



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Cueto, Marcos

La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 22, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 255-273

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138083015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX

The “culture of survival” and international public health in Latin America: the Cold War and the eradication of diseases in the mid-twentieth century

Marcos Cueto

Profesor visitante, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
Av. Brasil, 4365/Prédio do Relógio
21040-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
cuemarcos@gmail.com

Recebido para publicação em junho de 2013.

Aprovado para publicação em junho de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>

CUETO, Marcos. La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.255-273.

Resumen

Este artículo analiza las principales campañas promovidas por agencias internacionales y organismos nacionales de salud dirigidas a erradicar enfermedad infecciosas en el ámbito rural latinoamericano de los años 1940 y 1950. Las dimensiones políticas del periodo han sido estudiadas pero todavía se ha prestado poca atención a sus dimensiones sanitarias. Este trabajo propone el concepto de “cultura de la sobrevivencia” para explicar los problemas de la salud pública oficial de Estados con políticas sociales limitadas que no permitieron el ejercicio de la ciudadanía. La salud pública, como parte de esta cultura de la sobrevivencia, buscaba ser una solución temporal sin enfrentarse a los problemas sociales que originaban las infecciones y dejó un legado en la salud pública de la región.

Palabras clave: salud internacional; Guerra Fría; América Latina; malaria; erradicación.

Abstract

This article analyzes the main campaigns run by international agencies and national health bodies to eradicate infectious diseases in rural Latin America in the 1940s and 1950s. The political dimensions of the period have been studied but there has been little attention as yet to the health dimensions. This article proposes the concept of a “culture of survival” to explain the official public health problems of states with limited social policies that did not allow the exercise of citizenship. Public health, as part of this culture of survival, sought a temporary solution without confronting the social problems that led to infections and left a public health legacy in the region.

Keywords: international health; Cold War; Latin America; malaria; eradication.

A mediados del siglo XX la salud pública internacional en América Latina le dio énfasis a las campañas verticales como la erradicación de enfermedades infecciosas rurales. Ello tuvo cierta continuidad con lo ocurrido en la primera parte del siglo cuando la Fundación Rockefeller y médicos militares norteamericanos promovieron campañas similares en algunos países del continente (Stepan, 2011). La “verticalidad” y el autoritarismo que acabaron adoptando estas campañas fueron resultado de un proceso en que se ensayaron diferentes formas de control y eliminación de enfermedades. Éstas dejaron un legado en la salud pública oficial: un patrón sanitario hegemónico que denominé “cultura de la sobrevivencia”. Este patrón se alimentó del contexto político de la época: la Guerra Fría y coexistió con un patrón alternativo contra-hegemónico que denominé “salud en la adversidad” que le daba mayor importancia a la participación comunitaria. El objetivo de este trabajo es analizar cómo se formó el primero de estos patrones e interpretar algunas experiencias que lo ilustran. La propuesta de que una cultura de la sobrevivencia fue preponderante en la salud pública internacional se concentra en el análisis de las políticas sanitarias oficiales de la década que se inició en 1950. Esta propuesta es diferente a los conceptos sociológicos y antropológicos Latinoamericanos que en los años 1960 buscaron explicar la resiliencia de los pobladores pobres a situaciones adversas y que promovieron la noción de una “cultura de la pobreza” (Lewis, 1961).

