claro dónde la habían contraído.²²⁵ Para 1970, la cifra de contagios en la Unión Americana se elevó a 4 239 personas, la mayoría soldados que nunca antes habían sido expuestos a la enfermedad. La repatriación al continente americano de combatientes infectados trajo consigo la presencia de parásitos resistentes a las drogas

²²⁵ Wallace Peters, *Chemotherapy and Drug Resistance in Malaria*, Londres, Academic Press, 1970, p. 14.

en áreas donde los *Anopheles* aún existían, creando el peligro de brotes epidémicos. Según una historia militar estadounidense relacionada con el conflicto en el sudeste asiático, la malaria fue la principal causa de discapacidad médica entre este personal. Los médicos militares norteamericanos expresaron con timidez su preocupación por el fracaso de las medicinas tradicionales para proteger a las tropas del peligroso parásito *Plasmodium falciparum* y trataron nuevos y potentes medicamentos, como la Mefloquina, desarrollados por el Walter Reed Army Institute of Research. Sin embargo, después de unos años fue claro que ésta tampoco daba la protección adecuada. El ejército norteamericano estaba también consternado porque, al contrario de otros momentos de lucha militar, como en la Segunda Guerra Mundial, no podía convencer a las compañías farmacéuticas privadas de realizar más investigaciones para descubrir nuevas drogas antimaláricas. Como un funcionario de los laboratorios lo dijo duramente: no tenía sentido para ellos producir medicinas para enfermedades que eran prevalentes en países donde las personas “ni siquiera podían comprar un par de zapatos”, mucho menos drogas caras.²²⁶

Aunque la malaria no fue la causa principal de la debacle del ejército norteamericano en Vietnam, el impacto de esta enfermedad es un factor poco estudiado en su derrota. Mientras que los médicos norteamericanos no podían proteger a las tropas, la enfermedad no era un problema significativo para los vietnamitas, muchos de los cuales eran inmunes debido a que habían estado expuestos a ella cuando habían sido niños y, además, tenían una extraordinaria planta medicinal no conocida por los norteamericanos, la *Artemisia annua*, también nombrada *qinghaosu*, especialmente efectiva contra el *Plasmodium falciparum* y usada por décadas en la región para tratar la malaria y las hemorroides. Durante la guerra, los vietnamitas pidieron ayuda de los investigadores médicos chinos, quienes tenían una tradición en el estudio y el uso de plantas medicinales. En 1970, científicos médicos chinos extrajeron la Artisinina, el principio activo de la planta y desarrollaron un remedio antimalárico natural. Ésta eficiente cura fue mantenida varios años como secreto militar, bajo cuatro llaves, por

²²⁶ *Idem.*

los chinos y los vietnamitas, así que fue desconocido por los norteamericanos y el resto del mundo.²²⁷ Además, la malaria adquirida por la transfusión de sangre empezó a aparecer en hospitales norteamericanos afectando a una población civil que no estaba preparada. Aunque el número puede parecer insignificante, es importante mencionar que 26 casos de malaria producida por transfusión de sangre fueron registrados en Estados Unidos de 1972 a 1981. Su aparición causó gran preocupación entre los clínicos norteamericanos y se sospechaba que existían más casos no registrados.²²⁸

A pesar de la falta de apoyo de Estados Unidos y de las agencias de salud internacionales, las autoridades sanitarias mexicanas persistieron con la erradicación de la malaria durante los años setenta,²²⁹ convencidas de que abandonar la empresa significaría desperdiciar una gran inversión realizada, tanto en personal médico como en recursos tecnológicos. Asimismo, se persuadieron de que lo que faltaba era mayor firmeza y disciplina para mantener los logros y superar las limitaciones de la campaña. Ello, junto con una importante cuota de voluntarismo, podría reemplazar la falta de financiamiento del programa. De esta manera, la CNEP continuó en los años setenta, pero la mayor parte de su presupuesto se dedicó al trabajo de campo, a pesar de que los equipos y repuestos escasearon y de que hubo pocas posibilidades de investigar la diversidad de condiciones ecológicas y epidemiológicas de la enfermedad. Durante los años ochenta, la CNEP perdió 30% de su personal debido a retiros, muchos de ellos voluntarios, o al

²²⁷ Donald R. Johnson, "Recent Developments...", p. 341; Nate Haseltine, "Resistant Malaria hits U.S. Forces in Viet-Nam", *The Washington Post*, 3 de agosto de 1965, p. A6. Hoy en día, Artesimin es la base de la medicación contra la enfermedad.

