

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

Conclusiones

Desde mediados de los años ochenta, brotes periódicos de malaria se hicieron comunes en México. En 1982 el número de casos fue estimado en poco más de 20 000 –la mayoría de ellos ocurría en el sudeste del país– y tres años después una epidemia de malaria resultó en más de 140 000.¹ Hubo un decrecimiento hacia 1988, cuando la cantidad de infectados oficialmente registrados en todo el país sumaba 116 230 personas.² Sin embargo, datos para el estado de Oaxaca ilustran una tendencia constante y dramática: 5 861 casos registrados en 1978 significaban una tasa de 258 individuos con malaria por cada 100 000 habitantes en toda la entidad. Las cifras y la tasa crecieron a 17 375 y 684, respectivamente, en 1984. Cuatro años más tarde, en 1988, la cantidad de 28 852 en Oaxaca representaba una tasa de 1 089 individuos

¹Para la primera cifra véase Jesús Kumate, “Las enfermedades infecciosas en México”, en Federico Ortiz Quesada (ed.), *Vida y muerte del mexicano*, México, Folios, 1982, v. 1, p. 53.

²Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, “Información epidemiológica de morbilidad, estado de Oaxaca”, Archivo General del Estado de Oaxaca, 1988 (mimeo), cuadro 12, s. p.

viviendo con la enfermedad por cada 100 000 habitantes y un 25% de los casos de todo el país —a escala nacional la tasa era mucho menor: 140 por cada 100 000 habitantes.

Además, la malaria era la cuarta causa de morbilidad en aquel estado, después de las enfermedades respiratorias y dos tipos comunes, pero diferentes, de enfermedades diarreicas. La situación era también crítica en otras entidades del sudeste, como Chiapas y Guerrero, que en 1988 tenían 18 922 y 17 062 casos, respectivamente, que representaban una tasa de 751 y 667, respectivamente.³ Al mismo tiempo, la capacidad del sistema de salud del país de responder a estos retos estaba mermada por el desempleo médico, la crisis económica, una severa recesión, una creciente deuda externa y una crisis política que acabaría con el monopolio y control del Partido Revolucionario Institucional de las elecciones presidenciales.⁴

Durante los años ochenta se agudizó la paradoja entre facultades universitarias de medicina, consideradas “sobrepobladas” de estudiantes para los recursos de enseñanza existentes, y las pocas posiciones laborales para los médicos graduados y las clamorosas necesidades de salud en el país, especialmente en su zona rural que requería más trabajadores sanitarios. El número de escuelas de medicina se incrementó de 15, a mediados de los años cincuenta, a 57 en 1983. Al mismo tiempo, sólo una cuarta parte de los graduados podía esperar tener un contrato permanente y la cifra de médicos desempleados se estimaba en 40 000.⁵ La situación acentuó el problema de la migración de profesionales de salud —médicos, enfermeras y técnicos— al exterior o una “fuga de talentos”, especialmente hacia Estados Unidos, fenómeno que casi no

³ *Ibid.*, cuadros 7, 9, 12.

⁴ Philip Musgrove, “The Impact of the Economic Crisis on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean”, *WHO Chronicle*, v. 40, n. 40, 1986, p. 152-157; Asa Cristina Laurell, “Crisis, Neoliberal Health Policy, and Political Processes in Mexico”, *International Journal of Health Services*, v. 21, n. 3, 1991, p. 457-470.

⁵ Leonel Espinoza Guzmán, “Situación actual y perspectivas de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud”, Oaxaca, 29 de mayo, 1986 [mimeo], p. 2, Biblioteca AGEO. Este trabajo aparece como parte de un volumen empastado titulado *Situación actual y perspectivas de la salud en el estado de Oaxaca*.

existía antes de 1950. Éstos eran temas de preocupación gubernamental porque muchos de los profesionales eran activamente buscados desde los países industrializados, quienes se ahorran, así, el gasto de la formación de personal especializado. Aunque desde México había menos emigración que desde otros países sudamericanos –como, por ejemplo, Argentina–, un estudio de 1965 determinó que jóvenes médicos mexicanos tomaban un examen para ver si podían practicar la medicina en Estados Unidos; resultado de ello fue que cada año 100 galenos emigraban al país vecino, inicialmente para ser internos o residentes y luego quedarse a vivir en Norteamérica.⁶ Para tener en contexto esta cifra es importante mencionar que en 1966 se estimaba que migraban 300 profesionales médicos de toda la región –lo que era equivalente al número de graduados de tres escuelas de medicina de regular tamaño en Estados Unidos–.⁷ La situación se agravó en los siguientes años.