A mediados del siglo XX se formaron las principales características de la cultura de la sobrevivencia: énfasis exagerado en las tecnologías médicas, fragmentación de los sistemas de salud, discontinuidad de las políticas sanitarias y promoción de un concepto de la salud pública como una respuesta temporal a las emergencias. El énfasis en la tecnología estaba basado en el supuesto que tanto la tecnología médica moderna como los expertos que la dominaban eran los factores cruciales para un buen programa de salud. Estos eran considerados más importantes que la capacidad de adaptar la tecnología a contextos específicos. Asimismo, no era considerada prioritaria la resolución de los problemas sociales que generaban enfermedades epidémicas ni la construcción de sistemas sanitarios integrales ni tampoco la promoción de la salud como un derecho de todos los ciudadanos. Se pensaba que el deber de los servicios de salud era principalmente el control de enfermedades y ofrecer algunos servicios de salud; sobre todo en los centros poblados más importantes. Más aún, se asumía que la racionalidad de la medicina occidental se iría imponiendo a otro tipo de prácticas sanitarias populares, como, por ejemplo, las medicinas domésticas, indígenas, asiáticas o afroamericanas que eran condenadas como primitivas por la mayoría de los médicos que trabajaban en el Estado. Además de la confianza exagerada en la tecnología, otras características de la cultura de la sobrevivencia fueron la discontinuidad de los programas y la fragmentación institucional. Las campañas generalmente acabaron diluyéndose cuando no se alcanzaban los objetivos originalmente propuestos. Pocas veces se hacía un balance adecuado de los problemas no resueltos. De esta manera, muchos sistemas de salud latinoamericanos crearon programas paralelos en sus ministerios de salud que estaban desarticulados. La cultura de la sobrevivencia fomentó una percepción limitada de la salud pública; una respuesta transitoria a las emergencias. Estas actividades fugaces crearon expectativas efímeras con respecto a mejoras en la salud de la población. Como resultado, se “naturalizó” la alta incidencia de enfermedades infecciosas evitables entre los más pobres; lo que significó que

ellos se acostumbraron a tolerar la progresiva descomposición de sus condiciones de vida y a asumir el cuidado de su salud. Sin embargo, esta no fue la única manera de hacer salud pública en la región. También existió, un patrón alternativo, generalmente minoritario, que tuvo una perspectiva más holística de los problemas sociales y de salud.

La salud internacional y la Guerra Fría

La Guerra Fría, que empezó formalmente alrededor de 1947 y se extendió hasta cerca de 1990, generalmente se define como una etapa marcada por el predominio político, económico y cultural de los EEUU en un mundo que llegaba, cada cierto tiempo, al precipicio de una guerra con la otra superpotencia mundial: la URSS. No obstante, si se toma en cuenta una de las características esenciales de la Guerra Fría, la hegemonía política y cultural norteamericana, se puede decir que la Guerra Fría se manifiesta en América Latina antes de la Segunda Guerra Mundial y trasciende su fin formal, es decir, la caída del muro de Berlín y la disolución de la URSS (1989 y 1991, respectivamente). Durante la Guerra Fría, las dos superpotencias tenían diferencias en el modelo de salud pública que proponían para los países en desarrollo. Los norteamericanos difundían un modelo elitista de educación médica, de donde deberían surgir expertos en biomedicina que competirían en un mercado libre de trabajo; ello serviría para formar sistemas de salud mixtos (públicos y privados), ubicados sobre todo en las ciudades. En las áreas rurales organizaría campañas de control de las principales enfermedades (un modelo adoptado por la mayoría de gobiernos latinoamericanos de la segunda mitad del siglo XX). Los soviéticos enfatizaron la estatización de la medicina, estuvieron algo influenciados por la perspectiva holística de la medicina social europea que le daba importancia a mejorar las condiciones de vida de la población y priorizaron el liderazgo de los profesionales de salud en los servicios ofrecidos a la población; es decir, para ellos no era necesaria la participación comunitaria en los programas sanitarios.