²²⁸ I. Guerrero, B. Weniger y M. Schultz, "Transfusion Malaria in the United States, 1972-1981", *Annals of Internal Medicine*, v. 99, n. 2, 1983, p. 221-226; Mary Mungai *et al.*, "Transfusion-Transmitted Malaria in the United States from 1963 through 1999", *The New England Journal of Medicine*, v. 26, n. 344, 2001, p. 1973-1978.

²²⁹ Humberto Romero-Álvarez, "Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo", *Salud Pública de México*, v. 6, n. 6, 1964, p. 1151; y, más adelante, Miguel E. Bustamante, "La lucha antipalúdica en el mundo y en México", *Gaceta Médica de México*, v. 110, n. 6, 1975, p. 389-391.

traslado de algunos de sus miembros a otras unidades de salud.²³⁰ Poco pudo hacerse, entonces, para investigar las dimensiones sociales y culturales de la malaria, y para cambiar la perspectiva tradicional de las actividades educativas y hacer que los trabajadores de salud fueran más sensibles a la cultura de los pobladores rurales. Con menos recursos financieros, ningún incremento del personal, un equipamiento que no se había renovado y una moral que decaía entre los trabajadores, la labor de los notificadores fue debilitada y las visitas del personal de salud para motivarlos y darles materiales se hicieron esporádicas, lo que agravó su desinterés.

Una dificultad significativa para la erradicación de la malaria en México fueron las demandas de los 15 diferentes sindicatos de la CNEP, un grupo de presión poderoso cuyos miembros no estaban muy contentos con la idea de eliminar la malaria, porque temían que se quedarían sin trabajo y perderían la autonomía y los privilegios especiales disfrutados hasta entonces.²³¹ Los sindicalistas de la CNEP empezaron a exigir mayores salarios y nombramientos permanentes, y no temporales, como los tenían algunos de los trabajadores sanitarios de campo. Todo lo anterior ocurría en un contexto en el que los mismos médicos organizados en gremios presionaban al gobierno para conseguir mejores condiciones laborales, recurriendo a veces a la huelga. Según Galdón, quien a comienzos de la década de 1970 era el más connotado

²³⁰ *La salud en Oaxaca. Su evolución hacia el siglo XXI, 1998-2004*, Oaxaca, Servicios de Salud de Oaxaca, 2004, p. 115.

²³¹ “Información sucinta sobre los factores administrativos que originaron el deterioro de la Campaña contra el Paludismo en México, 1983”, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 249, exp. 2. Véanse también Joseph S. Tulchin, “The United States and Latin America in the 1960s”, *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, v. 30, n. 1, 1988, p. 1-36; C. Manfredi, “Can the Resurgence of Malaria be Partially attributed to Structural Adjustment Programs?”, *Parassitologia*, v. 41, 1999, p. 389-390. La inseguridad de los puestos de la CNEP y la solicitud de que la erradicación continuara indefinidamente aparece en documentos durante los años sesenta. Cfr. Fernando Lasso Echevarría, *Historia de los servicios de salud en el estado de Guerrero*, México, [s. e.], 2003; Wellcome Library, Editorial, “Nuestro futuro en paludismo”, p. 2, *El Chamula*, Boletín CNEP, Zona 4, año V, n. 6, junio, 1961 [sin día del mes], AHSS, SSA, sección CNEP, serie Zona 4, caja 1, exp. 3; “Jorge Ordóñez Utrilla de Tierra Blanca, Veracruz, a Presidente de la República”, 2 de febrero, 1961, AGN, *Adolfo López Mateos*, v. 938, exp. 703.2/423.