De esta manera, en 1966 se intentó una “descentralización” en el sistema de salud, la cual se desarrolló de una manera vertical y autoritaria, por lo que retrajo la presencia del Estado en los servicios de salud. Además, debido a la crisis disminuyeron los gastos públicos en el área, se dio prioridad a las acciones focalizadas y se desmantelaron los programas de control de enfermedades. Ello tuvo un impacto diferente en distintas zonas del país provocando, sobre todo, desorden. Un estudio cita el contraste entre Yucatán, donde los servicios de control del paludismo estuvieron enteramente a cargo de los Servicios Coordinados de Salud y no había más personal dedicado exclusivamente a la malaria, con la situación que existía en Oaxaca donde persistía un programa “vertical-estatal con escasa participación” de otros servicios sanitarios.⁸ En realidad, esto era parte de un proceso mayor en el que

⁶ Donato G. Alarcón, *Evaluación de la necesidad de médicos en la República Mexicana y planeación de la enseñanza médica*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 1965, citado en Pan American Health Organization, *Migration of Health Personnel, Scientists and Engineers from Latin America*, Washington, Pan American Health Organization Library, 1966, p. 4.

⁷ Pan American Health Organization, *Migration of...*, p. 16.

⁸ Olivia López Arellano y José Blanco Gil, *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1993, p. 49.

una redefinición neoliberal trató de abandonar, sin producir un debate público, los viejos ideales de desarrollar los servicios de salud pública oficiales y un estado de bienestar. Se produjo entonces confusión y cierto caos, tanto en México como en varios países latinoamericanos que no pudieron o quisieron seguir las recetas dictadas desde el exterior, acerca de cómo debían reducir el alcance de sus servicios sociales públicos.

Para empeorar las cosas, las medicinas tradicionales y domésticas eran en la práctica ilegales y, en general, separadas del resto del sistema de salud pública.⁹ Sin embargo, muchos médicos consideraban que era inútil seguir persiguiéndolas, suponer que irían a desaparecer o considerarlas ineficaces.¹⁰ En la práctica, se había desarrollado un sistema de coexistencia de los diversos sistemas médicos, donde había influencias mutuas de pacientes que recurrían a las medicinas no-occidentales por razones económicas, geográficas y culturales, así como las relaciones entre terapeutas tradicionales y occidentales que variaban entre la tolerancia, la desaprobación y la colaboración.¹¹

Aunque las tasas de enfermos disminuyeron hacia el final de la década de los ochenta, en 1995 todavía se estimaba que 47505 mexicanos vivían en áreas maláricas. La situación fue más dramática en los estados de Chiapas y Oaxaca, donde la transmisión era más frecuente y acentuada que en el resto del país.¹² Afortunadamente, desde 1982 no se registró ninguna muerte atribuible a la malaria y tampoco caso alguno de resistencia a los medicamentos del mortal *P. falciparum*. De acuerdo con el CDC de Estados Unidos –las siglas en inglés para el una importante agencia epidemiológica: el Centro de Control y Prevención de Enfermedades–, el número de afectados fue de 3 819 en 2003, de los

⁹ Juan Javier Montesinos Camarillo, “Medicina tradicional”, Oaxaca [sin ciudad ni imprenta], 1986 [mimeo.], AGEO. Este trabajo aparece como parte de Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Situación actual y perspectivas...*

¹⁰ *Ibid.*, p. 4.

¹¹ Véase Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, *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.

¹² “Situación de la malaria en las Américas”, *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, v. 17, n. 4, 1996, p. 1-3.

cuales sólo 1% correspondía a casos de *P. falciparum*.¹³ Aunque la erradicación no alcanzó su objetivo en los parámetros militares en que fue enunciada, sus beneficios indirectos no deben ser soslayados: la malaria dejó de ser una causa de morbilidad importante en México, especialmente en las ciudades y sus alrededores; los trabajadores de salud se sumaron a los maestros y a los militares, como funcionarios oficiales reconocidos en zonas rurales; y se hizo el registro médico-geográfico que produjo los primeros mapas para muchas áreas remotas, los que fueron posteriormente utilizados en otros proyectos de salud. No obstante, persistieron algunas de las inequidades de salud, el formato militar y las técnicas contraproducentes. No ocurrió ninguna transmisión natural en las ciudades con una población significativa ni en los principales centros turísticos, pero sí se concentró en las áreas rurales más pobres, por ejemplo, en gran parte del estado de Chiapas donde, a pesar de todo, el DDT siguió siendo la herramienta de intervención preferida.¹⁴ Otros pesticidas tóxicos fueron usados en los cultivos comerciales con la esperanza de que produjeran mayores cosechas, pero afectaron negativamente la salud y el medio ambiente de la población rural. Además, México se enfrentó al problema de un incremento de los inmigrantes de Guatemala y de otros países centroamericanos, lugares donde la malaria era endémica. Algunos años más tarde, en 2004, un informe del CDC de Estados Unidos, estimaba que anualmente más de 57 000 casos de malaria existían en Guatemala, cifra que representaba más del 40% de los casos de la región mesoamericana.¹⁵

Sólo después de alguna presión internacional, funcionarios gubernamentales y Fertimex empresa nacional de producción de DDT, empezaron a restringir e incluso a prohibir el uso de algunos pesticidas e insecticidas. Uno de los casos más llamativos de envenenamiento por

¹³“Malaria, México”, disponible en <http://www.cdc.gov/malaria/control_prevention/mexico.htm>. Fecha de consulta: 4 de abril de 2006.