Otra característica de la Guerra Fría fue que el mundo se dividió en zonas de influencia. Una de estas, fue la que formaron América Latina y el Caribe y los EEUU en el hemisferio occidental, con el panamericanismo como ideología y la Organización de Estados Americanos como herramienta política (Bethell, Roxborough, 1997). Los aspectos políticos, como la violencia de los regímenes autoritarios en la región y los movimientos insurreccionales y revolucionarios, han sido analizados por historiadores sociales pero todavía no se ha prestado suficiente atención a las dimensiones culturales y sanitarias de este importante periodo de la segunda mitad del siglo XX (Grandin, Joseph, 2010). Este es un asunto fundamental si se toma en cuenta que durante los años 1940 y 1950 varias elites y gobiernos – tanto democráticos como dictaduras – ensayaron programas de asimilación de las poblaciones rurales y políticas sociales para los trabajadores urbanos que buscaron conformar un Estado de Bienestar. Sin embargo, a diferencia de la Europa Occidental, del periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, este Estado nunca llegó a ser una realidad plena en América Latina (Draibe, Riesco, 2011).

Es importante enfatizar que el objetivo de la política exterior norteamericana fue contener al comunismo internacional con políticas que no fuesen solo militares o diplomáticas sino también con programas de cooperación técnica social, educativa y de salud pública. Ello

ocurrió inclusive en zonas consideradas periféricas a las superpotencias como América Latina y el Caribe, donde existían pocos partidos comunistas legales o con una militancia numerosa pero había el temor de que la pobreza y la enfermedad fuesen utilizadas para la propaganda y extensión de los mismos. En esta región, la búsqueda de la lealtad hacia los EEUU se inició oficialmente durante la Segunda Guerra Mundial; entonces Nelson Rockefeller – nieto del magnate petrolero que creó la Fundación que lleva su nombre – se puso al mando de programas bilaterales dirigidos desde el Departamento de Estado norteamericano, los cuales incluían la salud pública (Campos, 2006).

Después de la Segunda Guerra Mundial, los objetivos implícitos de las políticas internacionales de salud promovidas por instituciones multilaterales y bilaterales, cercanas al poder norteamericano, eran las de controlar más que eliminar por completo algunas de las principales enfermedades infecciosas epidémicas. Así, no obstante el programa antimalárico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzado en México en 1955, se denominara “global”, las campañas de erradicación buscaron tan solo la contención de la malaria. Al igual como los ideólogos de la Guerra Fría lo hacían con la “contención” del comunismo, desde el comienzo fueron excluidas zonas como la Amazonía brasileña y el África subsahariana. De una manera parecida, veremos como la cultura de la sobrevivencia en salud significó paliar, más que resolver plenamente, los brotes epidémicos.

Uno de los desarrollos trascendentales del periodo inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial fue la hegemonía del término “salud internacional”. Ello ocurrió porque las superpotencias apoyaron un proceso de articulación entre sus políticas exteriores y nuevas o renovadas agencias internacionales y porque surgieron comunidades académicas epistémicas transnacionales que ganaron reconocimiento político. Estas comunidades introdujeron un nuevo vocabulario alrededor de la noción salud internacional en los que otras palabras clave eran “paz”, “modernización” y “desarrollo”. Estos términos contribuyeron a que el de salud internacional reemplazase, por lo menos en las Américas, el término de medicina tropical (común en la Europa de la primera mitad del siglo XX) que después de la Segunda Guerra Mundial perdió prestigio y adquirió una connotación imperialista pues muchos expertos lo entendieron como una medicina para las colonias.

La salud internacional experimentó una reorganización institucional importante al finalizar la Segunda Guerra Mundial que fue parte del surgimiento de una nueva agencia mundial intergubernamental. Los EEUU promovieron la creación de una nueva organización política, diferente de la resquebrajada Sociedad de Naciones creada en 1919. En mayo de 1945 se realizó una Conferencia Internacional en San Francisco, California, de donde surgieron las Naciones Unidas (Townsend, 1997). Esta nueva institución planificó cuerpos técnicos especializados entre los cuales estaba una agencia internacional de salud, la que, en 1948, se fundaría formalmente con el nombre de Organización Mundial de la Salud (OMS) (Cueto, Brown, Fee, 2011). La Oficina Sanitaria Panamericana – hoy conocida como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y creada en 1902 con otro nombre – se renovó en 1947, en una Conferencia realizada en Caracas donde se eligió como director al ex funcionario de la Fundación Rockefeller Fred L. Soper, quien contaba con el apoyo del Departamento de Estado norteamericano. Poco después, Soper logró un acuerdo con Brock Chisholm, el primer director general de la OMS, para ser la oficina de esta agencia para el hemisferio occidental, en un