malariólogo latinoamericano, el anuncio original de que el servicio antimalárico sería disuelto una vez que se consiguiera la erradicación había sido una mala idea porque erosionaba la moral de los trabajadores de salud y los llevaba a dudar de la promesa de que posteriormente serían transferidos a otros proyectos verticales. En un esfuerzo por salvar el programa, Gabaldón sugirió que las autoridades de salud en los países latinoamericanos deberían crear una unidad permanente contra las enfermedades transmitidas por mosquitos, sobre la base de los servicios de erradicación de la malaria que existían en la región y dedicar más recursos a la investigación, la supervisión de operaciones y a la corrección de los problemas administrativos que habían fallado. Sin embargo, su consejo no fue seguido por nadie.²³² Para fines de los años setenta, la CNEP sobrevivía pero 90% de su presupuesto se iba en salarios, se hacía poco trabajo de campo, casi nada en investigación y 70% de sus vehículos estaban malogrados. Según un informe, la rutina administrativa había reemplazado el entusiasmo de los primeros años entre los cerca de 5 000 trabajadores de salud de la CNEP.²³³ Lo que en sus inicios había sido el programa más importante de la Secretaría de Salud, se encontraba en un estado de deterioro sin saber exactamente qué le deparaba el futuro.

Asimismo, lo que quedaba del compromiso político con la erradicación de la malaria fue minado por nuevas prioridades políticas. Después de 1970, con la elección del presidente Luis Echeverría (1970-1976), las autoridades políticas mexicanas hicieron eco de las preocupaciones internacionales sobre el crecimiento poblacional “excesivo” en el país, que entonces se estaba aproximando a 70 000 000 de habitantes. Recurriendo a un argumento conocido, según el presidente, la insuficiente producción agrícola iba a detener y socavar el crecimiento económico industrial de México, que era el motor del desarrollo. Los cambios encontraron eco en organizaciones, como una que tenía el nombre eufemístico de Fundación de Estudios de Población, creada a

²³² Arnoldo Gabaldón, “Difficulties confronting Malaria Eradication”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 21, n. 5, 1972, p. 638.

²³³ “Información suscita sobre los factores administrativos que originaron el deterioro de la Campaña contra el Paludismo en México, 1983”, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 249, exp. 2.

mediados de los sesenta, pero que se dedicaba a implementar programas de planificación familiar.

En 1970, una conferencia regional sobre población, la primera de su tipo en América Latina, fue organizada por uno de los centros de educación superior en ciencias sociales más prestigiosos de la región: El Colegio de México. La reunión fue auspiciada por una agencia de Naciones Unidas: la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Centro Latinoamericano de Demografía (Celade). Para el simposio recibieron fondos del Banco Interamericano de Desarrollo, USAID, el Banco Mundial, el Social Science Research Council y la Fundación Rockefeller.²³⁴ Poco después, una serie de gobiernos e intelectuales latinoamericanos rechazaron abiertamente las políticas en pro de la natalidad y promovieron el control de ésta como la base de nuevas políticas de población y planificación, que llevarían al desarrollo sostenido. En 1973, el presidente Echevarría dejó de lado las políticas tradicionales de población que habían marcado casi toda la historia del país e inició programas de planificación familiar para limitar el crecimiento de los habitantes.²³⁵ Por su lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social empezó a brindar servicios de planificación, el código sanitario fue cambiado para que fuese recomendable a estas mudanzas y se formó el Consejo Nacional de Población (Conapo) con aprobación del Congreso. Estas decisiones significaban tomar una ruta diferente a las políticas en pro de la natalidad, que estaban asociadas con la erradicación de la malaria y con la propaganda que el mismo Echevarría había hecho en las elecciones. Para entonces existía el interés de la industria farmacéutica y médica de hacer las nuevas tecnologías y los productos anticonceptivos usados en todas partes del mundo, independientemente de las justificaciones de seguridad, económicas o nutricionales para

²³⁴ “Grant-in-Aid to El Colegio de Mexico toward the Cost of a Latin American Regional Conference on Population, December 1, 1969”, RAC, RFA, R.G. 1.2, serie 323, caja 63, exp. 487.