¹⁴Véase <<http://irptc.unep.ch/pops/indxhtmls/manexp11.html>> y <http://www.idrc.ca/reports/read_article_english.cfm?article_num=1094>. Fecha de consulta: 4 de abril de 2006.

¹⁵Véase Medical Entomology Research and Training Unit, “Guatemala”, disponible en <<http://www.cdc.gov/malaria/cdactivities/guatemala.htm>>. Fecha de consulta: 1 de abril de 2006.

pesticidas ocurrió a mediados de los años setenta en Comarca Lagunera, en el norte de México, donde 847 personas enfermaron y se produjeron cuatro muertes.¹⁶ En 1991, Fertimex fue privatizada y se establecieron restricciones adicionales a la producción de organoclorados. Al contrario de lo que hacían otros países del mundo, México no dejó de usar el DDT por completo para el control de la malaria sino hasta 2000. Un año más tarde, un acuerdo internacional sobre los contaminantes orgánicos –primer tratado global que buscaba prohibir un tipo entero de químicos utilizados en la agricultura– fue firmado en Estocolmo por más de 90 países, incluyendo a México y Estados Unidos.¹⁷ Nueve contaminantes orgánicos fueron prohibidos, mas el DDT fue ubicado en una segunda categoría con restricciones menos rígidas y muchos expertos discutían si podía ser usado con seguridad o debía ser eliminado progresivamente.

Durante los últimos años, un grupo de médicos y agencias internacionales de salud –como la OMS– lucharon y finalmente lograron que el DDT fuera restablecido de manera plena para las operaciones de control de la malaria, pero sin que esto dejara de ser cuestionado por activistas medioambientales que insistían en sus efectos contaminantes. Los primeros han argumentado que los riesgos del insecticida en la salud de los seres humanos no han sido confirmados científicamente, que la reemergencia de la malaria está fuertemente correlacionada con el decreciente número de casas rociadas con el DDT y que su uso sigue siendo la técnica más efectiva para el control de la malaria.¹⁸ Los segundos han respondido –en mi opinión de forma correcta– que existen diversos medios para luchar contra la malaria y que algunas cuestiones básicas de salud en las zonas rurales de los países en desarrollo deberían ser prioritarias; tales son: sistemas de agua adecua-

¹⁶ David Bull, *A Growing Problem: Pesticides and the Third World Poor*, Oxford, OXFAM, 1982, p. 43.

¹⁷ 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. 113-156.

¹⁸ Un ejemplo de un trabajo que propuso el regreso del DDT en Latinoamérica es: D. R. Roberts, S. Magin y J. Mouchet, “DDT House Spraying and re-Emerging Malaria”, *The Lancet*, v. 356, n. 9226, 2000, p. 330-332.

dos, buena nutrición, mejoras en las condiciones de vivienda y acceso a servicios médicos.¹⁹

Estas discusiones se han dado en medio de la aparición de nuevas iniciativas internacionales de trabajo contra la malaria. Una estrategia global de control fue adoptada por la OMS y la OPS, después de una importante conferencia a la que asistieron los ministros de salud y que se realizó en Ámsterdam, en 1992. Dicha estrategia le daba relevancia al diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado de los casos humanos, más que al control de vectores. Asimismo, enfatizaba la necesidad de medidas preventivas y de protección, así como el fortalecimiento de los recursos humanos locales –algo que se había perdido hacia el final de la erradicación–.²⁰ Sobre la base de esta estrategia, un programa importante –llamado “Hacer Retroceder la Malaria”– comenzó en 1998 como parte de una alianza global entre la OMS, el Banco Mundial, la UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y algunas agencias de cooperación bilateral, entre las cuales el Department of International Development (DFID), agencia inglesa, fue la más importante. El programa se propuso reducir a la mitad el número de casos de malaria para el año 2010.²¹ Inicialmente, éste reconoció algunas de las limitaciones de la erradicación de los años cincuenta. Aunque en su diseño original la promoción de mosquiteros impregnados con insecticidas no fue el único método que se impulsó, en muchos países en vías de desarrollo esta técnica acabó cumpliendo el papel que antes habían tenido muchas balas mágicas como los insecticidas y los medicamentos. Un problema adicional es que esta técnica exige una supervisión para que los mosquiteros sean usados adecuadamente,

¹⁹ Reed Karaim, “Not so Fast with the DDT, Rachel Carson’s Warnings Still Apply”, *The American Scholar*, v. 74, n. 3, 2005, p. 53-59.