esquema de regionalización del que surgirían seis oficinas regionales. Mayor acercamiento entre ambas agencias multilaterales se produjo en 1953, cuando la OMS eligió como su segundo director general al brasileño Marcolino Candau, quien había trabajado antes con Soper en Brasil (Cueto, 2004).

Durante la década iniciada en 1950, estas agencias entendieron, en la práctica, la salud de la población como la ausencia de enfermedad. Se contradecía, así, el famoso preámbulo de la Constitución de la OMS de 1948 donde se decía que la salud “no era” solamente la ausencia de enfermedad y se sugería que la misma estaba relacionada con la mejora de las condiciones de vida (WHO, 1976). Un supuesto de esta forma de entender y hacer salud pública – que iría ganando influencia en las campañas verticales – fue que los métodos y tecnologías precisas para eliminar dolencias ya habían sido diseñados por expertos en los países industrializados y que los países en desarrollo solo tenían que implementarlos. La idea de la salud como ausencia de enfermedad percoló en otras agencias multilaterales, como lo Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en el principal órgano estadounidense de cooperación bilateral de la década de 1950, la Administración de Cooperación Internacional (ACI), que precedió a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), creada en 1961 (Black, 1996; Campbell, 1960).

La erradicación de enfermedades

Durante la primera mitad de la década del 1950, Soper convenció a los directivos de ACI, UNICEF, OPS y OMS de las ventajas de los programas verticales de erradicación y que la más importante de éstas era la campaña contra la malaria. Ya lo había intentado, durante la primera mitad del siglo XX, la Fundación Rockefeller, especialmente en campañas contra la fiebre amarilla y la malaria en la región en las que había participado el mismo Soper. Él consideraba que la erradicación de la malaria era mejor que las medidas tradicionales de control porque estas últimas se limitaban a convivir con la enfermedad (impidiendo que se multiplicasen los criaderos de larvas de los mosquitos que transmitían la enfermedad con métodos como desecar pantanos y administrar quinina entre los enfermos). Asimismo, Soper presentaba el control como ineficaz y costoso en el largo plazo, pues se requerían de cantidades constantes e insuficientes de recursos y personal. Sin embargo, convencer a las agencias internacionales no lo era todo; tenía que ganarse el apoyo de los trabajadores sanitarios locales.

La buena relación de Soper con autoridades sanitarias y políticas latinoamericanas, especialmente con las de Brasil donde había vivido varios años, fue fundamental para que éstas se sumaran al modelo erradicacionista; muchas veces, unos años antes que las agencias internacionales de salud. Algunos Latinoamericanos se convirtieron en los más tenaces partidarios de este modelo contribuyendo a construir la hegemonía sanitaria norteamericana. El modelo erradicacionista consistía en seleccionar algunas dolencias o vectores de enfermedades como prioritarios. Para comienzos de los años 1950, los objetivos para la erradicación fueron: la viruela, el mosquito *Aedes aegypti* (que transmitía la versión urbana de la fiebre amarilla y el dengue), la frambesia (o pian) y la malaria. En las primeras campañas existió una coexistencia entre los métodos tradicionales de control y los postulados

de la erradicación de enfermedades. Eventualmente, un modelo rígido de la eliminación se impuso sobre el del control gracias a la idea de que la erradicación radical era, en última instancia, más barata que el control y que técnicas modernas y expertos entrenados para utilizarlas debían dominar la dirección de los programas.