²³⁵ Estas políticas fueron continuadas por el gobierno de José López Portillo (1976-1982), quien estableció una agencia para reducir el número de hijos por familia. Joseph E. Potter, “Population and Development in Mexico since 1940: An Interpretation”, *Population and Development Review*, v. 12, n. 1, 1986, p. 47-75.

una política activa de planificación familiar. Sin embargo, la planificación familiar no fue adoptada con la fuerza que querían sus gestores, en gran parte debido a la oposición de la Iglesia católica que después de la encíclica papal *Humanae vitae* de 1968 se opuso a los métodos artificiales de control natal. Aunque no están claras las motivaciones de Echevarría, lo cierto es que el país pudo recibir ayuda de una serie de agencias internacionales cuando adoptó la política recomendada por ellas. De esta manera, uno de los objetivos con los que había nacido la salud pública en el siglo XVIII, el aumentar la población, se abandonaba para volverse en lo opuesto.

Durante los años setenta, México también experimentó una crisis política y económica que cambió el contexto en el que había surgido la campaña de erradicación de la malaria. Algunos ejemplos de esta crisis fue el estancamiento económico —especialmente del sector agrícola—, el inicio de la inflación, la masificación de la migración hacia Estados Unidos y a la ciudad de México. Además, está la tensión entre los estudiantes universitarios y el gobierno, que tuvo su precedente en los dramáticos sucesos de 1968 en la Plaza de las Tres Culturas, en Tlatelolco, cuando el ejército realizó una masacre al disparar a estudiantes que protestaban y le hizo perder al gobierno lo que pareció tener desde la Revolución mexicana: legitimidad. Asimismo, desde fines de la década de 1970 surgieron guerrillas en las zonas rurales de Guerrero, lideradas por Lucio Cabañas (1939-1974), quien, paradójicamente, era un maestro de escuela que —aunque no sabemos si participó en la erradicación— sí había hecho oídos sordos de los cantos de sirena de modernización que la acompañaban y se había levantado contra el Estado. Fue perseguido y eliminado por los militares en 1974.²³⁶ Sin embargo, éste no había sido el único caso. Otros sucesos aislados y minoritarios de protestas rurales, hasta ahora poco estudiados, marcaron la Guerra Fría mexicana de los años cincuenta.

²³⁶ Thomas E. Skidmore y Peter H. Smith, *Modern Latin America*, Nueva York, Oxford University Press, 2001, p. 242-246; Donald K. Freebairn, “Agricultural Interactions between Mexico and the United States”, *Journal of Interamerican Studies*, v. 25, n. 3, 1983, p. 277.

Aunque algunas de estas protestas provenían de sectores que pueden ser considerados de clase media o mestizos, eran un indicador de males sociales y políticos importantes; entre ellos podemos mencionar el autoritarismo de un régimen de partido único, el empeoramiento de la pobreza rural, el creciente desempleo y una inequitativa distribución de la riqueza, que en conjunto minaban el apoyo popular a los gobiernos del Partido Revolucionario Institucional. Igualmente, estos hechos marcaron el fin del “milagro económico” mexicano iniciado a fines de los años cuarenta y revelaron que había favorecido a algunas zonas y sectores sociales. El presidente Echeverría trató de volver a ganar el apoyo popular, reorientó las políticas federales de ayuda a los sectores marginales, nacionalizó algunas industrias mineras y de electricidad, redistribuyó las propiedades de tierra privada en algunos estados y se opuso –aunque fuera sólo verbalmente– a la política exterior norteamericana en la región, con un discurso oficial más populista y radical.