²⁰ World Health Organization, *Implementation of the Global Malaria Control Strategy. Report of a WHO Study Group on the Implementation of the Global Plan of Action for Malaria Control 1993-2000*, Ginebra, WHO, 1993; *The Work of WHO 1992-1993 Biannual Report of the Director General to the World Health Assembly and to the United Nations*, Ginebra, WHO, 1994.

²¹ Global Partnership to Roll Back Malaria, *Roll Back Malaria Country Strategies & Resource Requirements*; D. Nabarro y K. Mendis, “Roll Back Malaria is Unarguably both Necessary and Possible”, *Bulletin of the World Health Organization*, v. 78, n. 12, 2000, p. 1454-1455.

algo que no siempre se hace. Asimismo, desde comienzos del siglo XXI existía la gran esperanza de que una vacuna diera la nueva solución técnica a la malaria. La primera vacuna que puede rastrearse es el resultado del trabajo del médico colombiano Manuel Patarroyo que produjo evidencia valiosa, pero no definitiva, sobre una inoculación a finales de los años ochenta. Desde 1997, el National Institute of Allergy and Infectious Diseases de Estados Unidos estaba empeñado en una campaña para diseñar una vacuna y muchos de sus miembros están seguros de que el momento de lograrlo está cerca.²²

En el año 2000, el Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis, and Malaria fue creado en una reunión del grupo G8 –conformado por los países más industrializados–, en Okinawa, Japón. Ello respondió a una alianza público-privada que incluyó a la OMS, el Banco Mundial, representantes de gobiernos y compañías farmacéuticas, donantes y ONG.²³ El fondo siguió el camino trazado por el programa “Hacer Retroceder la Malaria” y enfatizó la distribución de mosquiteros. Algunos de los documentos del fondo parecen ser críticos a las campañas verticales y unilaterales, pues le dan mayor importancia a los factores de “contexto” que “determinan” la prevalencia de la malaria. Esta perspectiva supone una mejora complementaria a la intervención médica y significativa en las condiciones de vida de los habitantes de las áreas rurales, un mayor acceso a los servicios de salud, una supervisión sanitaria de los movimientos de población y una preparación epidemiológica a cambios ambientales repentinos que puedan incrementar la población de *Anopheles*.²⁴ Aunque es importante destacar que la mayor parte de los recursos del fondo se destinan al sida y a la tuberculosis, aquellos asignados al trabajo antimalárico representaron el 26% del número total de recursos otorgados entre los años 2002 y 2005.²⁵

²² Robert S. Desowitz, “The Malaria Vaccine: Seventy Years of the Great Immune Hope”, *Parasitología*, v. 42, 2000, p. 173-182.

²³ Robert Walgate, “Global Fund for AIDS, TB and Malaria opens Shop”, *Bulletin of the World Health Organization*, v. 80, n. 3, 2002, p. 259-259. Véase también <www.globalfundatm.org>.

²⁴ Elizabeth A. Casman y Hadi Dowlatabadi (ed.), *Contextual Determinants of Malaria*, Washington, Resources for the Future, 2002.

²⁵ United States Government Accountability Office, *Global Health: The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria is Responding to Challenges but needs better*

A pesar de que la malaria en América Latina ya no tiene la connotación mortal que tuvo hasta hace pocas décadas, y que aún tiene en África, 17 de los 23 países de las tres Américas registraron casos de malaria el año 2001 y 293 000 000 de personas –o casi 36% de todos sus habitantes– aún viven en áreas con riesgo de transmisión. Aunque Brasil tenía la mayoría de los enfermos entre los países del continente –388 658 del total de 960 000 registrados en 2001–, la malaria era aún motivo de preocupación en México.²⁶ Más aún, es un reto sanitario para muchas otras naciones en vías de desarrollo, produciendo una cantidad significativa de muertes y un número preocupante de enfermos.²⁷ La gran mayoría de estos casos ocurren en el África subsahariana.

Algunas lecciones de la historia de la erradicación de la malaria pueden deducirse de este estudio. Primero, ha existido una tendencia a asumir que el éxito logrado en una región específica puede ser aplicado eficazmente en cualquier lugar, en un estilo que priorice la imitación de la tecnología. Este supuesto era especialmente problemático porque los logros mundiales que precedieron a la erradicación provenían de islas o territorios específicos en el Pacífico, el Mediterráneo y de Brasil. Los esfuerzos de eliminación de la malaria recibieron una masiva inyección de recursos, fueron dirigidos generalmente por militares y no se enfrentaron a realidades cambiantes porque fueron realizados en áreas no muy extensas ni diversas, y en algunos casos estaban orientados a erradicar una especie específica de *Anopheles* –como la campaña de Soper emprendida en Brasil con el apoyo de la Fundación Rockefeller–. Allí donde los programas sanitarios se enfrentaron a un territorio más amplio y complejo, la malaria tuvo que ser

information and documentation for Performance-Based Funding [informe al Comité del Congreso], mimeo, junio, 2005, p. 6, Stanford Library, Stanford University.