Para mediados de siglo XX, el *Aedes aegypti* era considerado el transmisor más importante de una enfermedad periurbana y de algunas zonas rurales en América Latina: la fiebre amarilla. La respuesta sanitaria estuvo inspirada en una experiencia brasileña, un país donde Soper encabezó una exitosa campaña de control con relación a otro mosquito que transmitía la malaria. En la década de 1930, Soper dirigió, militarmente y con éxito, una lucha contra una especie de mosquito importado desde África (el *Anopheles gambiae*) que apareció en la provincia brasileña de Ceará (en un programa que consistía principalmente en la inspección de todas las casas posiblemente infestadas) (Packard, Gadelha, 1994). El éxito llevó a pensar que era posible erradicar algunas especies de mosquitos relacionadas con dolencias infecciosas. Inspirados en parte en este trabajo de Soper, la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana de 1947 aprobó la propuesta brasileña de organizar campañas verticales en todo el continente contra el mosquito *Aedes a.* que transmitía la fiebre amarilla. Esta decisión se fundamentaba, además, en la preocupación de las autoridades brasileñas que cinco años antes habían eliminado la transmisión urbana de la fiebre amarilla, reducido a proporciones insignificantes la población de mosquitos *Aedes a.* en el país y que temían que este insecto y la enfermedad retornasen desde países vecinos (Costa et al., 2011).

El resultado brasileño no era un pequeño logro. El mito del principal higienista del país, Oswaldo Cruz, se había construido a comienzos del siglo XX, en parte, por su liderazgo en el control de los mosquitos que transmitían la fiebre amarilla en Río de Janeiro. La confianza en que la ciencia y la tecnología irían a resolver los problemas que se presentasen en la lucha contra esta enfermedad pareció confirmada en la década de 1930 y en los años posteriores. El año de 1938 fue crucial para la historia científica de la fiebre amarilla por la aplicación, por primera vez en seres humanos, de la vacuna 17D en el estado brasileño de Minas Gerais (Frierson, 2010). Sin embargo, esta vacuna – que había sido descubierta y estudiada entre 1932 y 1937 por un equipo de investigadores de la Universidad Rockefeller, liderado por Max Theiler – tardó algunos años más en generalizarse como un medio de protección. Por ello, no es casual que en la Conferencia Panamericana de 1947 se tomase la decisión de concentrarse en la eliminación del que era considerado aún el principal mosquito que transmitía la fiebre amarilla urbana bajo el entendido de que una empresa de este tipo era entonces posible siempre y cuando no se limitase a un solo país. La decisión de erradicar el mosquito prometía buenos resultados en los centros urbanos porque era dirigida contra un vector considerado frágil y con hábitos antropófagos que existía sólo en las ciudades. Para entonces, se pensaba que la erradicación total de la enfermedad era una utopía porque existían en la Amazonía más mosquitos que transmitían el virus que producían la enfermedad y el microorganismo tenía un reservorio natural en los primates (Magalhães, 2013).

Se sabía que el *Aedes* gustaba de utilizar contenedores de agua doméstica limpia, como las que existían en los floreros, para depositar sus larvas (Oficina..., 1954, p.572). La tecnología para eliminar este mosquito consistió en aplicar el novísimo insecticida de acción residual DDT (Zimmerman, Lavine, 1946) cuya acción era letal tanto a las larvas como la población

adulta de mosquitos. El DDT fue descubierto por el suizo Paul Müller, empleado de la compañía alemana Bayer, quien lo patentó en 1940. Sin embargo, solo fue usado en una campaña de salud en 1944 para controlar las pulgas que transmitían el tifus exantemático entre los seres humanos. Hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, primero soldados aliados y más tarde civiles así como sobrevivientes de los campos de concentración Nazi, fueron literalmente rociados con el nuevo insecticida para eliminar los vectores del tifus (Soper et al., 1947; Bayne-Jones, 1950). El DDT también fue utilizado por médicos militares norteamericanos durante la lucha de los soldados aliados en el sur de Europa y en el Japón para eliminar a los *Anopheles*, el mosquito que transmitía la malaria.