Una carta dirigida al presidente Echevarría y firmada por los líderes de una comunidad indígena revela la esperanza de que se produjeran cambios bajo su gobierno, pues la desconfianza popular hacia la campaña de erradicación de la malaria persistía a comienzos de los años setenta. Es un documento que ilustra cómo la salud pública era aún percibida por la población: no como un derecho ciudadano sino como un recurso limitado, que podía ser obtenido o bloqueado por la máxima autoridad estatal, paternalista y árbitro en toda negociación. La carta fue escrita por campesinos de Cosolapa, Oaxaca, en un castellano quebrado que exigía el fin de la erradicación porque la consideraban

nada más un derroche de dinero para la nación mexicana y perder el tiempo útil y por la otra sentimos mucho que nuestra nación la aigan engañado que con este polbo se acabaría el paludismo [...] ni los mismos doctores se dan cuenta lo que es el paludismo. El paludismo tiene varios orígenes

1. mala alimentación
2. está trabajando y se va a bañar o le llovió el cielo [...]
3. cuando toma mucha agua antes de comer [...]

4. cuando el paciente tiene frío y después le entra la calentura. [...] desde que ese polbo yego todos los campesinos están perdiendo. Todos los poyos y gallinas y cochinos y asta uno que otro perro y gato.

[...] las brigadas vienen [...] no les importa rociar en el agua o en la comida ¿es justo? Y si ay un enfermo de grabeda no les importa le rosan [...] nos amenazan si nos oponemos, nos meten a cárcel. ¿Eso está bien? No señor presidente debe usted de quitar todas las brigadas y salbaremos nuestra nación y nosotros los mexicanos le agradeceremos que supo usted ver por sus hijos.²³⁷

La CNEP dio una respuesta breve a la misiva, ordenando a las autoridades locales dar la información “correcta” y “aconsejar” a aquellos que habían firmando la carta; asumía que, como en el caso de Villalobos, únicamente se trataba de un caso de mal manejo de las relaciones públicas del programa. Mientras tanto, la malaria creció en las regiones indígenas y pobres ubicadas al sur del país. En 1982, Chiapas registró 14 000 casos y un violento brote epidémico elevó el número de enfermos a 25 164 en el siguiente año –aunque la malaria disminuyó después–.²³⁸ La campaña fracasó en otro de sus objetivos implícitos: erradicar la medicina tradicional. En 1978 se estimaba que entre 15 000 000 y 20 000 000 de mexicanos se encontraban al margen de los sistemas médicos profesionales y eran pacientes de “la medicina popular”, que consultaba “curanderos, hueseros y yerberos”.²³⁹ Según otro estudio hecho en el mismo año, en las aéreas rurales los diversos tipos de curanderos eran visitados con más frecuencia que los médicos

²³⁷ “Juan José Bremer, secretario privado de la Presidencia, a Dr. Jorge Jiménez Cantú, 22 de marzo, 1974”, copia de la carta al presidente de la República, 18 de febrero, 1974, pide estudios más profundos del problema. La carta está firmada por Laureano Solano, Gonzalo, M. Torres y Lusio Herrera Gomes, Cosolapa, Oaxaca, AHSS, SSA, sección Secretaría Particular, caja 249, exp. 2.

²³⁸ Mauricio Ortega Gutiérrez, *Paludismo y economía campesina*, San Cristóbal de las Casas, UNAM, 2000, p. 52.

²³⁹ Asa Cristina Laurell, “Medicina y capitalismo en México”, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, v. 6, 1978.