²⁶ Pan American Health Organization, *26th Pan American Sanitary Conference, 54 Session of the Regional Committee*, “Status Report on Malaria Programs in the Americas (sobre la base de los datos de 2001)”, Washington, D. C., 23-27 de septiembre, 2002, PAHO/HCP/M217/02, PAHO Library.

²⁷ U. S. House of Representatives. *HIV/AIDS, TB, and Malaria: Combating a Global Pandemic, Hearing before the Subcommittee on Health of the Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, One Hundred Eight Congress, First Session, 20 March 2003*, Washington, U. S. Government Printing Office, 2003, p. 1.

eliminada recurriendo a una serie de técnicas; ejemplo de ello es el programa de la Tennessee Valley Authority (TVA), en Estados Unidos, que en los años cuarenta y cincuenta ensayó proyectos versátiles que combinaban una serie de métodos como el saneamiento ambiental para reducir los criaderos de mosquitos en zonas donde se construían carreteras y represas, la eliminación de larvas e insectos adultos, una intensa actividad de educación sanitaria, protección de las viviendas y una variedad de métodos de control. La TVA fue también parte de un plan integral de desarrollo social que incluyó mejorar el acceso y uso del agua y de los ríos como un medio de transporte, energía eléctrica, la contención de los efectos de las inundaciones, la reforestación y el desarrollo agrícola.²⁸ El objetivo general era no sólo extinguir una enfermedad sino ayudar a una región económicamente deprimida a salir de su atraso.²⁹ Además, cuando se realizó este programa la tasa de infección ya estaba en declive en el sur de los Estados Unidos.

De una manera parecida, otros países como Italia habían logrado controlar la malaria antes de la llegada del DDT, gracias a actividades integrales de desarrollo agrícola e intensa educación de la población que priorizaban cambios medioambientales permanentes.³⁰ Sin embargo, estas ricas experiencias nacionales se volvieron irrelevantes para los expertos internacionales de los años cincuenta porque las nuevas tecnologías prometían ser más rápidas y efectivas, y unido a ello estaban los imperativos de la Guerra Fría que favorecían una campaña planteada como una lucha militar y que era menos costosa. Lo que finalmente fracasó no fue la lucha contra la malaria, ni el esfuerzo decidido de sus trabajadores locales. Lo que se desdibujó fue el modelo militar y la exagerada confianza en la tecnología en que fue enmarcada y que produjo posteriormente consecuencias como el parcial abandono de la lucha contra una enfermedad, importante en las zonas rurales de los países en desarrollo.

²⁸ Uriel Kitron, "Malaria, Agriculture and Development: Lessons from Past Campaigns", *International Journal of Health Services*, v. 17, n. 2, 1987, p. 295-326.

²⁹ Véase Marguerite Owen, *The Tennessee Valley Authority*, Nueva York, Praeger, 1973.

³⁰ Véase Frank Snowden, *The Conquest of Malaria: Italy, 1900-1962*, New Haven, Yale University Press, 2006.

La convicción de que era posible acabar con la malaria en cualquier parte usando el mismo repertorio de técnicas estuvo basada más en una red transnacional de líderes sanitarios brillantes y bien intencionados, pero equivocados, en la que participaron agencias bilaterales y multilaterales. Como resultado, la erradicación se volvió la única “verdad”, en las palabras de algunos de sus defensores una “doctrina”, y muchas lecciones del pasado fueron convenientemente olvidadas, soterradas.³¹ La erradicación también reforzó las expectativas acerca de que el uso de nuevas técnicas y métodos, casi por sí solos, solucionaría un problema complejo de salud, sin preocuparse mucho en la construcción de sistemas sanitarios integrales ni en la educación tanto del público como de los recursos humanos necesarios para luchar por la sanidad y el desarrollo. Asimismo, y lamentablemente, la mejora de la calidad de vida de los pobladores rurales fue vista como un proceso más prolongado, más difícil, y no fue intentado de manera seria como parte de la campaña.

Como segunda lección, las vicisitudes de la erradicación en México sugieren que, como muchas otras enfermedades infecciosas, la malaria no sólo es una realidad natural que espera una solución tecnológica adecuada sino que constituye una realidad social y económica que requiere de una respuesta social y política. Si tomamos en cuenta las dificultades de la campaña, para mediados de los setenta estaba claro que los supuestos de ésta –viabilidad técnica, beneficios económicos, la superioridad de la erradicación sobre el control y el compromiso político– fueron mal planteados; por ello, sólo acabaron provocando confusión y un retroceso desordenado de lo que era una motivación encomiable para terminar con uno de los principales problemas de salud de la humanidad. La tensión entre la confianza –exagerada– en la tecnología médica y la poca atención a las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad, se fueron agravando con el tiempo y todavía no han desaparecido.