Publicaciones populares de los EEUU, como las revistas *Time*, *Newsweek* y *Life*, consideraron el insecticida como uno de los grandes descubrimientos médicos que habían surgido de la Segunda Guerra Mundial (Kinkela, 2005). Poco después de acabada la Guerra, la Fundación Rockefeller con apoyo del ejército norteamericano lideró una importante campaña contra la malaria en la isla de Cerdeña que tuvo al DDT como su principal herramienta y que redujo significativamente el número de mosquitos. Ello resultó en una baja sensible en los índices de morbilidad de esta enfermedad (de los más de 74 mil casos registrados en 1946 – un número inusual porque, en los años anteriores a la guerra, la isla había experimentado una declinación de la incidencia de la enfermedad – se registraron apenas poco más de 15 mil casos de malaria en 1948 y solamente 1.300 al año siguiente) (Farley, 1994; Tognotti, 2009). Para entonces, los EEUU ya no consideraban al insecticida como un secreto militar y lo habían declarado de libre disposición para su uso entre civiles.

La idea acerca de que el control de las enfermedades era posible sin mayores mejoras sanitarias era esencial para los médicos militares norteamericanos y fue posteriormente asumida por las campañas verticales más autoritarias. Durante el control de las zonas ocupadas, los militares apenas tenían tiempo para controlar brotes epidémicos y proteger a sus soldados. Tenían que hacerlo además al menor costo posible. Es decir, no podían ocuparse de construir o reestablecer una infraestructura básica de salud. En la estela de la Guerra, proyectos antimaláricos basados en el DDT fueron exitosamente implementados en pequeños territorios como Córcega y Grecia, al igual que en zonas de países más grandes como Venezuela y la Guyana Británica. Posteriormente, la idea sería llevada a la salud pública internacional que actuó también bajo el supuesto que era posible la erradicación de la malaria sin cambios significativos en las condiciones de vida. Una idea complementaria en la política exterior norteamericana de la Guerra Fría fue que era posible controlar las principales enfermedades, e inclusive resolver algunos problemas sociales puntuales, sin importar que los sistemas políticos de la región fuesen dictaduras o no.

El esfuerzo de la OPS por aplicar el DDT contra el *Aedes* empezó en Paraguay y luego se extendió a otros países de América del Sur. Para los funcionarios de la OPS y los sanitaristas brasileños era importante trabajar en Paraguay porque era uno de sus países vecinos más pobres que tenían podía reinfestar a países con programas más adelantados como el de Brasil (Schule, 1928; Plunkett, 1946). En el programa intervino activamente el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla Brasileño, la organización más experimentada de la región. Este servicio, se creó en 1940 por un decreto ley para continuar el trabajo que venía realizando, desde hacía algunos lustros, la Fundación Rockefeller, que se estaba retirando progresivamente

de la salud internacional. Entre 1949 y 1950, la campaña de erradicación del mosquito fue implementada en la América Central después de un brote de fiebre amarilla en Panamá (Pinto Severo, 1958, p.379).

Una de las novedades tecnológicas de la campaña fue el método perifocal, dirigido tanto contra las larvas como contra los mosquitos adultos. Fue entendido como una solución flexible e intermedia entre el método intradomiciliario – el rociado del DDT en el interior de las casas – y el larvicida que sobretodo consistía en usar soluciones a base de petróleo en los contenedores de agua doméstica y que era típico de los programas de control. Dos ventajas de esta combinación eran en primer lugar la utilización de un aparato simple y pequeño para rociar el DDT. En segundo lugar que se evitaba la resistencia de la población, pues a veces el DDT era rechazado porque algunos pobladores se quejaban de sus efectos colaterales contaminantes. Esta campaña de métodos mixtos, que combinaba la erradicación con el control, prosiguió con éxito, a pesar de que se registraron casos de resistencia del *Aedes aegypti* al DDT como en la isla de Trinidad (es decir mosquitos que no morían con el insecticida) (Camargo, 1967). Sin embargo, la coexistencia de medidas de control con la de erradicación sería desalentada posteriormente.