occidentales.²⁴⁰ Otra dimensión del problema fue que la campaña no contribuyó directamente a un incremento de los profesionales en el campo. La mayoría de los recién graduados de las facultades de medicina siguió concentrándose en las ciudades; de esta forma, la mala distribución de recursos médicos persistió. Un estudio realizado en México en 1965 señaló que la urbanización y la industrialización atrajeron hacia las urbes a médicos mexicanos que venían trabajando en las zonas rurales.²⁴¹ Así, el país reprodujo un patrón que atraviesa la historia latinoamericana: la desigualdad en el acceso a los servicios médicos y los progresos sociales inequitativos, en términos de las oportunidades que tenían disponibles las familias. Mientras, el aumento del nivel de vida, los indicadores sanitarios positivos y la industrialización alcanzados en algunas zonas y ciudades, especialmente del centro y del norte, no habían beneficiado a las áreas rurales y al sur con la misma intensidad. Entonces, el Distrito Federal tenía una enorme concentración –un médico por cada 645 personas–, de los poco más de 21 000 profesionales que representaban un promedio nacional de más o menos un médico por cada 1 638 habitantes, lo que se acercaba al ideal de la época. Pero en Oaxaca, el promedio era de un profesional por 5 728 individuos y en Chiapas –con más de 1 000 000 de habitantes– el promedio era de uno por cada 4 000 personas.²⁴²

Con respecto a la malaria, la situación no era muy alentadora en el resto de las Américas. El informe final de una reunión regional de directores de los servicios de malaria, celebrada en México en marzo de 1979, decía que si se “considera a la región en su conjunto, se llega a la conclusión de que los programas de malaria en las Américas no han logrado un avance significativo en los últimos años [...]. En cuanto al número de casos registrados desde 1975 se ha observado anualmente un ligero aumento en la suma total para la región, con fluctuaciones en

²⁴⁰ Jesús Kumate *et al.*, *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, México, El Colegio Nacional, 1978, p. 408.

²⁴¹ Charles A. Meyers, “Education and National Development in Mexico”, en Frederick Harbison y Charles A. Myers (ed.), *Manpower and Education, Country Studies in Economic Development*, Nueva York, McGraw-Hill, 1965, p. 73.

²⁴² Milton I. Roemer, *La atención médica...*, p. 132.

cada país”.²⁴³ Junto a este reconocimiento vino la declaración de la OPS del año 1980 como el “año de la lucha frontal contra la malaria en América Latina”, aunque no estaba muy claro lo que esto significaba. La OMS y la OPS trataron de ensayar una clasificación en tres grupos de países entre los que habían logrado la erradicación. El primero reunía a naciones que ya lo habían logrado antes de que empezara oficialmente la erradicación –como Chile o islas como Jamaica–; en el segundo se encontraban los países con perspectiva de éxito en plazo limitado –Costa Rica y la zona del Canal de Panamá–; y un tercer grupo, donde las posibilidades de erradicar la malaria en un tiempo limitado eran escasas. En ese último se encontraba México, Perú, El Salvador, Guatemala, Bolivia y Brasil, además de Venezuela y otros que tenían el 60% de la población del área originalmente malárica de las Américas.²⁴⁴

Desde finales de la década de 1970, los líderes sanitarios mexicanos e internacionales se fueron convenciendo de que no existía una “bala mágica” en el trabajo contra la malaria. En cambio, las actividades antimaláricas necesitaban ser encargadas en diferentes frentes y adaptarse a una diversidad de contextos ecológicos y culturales. Más aún, exigieron que la creación de servicios permanentes de salud rural estuviera ligada a mejoras significativas de las condiciones de vida de los pobres del campo.²⁴⁵ Como una evaluación médica mexicana del programa sugirió correctamente, los futuros proyectos para erradicar la malaria no podían dejar de considerar el contexto del país y sus problemas generales de desarrollo.²⁴⁶

Para comienzos de los años ochenta, un investigador en malaria reconoció la sabiduría de las objeciones indígenas al trabajo enfocado en esta enfermedad y confesó que no podía explicarse porqué se había

²⁴³ Citado en Saúl Franco Agudelo, *El paludismo en América Latina...*, p. 18.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 22.