Sin embargo, nunca hubo una evaluación de qué es lo que fracasó en esta experiencia. Ni la hay hoy en día. Muchos trabajadores de salud

³¹ Geoffrey M. Jeffery, “Malaria Control in the Twentieth Century”, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 25, n. 3, 1976, p. 361-371.

mexicanos y latinoamericanos continuaron las discusiones sobre las ventajas y desventajas de proyectos verticales enfocados en una enfermedad. Los programas de inmunización parecían dar la razón a algunos, mientras que los avances más lentos de la medicina comunitaria y de un trabajo más horizontal parecían dársela a los críticos de la erradicación. No obstante, el principal problema con esta tensión fue que se crearon bandos que hasta cierto punto eran rivales, donde había poca capacidad de autocritica; de esta manera, se debilitó la construcción de sistemas sanitarios unificados y flexibles, que permitieran la coexistencia de distintas perspectivas, algunas vitales y novedosas como la de saneamiento ambiental y el control vectorial. En última instancia, esta situación minaba la posibilidad de hacer de los trabajadores de salud una fuerza de presión que luchara por mejoras sociales significativas.

Una tercera e importante lección es que el supuesto acerca de que toda la evidencia y tecnología necesarias ya estaba disponible y sólo faltaba aplicar lo que este conocimiento indicaba —es decir, que no era necesaria más investigación o una supervisión constante del trabajo—, estaba profundamente equivocado. La campaña partió de la idea de que las técnicas y los métodos de la erradicación ya habían sido diseñados y aprobados por expertos en los países industrializados, y que las naciones en desarrollo sólo tenían que implementarlos. Hubo algún espacio para adaptaciones locales, pero a éstas les fue más difícil convertirse en alternativas. El supuesto se inscribía en una vieja tradición de considerar que era imposible la investigación básica, o incluso aplicada, que fuera relevante en los países pobres que eran —y son— percibidos como meros receptores de ciencia y tecnología. Debido a este supuesto no se prestó la suficiente atención a la necesidad de mayor supervisión de los logros alcanzados, de las dificultades encontradas y menos aún a una evaluación histórica que no fuese celebratoria, para aplaudir los éxitos verdaderos e iluminar los nuevos retos a los que se enfrentaba la lucha contra la malaria. Incluso, cuando las cosas iban mal, existió la actitud generalizada de olvidarse de los objetivos inicialmente propuestos y comprometerse con algo distinto.

De esta manera, en la década que se inició en 1970 la erradicación de la malaria fue reemplazada por la planificación familiar en la agenda

de las agencias bilaterales y de los principales donantes; esta nueva prioridad constituyó un proceso en el que no dejó de jugar un rol importante la promoción de las compañías farmacéuticas. Reaparecieron, entonces, los temores de una sobrepoblación producida por el control de la malaria y se dio inicio a un programa de control de la natalidad que tuvo su propia historia y problemas, los que tampoco se analizaron cuando estas actividades fueron cuestionadas desde mediados de la década de 1990.

Además, se le dio muy poca atención al reforzamiento de las capacidades locales de investigación y al sustento de una perspectiva histórica sobre los logros y la limitación de esfuerzos anteriores de eliminar la malaria. Por ello, una de las principales dificultades de las organizaciones nacionales e internacionales, que en parte se derivaba de un entendimiento limitado de su naturaleza oficial y gubernamental que tiene una historia y se ha enraizado en la política, fue la incapacidad para tratar los asuntos relacionados con políticas pasadas en un espíritu reflexivo y proyectivo para asumirlas de alguna manera simplista —como en las historias oficiales de salud que aparecieron en México y en otros países latinoamericanos cuando la campaña de erradicación de la malaria estaba en su apogeo—. Otro resultado negativo de este supuesto fue que el desmantelamiento de la erradicación y el repliegue, o transformación de los trabajadores de salud especializados en el control de vectores nunca fueron realizados de una manera ordenada. De hecho, la misma comunidad internacional quedó sin una iniciativa clara con respecto a la enfermedad hasta que apareció la propuesta de “hacer retroceder la malaria”, a fines de la década de 1990. Sin embargo, hasta entonces, lo que había pasado no fue evaluado ni asimilado por las agencias nacionales o internacionales, y tampoco por los trabajadores locales sanitarios. En parte por esta razón se produjeron problemas de territorialidad y empezaron a predominar la falta de flexibilidad y la fragmentación de los sistemas de salud.