Hacia 1961, el *Aedes a.* había sido eliminado de buena parte del continente y varios países y territorios recibieron certificados de la OPS que declaraban que estaban libres del mosquito (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana Francesa, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Uruguay, Panamá, Perú, la zona del Canal de Panamá y las Honduras británicas o Belice). Al mismo tiempo, en 11 localidades e islas el certificado de erradicación se encontraba en vías de obtención (como Aruba) y en 13 (entre los cuales estaban países grandes como Argentina, Jamaica, México y Venezuela) existían programas en desarrollo (Soper, 1963; Slosek, 1986). No obstante, hubo países que ni siquiera habían empezado su programa como los EEUU. Ello fue lamentado amargamente por Soper en sus memorias quien esperaba que los EEUU tuvieran un rol de liderazgo en la eliminación del vector de la fiebre amarilla (Soper, 1977, p.121). En cambio, los cirujanos generales del Servicio de Salud Pública norteamericano de comienzos de la década de 1960 Leroy Edgar Burney y Luther Leonidas Ferry prefirieron concentrar sus esfuerzos en el saneamiento ambiental, en condenar el uso de tabaco como causa de algunos cánceres, en aprobar planes de salud para los más pobres y los ancianos y en promover la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles. Para ellos, no era una prioridad la fiebre amarilla a pesar que después de presiones de la OPS elaboraron un plan de erradicación del mosquito que existía en varios estados del sur norteamericano; un plan que no se cumplió plenamente (Burney, 1966). En parte por este incumplimiento y por la persistencia del mosquito en el Caribe; hacia fines de los años 1960 se produjo una reemergencia del *Aedes a.* en casi todos los países que habían recibido certificados de erradicación y posteriormente una reaparición del dengue en el continente (Schliessmann, 1967).

Otro ejemplo de erradicación fue el de la viruela. Gracias al impulso de Soper, el Comité Ejecutivo de la OPS aprobó un plan de erradicación de esta enfermedad en 1949, que fue ratificado en la 12ª Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada al año siguiente. Esta iniciativa se apoyó en esfuerzos que ya se venían realizando en México y Guatemala (quienes al año siguiente de la decisión de la Conferencia declararon que la viruela había sido eliminada

en su territorio). También el éxito se debió a que, a partir de 1949, se empezó a difundir una nueva técnica que venía siendo usada para preservar el plasma sanguíneo, la penicilina y otros productos biológicos: la liofilización. Esta consistía en la desecación de la vacuna sin cambiar su estructura básica, lo que permitía resolver el problema de la ausencia de suficientes puntos de refrigeración en las zonas rurales. Gracias a eso, se creó y difundió una vacuna que podía estar sin refrigeración por más de un mes y que podía ser producida en laboratorios latinoamericanos. En pocos años reemplazó la vacuna glicerizada refrigerada que era costosa de mantener (aunque se siguió usando la vacuna glicerizada en ciudades donde era posible mantenerla refrigerada).

En México, la conquista sobre la viruela fue también el resultado de un par de décadas de trabajo de las Brigadas de Vacunación, que cubrían las áreas rurales desde fines de los años 1920, y de una vigorosa campaña lanzada en 1944 con el objetivo de administrar 28 millones de dosis en un país que tenía entonces aproximadamente 16 millones de habitantes (García Sánchez, Celis Salazar, Carboney Mora, 1992). Este trabajo contribuyó con una declinación de los casos de esta enfermedad; una tendencia perceptible antes de la Conferencia Sanitaria de 1949 (Agostoni, 2011). Otros países de la región obtuvieron éxitos parecidos hacia 1952 gracias al fortalecimiento de los servicios de cobertura de vacunación como Guyana Francesa, Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Belice (Franco Paredes, Lammoglia y Santos-Preciado, 2004).