²⁴⁵ Desde 1971, un grupo especial fue creado para examinar el trabajo de la CNEP: “Consejo Técnico de la Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo, Acta de las Sesiones, 1971, México D. F.”, AHSS, SSA, serie Dirección, caja 55, exp. 1. Estaba conformado por defensores de la erradicación: Miguel E. Bustamante, Márquez Escobedo, Manuel Martínez Báez, Guillermo Romas y Carrillo y Luis Vargas. Un informe de sus actividades en Humberto Romero-Álvarez, “Estrategia y tácticas de la erradicación”, *Gaceta Médica de México*, v. 110, n. 6, 1975, p. 410-419.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 417.

escogido erradicarla en vez de eliminar la pobreza, el hambre u otras enfermedades.²⁴⁷ Es interesante anotar que ideas similares fueron expresadas al comienzo de la campaña por una autoridad municipal de Oaxaca, quien solicitó que el trabajo sanitario se redirigiera contra otras enfermedades y se incentivara la mejora de la limpieza del medio ambiente.²⁴⁸ Es importante resaltar que la onchocercosis, un verdadero drama en el sur del país, no fue objetivo de campaña alguna, justificándose los expertos en parte porque no se tenían entonces los medios para eliminarla y no representaba una amenaza para las ciudades.

Una nueva perspectiva internacional, más adelante denominada Atención Primaria de Salud, enfatizó la importancia de que los trabajadores antimaláricos entendieran las condiciones de vida y la cultura de las personas que serían supuestamente beneficiadas por los programas de salud, así como que se promoviera una participación activa de líderes locales en el diseño de proyectos de salud integrales. Un antecedente importante de esta perspectiva tuvo relación directa con la campaña y con la UNICEF. En 1970, la agencia anunció que brindaría recursos para que se impulsara la incorporación de los trabajadores sanitarios de Centroamérica, encargados de la erradicación, en los servicios generales de salud. El llamado, en parte, se derivaba del dramático crecimiento de la malaria en la región, especialmente en El Salvador. Costa Rica aprovechó la oportunidad y fue el primero en hacer uso de este fondo, convirtiéndose más adelante en uno de los líderes de la atención primaria.²⁴⁹ Poco después, la UNICEF no quiso

²⁴⁷ G. Gramicia, "Health Education in Malaria Control, Why has it Failed?", *World Health Forum*, v. 2, n. 3, 1981, p. 385-389. Algunos autores criticaron la concentración en la malaria en lugar de atacar otras dolencias extendidas del sur de México: Rosendo Pérez García, *La Sierra Juárez, Apuntes sobre arqueología, orografía, hidrografía, historia, estadística, economía, sociología, lingüística, biología, etc. De los pueblos del distrito de Ixtlán de Juárez*, México, Gráfica Cervantina, 1956, p. 245-248.

²⁴⁸ "Francisco Linares Carbajal [profesor de Jayacatlán] a jefe de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia Pública en el estado, Oaxaca, 9 de marzo, 1957", AGEO, *Poder Ejecutivo del Estado*, sección Dirección General de Gobernación, serie Secretaría General del Despacho, exp. 539.

²⁴⁹ Kenneth Grant, *UNICEF in the Americas, for the Children of Three Decades*, Nueva York, UNICEF Histories, 1986, p. 42.

volver a dar una contribución a la erradicación, a pesar de que varias naciones, especialmente centroamericanas, le pidieron hacerlo. Éste fue un caso excepcional porque en la mayoría de los países de la región el programa simplemente fue reducido o interrumpido cuando los recursos internacionales se volvieron escasos o nulos. Hacia comienzos de los años setenta, los únicos que pudieron declarar que la malaria había sido eliminada, producto de las campañas de erradicación, eran las islas del Caribe: Cuba, Dominicana, Grenada, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago. A mediados de los años ochenta, la OMS publicó un informe técnico que promovía el control de la malaria como parte de una política de Atención Primaria de Salud.²⁵⁰