Finalmente, el principal legado cultural de una campaña dominada por el imperativo tecnológico, junto con el tono militarista y económico de la Guerra Fría, fue la promoción de una versión limitada sobre la naturaleza y los objetivos de la salud pública. Las metáforas militares y la ambición por la “perfección” en la erradicación no funcionaron en

el largo plazo. Aunque inicialmente pudieron haber inspirado a algunos trabajadores de salud, no fueron útiles para comprometer al público en un trabajo de larga duración. La salud pública es, por naturaleza, una actividad social “imperfecta”, ejecutada en sociedades que no son réplicas de cuarteles, en donde quienes la dirigen tienen que aceptar que la disonancia, la persuasión y la adaptación a condiciones locales nuevas son valores preciosos, valores que hacen diferente a la salud pública no sólo del ejército o de las empresas sino de lo que puede diseñarse en un laboratorio o en un gabinete médico. Probablemente, uno de los problemas de la campaña fue que buena parte de sus líderes tenía formación médica y a veces militar, donde la verdad parecía ser siempre una sola y se suponía que la “ignorancia” y la “superstición” de la cultura indígena –vista siempre en singular– desaparecerían con el tiempo. Más aún, la salud pública, internacional o nacional, no puede ser un instrumento para intereses políticos que pueden ser pasajeros, como los imperativos de la Guerra Fría que en los años cincuenta utilizaron la necesidad de luchar contra una enfermedad infecciosa importante como un arma política de bajo costo.

El legado de este apoyo limitado e inconstante fue definitivo para reforzar lo que llamo una *cultura de la sobrevivencia* y de los *privilegios de la pobreza*. Ambos son notorios en el trabajo de salud en México y en otros países latinoamericanos que abrazaron la erradicación de la malaria. Mucha gente en esas naciones, así como en aquéllas en vías de desarrollo, cree de manera sincera que la salud oficial es solamente una respuesta temporal a emergencias, dirigida a evitar brotes epidémicos y a acostumbrarnos a niveles de enfermedad que consideremos tolerables. Al mismo tiempo es normal enmascarar estos objetivos limitados con proclamas por de los servicios universales que supuestamente brinda el poder. Por ello, sin ser maquiavélico, la erradicación buscó en realidad, como los ideólogos de la Guerra Fría, la contención de la malaria a zonas como África, la Amazonia brasileña y Chiapas, es decir, en lugares que no fueran amenaza para los ricos, la clase media y los poderosos. Esta *cultura* está simbolizada por la provisión –o la “dádiva” gubernamental– de vacunas, medicinas y la construcción de hospitales, que legitima el poder de los sectores acomodados. La educación, el diálogo, era unilateral. No era relevante comprender las concepciones

populares sobre la salud y la enfermedad, porque eventualmente la campaña eliminaría las “creencias populares”. La erradicación de la malaria y esta *cultura* asumen –muchas veces sin lograrlo– que la población es un receptor pasivo, obediente, de programas diseñados desde el exterior y las elites; se suponía, así, que quien brindaba un servicio de salud siempre sabía lo que le convenía a quien lo recibía. Sin embargo, este tipo de *cultura* no deja de ser en ocasiones flexible y tolerante con otro tipo de practicantes de la salud y acepta la negociación, recurriendo en determinados momentos a atraer a líderes comunitarios locales como una forma de neutralizarlos, precisamente porque las autoridades sanitarias del Estado saben que, en última instancia, no pueden imponer un monopolio de sus ideas y prácticas sanitarias.

Esta comprensión limitada de la salud como parte de una *cultura* que permita sobrevivir a los más pobres fue –y es– entonces, usualmente, la única demanda hecha al gobierno o a las promesas de los políticos latinoamericanos. Las actividades de salud efímeras y algo aisladas tienen el efecto negativo de reforzar expectativas de corto plazo con respecto a la salud pública. El resultado es entenderla como un parche, una solución temporal, que a veces pospone la muerte de una madre o alivia el dolor de un hijo, pero no es una actividad realmente dirigida a prevenir o a solucionar el problema de fondo y que regresa a que pensemos la salud como precisamente no quiere que lo sea el famoso y hermoso preámbulo de la Constitución de la OMS, es decir, que imaginemos todos la salud como la “ausencia de enfermedad”.

Progresivamente las fumigaciones fueron rituales simbólicos que se complementaron con la indolencia gubernamental, ante al deterioro de las condicionantes ambientales y de vida. Oficialmente se volvió una norma el responder a nuevos brotes epidémicos o destemplados casos de resistencia a la intervención oficial sólo cuando ésta fuera un escándalo, en especial si tocaba las fibras periodísticas. En un país con varios escándalos compitiendo por la atención del público, únicamente se atendían los problemas de salud cuando se volvían un asunto de vida o muerte. Como resultado, se debilitó por mucho tiempo la principal característica de la salud pública: la prevención.

La *cultura de la sobrevivencia* significa también que los pobres se acostumbraron –reforzando una tradición más antigua– a luchar por

el acceso a los servicios sociales oficiales para mejorar las vicisitudes de sus vidas, posponer la muerte y proteger a sus seres queridos. Los *privilegios de la pobreza* están referidos a una situación por la que poderosas elites nacionales y agencias internacionales de salud tienen el control de la distribución de los limitados recursos con los cuales enfrentar los problemas sanitarios; lo anterior las convierte en una fuente de poder en un contexto donde los recursos son escasos, la tentación de corrupción grande, el poder externo influyente y la redistribución sesgada. En última instancia, como lo han sugerido varios escritores, si no existieran brotes epidémicos ni pobreza que los produzcan, la salud pública tal cual la conocemos no tendría razón de ser.