No fue fácil intentar un repliegue ordenado de rociadores y malariólogos hacia las nuevas perspectivas sanitarias. La unidad mexicana a cargo del trabajo en malaria mantuvo sus características verticales y se limitó a tratar a los enfermos, a intentar reducir la transmisión y a la distribución de un larvicida químico. Poco se hizo en cuanto al control de vectores, la remoción de sistemas de agua inadecuados o la erradicación de la pobreza rural. No sólo los sueños de erradicar la malaria se desvanecieron sino también aquellos para controlarla. El tratamiento individual se convirtió en la principal respuesta a la enfermedad.²⁵¹ A comienzos de la década de 1990, un estudio sobre la zona selvática de Chiapas —una región de alrededor de 15 000 kilómetros cuadrados— revelaba cuán poco se sabía aún de algunas zonas del país, especialmente en cuanto a datos epidemiológicos, y señala la importancia de la CNEP como el primer contacto entre los servicios sanitarios oficiales y la población campesina: “El término de ‘desierto incógnito’ puede aplicarse para esta región, si de lo que se habla es de salud [...]. Durante mucho tiempo, la única presencia institucional en la zona fue la de

²⁵⁰ World Health Organization, *Malaria Control as Part of Primary Health Care, Report of WHO Study Group*, Ginebra, WHO, 1984. Sobre atención primaria, véase Marcos Cueto, “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Care”, *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, 2004, p. 1864-1874. Un esfuerzo importante en Manuel Sánchez Rosado, “Horizontalización de la lucha contra el paludismo en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 106, n. 2, 1959, p.163-167.

²⁵¹ Alexandrina Schuler, *Malaria: Meeting the Global...*, p. 26.

la Campaña para la Erradicación del Paludismo y la de misiones mexicanas y extranjeras”.²⁵²

En 1979, el Gobierno Federal mexicano y el Instituto Mexicano del Seguro Social firmaron un convenio para brindar atención médica, conocido como IMSS-COPLAMAR. Éste fue parte de un programa de atención a las necesidades esenciales de alimentación, educación y vivienda, que involucraba a más de 10 000 000 de personas en las áreas rurales marginales e incluía a campesinos pobres pertenecientes a diversos grupos étnicos. El nuevo proyecto se dio cuenta de la inmensidad de los problemas, que en parte eran similares y en parte mayores a los que tuvo que enfrentar la campaña antimalárica, como la dispersión de la población, los deficientes medios de comunicación, el bajo nivel de vida, las distintas lenguas, así como la escasez de personal y de establecimientos médicos. A pesar del gran esfuerzo realizado, un connotado antropólogo médico mexicano declaró, pocos años después, que en su implementación el programa no tenía énfasis suficiente en los aspectos socioeconómicos ni tomaba en cuenta la diversidad cultural.²⁵³

En términos epidemiológicos, la malaria en México –al igual que en otros países latinoamericanos– declinó en los años sesenta y setenta, pero después regresó a una condición parecida a la que existía en la primera mitad del siglo XX, aunque más atenuada en las ciudades. Muchos pobres se resignaron a aceptar la malaria como un hecho inevitable de la vida, como para un habitante de la clase media lo puede ser ahora la miopía o el astigmatismo. La habilidad de evadirla o de superar una infección por malaria se convirtió para muchos pobladores rurales en parte del azar o de una cultura de sobrevivencia. Una *cultura* que será discutida en las conclusiones, pero que tenía dimensiones profundamente humanas como las existentes en las respuestas locales

²⁵² Marcos Arana, “La salud en la selva de Chiapas en el final de siglo”, en Ignacio Almada Bay (ed.), *Salud y crisis en México. Más textos para el debate*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, 1991, p. 251.

²⁵³ Gonzalo Aguirre Beltrán, “La asistencia médica primaria y el retorno a la medicina popular”, en *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social Jesús Reyes Heróles, 1987, p. 33.

a la erradicación, la ampliación de sus significados originales por notificados, la crítica de médicos del interior de la república, como Villalobos, y el cuestionamiento de antropólogos como García Manzanedo y Kelly, e incluso la resistencia indígena a los efectos tóxicos de los insecticidas. Sus actividades sugieren la existencia de un esfuerzo holístico por entender la dimensión cultural y la dinámica local de la enfermedad y la salud y por ir más allá de los diseños metropolitanos y de las decisiones nacionales. Más aún, demostraron que la apropiación local y la adaptación de una campaña internacional eran factores críticos para el trabajo sanitario futuro.