Otra característica de los *privilegios* es la estigmatización, o la atribución de la culpa de las epidemias o enfermedades endémicas a extranjeros, personas o comunidades discriminadas o grupos marginales como los indígenas. El estigma ha sido un recurso fácil para diluir la responsabilidad de los gobiernos de dar soluciones tecnológicas y aparentemente sencillas al problema del atraso y frente a la incapacidad de alcanzar las metas y como una manera de tolerar el progresivo deterioro de las condiciones ambientales y de vida. Asimismo, la culpabilización de las víctimas jugaba con estereotipos populares como la supuesta “flojera anémica” de los campesinos. Por ello era común afirmar desde el poder que los pobres, así como los enfermos, tenían la culpa de su destino.

La combinación de la *cultura de la sobrevivencia* con los *privilegios de la pobreza* refuerza la inequidad en el acceso a los recursos y bienes, que supuestamente son comunitarios, la dependencia de la población y la pasividad de los trabajadores sanitarios en los servicios oficiales de salud pública. El trabajo sanitario es percibido popularmente como una actividad de poca visibilidad, de corto plazo y de escaso valor para cambios duraderos en una sociedad.

Esta *cultura de la sobrevivencia* se enraizó no porque se impusiera sobre individuos y comunidades pasivas sino porque reflejaba las virtudes y los defectos del sistema político, al que fueron acostumbrándose los funcionarios del Estado y los ciudadanos. Conllevaba ceremonias y símbolos que tocaban parte de las tradiciones nacionales, reafirmaba jerarquías que daban una imagen de orden y autoridad

sociales y permitía una capacidad de negociación con el poder. Paradójicamente, muchos de los pobres que piensan que este tipo de *cultura* es lo “normal” en la salud –a pesar de parecer una contradicción– también están convencidos que las dádivas estatales deben ser aprovechadas a pesar de sus limitaciones. En la habilidosa utilización de esta contradictoria resistencia y aprovechamiento de oportunidades limitadas, que muchas veces pasa por el ritual de aceptación del paternalismo estatal, radica el éxito de la sobrevivencia de muchas de las comunidades más pobres.

En relación con los trabajadores de salud que laboraban a nivel local con honestidad y entrega es posible también advertir un patrón que bien puede ser llamado *salud en la adversidad*. Éste se caracteriza por la innovación de tecnologías –como se dio, por ejemplo, en el caso del tratamiento de medicina a los pacientes y las innovaciones en la educación sanitaria–. Aunque fueron casos regionales y discontinuados, están marcados por el esfuerzo de adaptarse a las condiciones locales los proyectos oficiales. Ello significó comprometer a líderes comunitarios y “horizontalizar” intervenciones “verticales”. Es decir, buscar, espontáneamente, programas más holísticos que atiendan las necesidades básicas de salud y promuevan la participación comunitaria. Sin embargo el dilema con el que se encontraron salubristas enfrentados a epidemias a lo largo del siglo XX fue salvar vidas o promover una campaña política por la prevención y la modificación de los condiciones de vida. Generalmente se inclinaron por la primera opción haciendo lo que casi siempre se espera de un médico: que salve a las personas del peligro.

Es importante examinar las lecciones históricas de la erradicación de la malaria para mejorar el trabajo sanitario en los países en vías de desarrollo. En resumen, estas lecciones son: en primer lugar, la aceptación de la inexistencia de una solución universal y “perfecta” a los problemas de salud. Segundo, la insuficiencia de los modelos “militaristas” o “economicistas” en los programas sanitarios. En tercer lugar, la necesidad de una perspectiva holística, versátil, integral, flexible y de largo plazo en los proyectos implementados en el sector. Y por último, el desarrollo de una cultura popular con respecto a la prioridad que debe tener la prevención, y el uso de la historia para iluminar las políticas de salud.

En este sentido, la historia de la erradicación de la malaria proporciona un ejemplo extraordinario contemporáneo al examinar a los trabajadores de salud que participaron en la campaña creyendo sinceramente en ella, así como en su capacidad de adaptarla, o que la criticaron pero que hicieron un esfuerzo notable por sobreponerse a la adversidad. Analizar estas lecciones de la erradicación de la malaria puede servir para educar a los trabajadores de salud, participar con ellos en la comprensión de los logros y las limitaciones de los esfuerzos sanitarios del pasado reciente, para romper de esta manera el círculo vicioso entre la *cultura de la sobrevivencia* y los *privilegios de la pobreza* enquistada, interiorizada, en el poder, en los salubristas y en la misma población, y hacer de la *salud en la adversidad* un punto de partida para una mejor salud pública y una mejora de las condiciones de vida.