En los años siguientes se observaron resultados similares. Por ejemplo, Chile experimentó el último caso de viruela en 1954 y Venezuela, que venía realizando un activo programa de inmunización desde la década del 1940, tuvo un último caso en 1956 (Curiel, 1960). En varios países, el trabajo se concentró en las zonas endémicas. Los trabajadores de salud no trataron de cubrir extensos territorios nacionales (como se haría después en otros programas de erradicación). Tal fue el caso de la provincia argentina del Chaco donde se concentraban la gran mayoría de casos y donde, en 1957, los sanitarios vacunaron a más del 80% de la población. Gracias a esta concentración, se pudo declarar la enfermedad erradicada en toda la Argentina. Es importante resaltar que este valioso trabajo previo a la eliminación mundial de la viruela se debió, en parte, a que existía popularmente cierto conocimiento y aceptación del tema. Ello se remontaba, sobre todo, a la promulgación, en los países de la región, de leyes y reglamentos – especialmente entre 1900 y 1920 – que hicieron obligatoria la vacunación. Su permanencia en el tiempo sugiere que se vencieron las resistencias populares a la vacunación; comunes hasta comienzos del siglo XX.

Hacia 1959, cuando representantes de URSS convencieron a los delegados de la Asamblea de la OMS de lanzar un programa global de erradicación contra la viruela, la transmisión ya había sido interrumpida en gran parte de Centro y Sudamérica. En 1967, la OMS intensificó el programa de erradicación con más recursos y personal especializado y lo concentró en los lugares más afectados (como se había hecho en la Argentina). Ello sumado a la difusión de la vacuna liofilizada y el uso de la aguja bifurcada, permitió que países como Bolivia, Colombia y Paraguay entre otros, se liberaran definitivamente de la enfermedad. Brasil era el único país latinoamericano donde habían regiones con un número de casos que constituía un peligro para la exportación de la enfermedad (como ocurrió a mediados de 1970 cuando la viruela fue exportada al Perú) (Hochman, 2009). A pesar de ello, América Latina era para las autoridades de la OMS – junto con Europa y los EEUU – la región donde lograr el objetivo

de la erradicación en un breve plazo parecía seguro (Fenner et al., 1988). De hecho, en 1971 se registraron los últimos 19 casos en Brasil que fueron, a su vez, también los últimos casos autóctonos del hemisferio occidental. Así, América Latina se adelantó a lo que posteriormente fue un éxito de la salud internacional: la erradicación universal de la viruela alcanzada por la OMS en 1980. Sin embargo, las características menos autoritarias de esta campaña no fueron difundidas durante las décadas de 1950 y 1960 lo que posibilitó que se instaurase más fácilmente un modelo autoritario de campaña vertical.

La penicilina, el DDT y la erradicación

La experiencia de erradicación de la frambesia cristalizó muchas de las ideas que tenía Soper y los funcionarios de la salud internacional de entonces y tuvo un impacto en perfilar la verticalidad: la impronta tecnológica y el autoritarismo que se volvió inherente en campañas posteriores. Estas características fueron sobreponiéndose a la flexibilidad que se asomó en la lucha contra la viruela o en la campaña contra el mosquito transmisor de la fiebre amarilla. Una de las primeras y más importantes campañas verticales, que tuvo un tinte autoritario, estuvo dirigida contra la frambesia y se realizó en Haití a comienzos de 1950, donde la enfermedad estaba diseminada en las zonas rurales (Van Zile Hyde, 1955). Con la esperanza con que nacen muchas nuevas tecnologías médicas, las inyecciones intramusculares de penicilina aparecieron como la solución. Fueron promovidas como más efectivas que los tradicionales medicamentos elaborados sobre la base de arsénico y bismuto que generalmente estaban vinculados al contraproducente e inhumano sistema de aislamiento forzoso de los enfermos (Chambers, 1938). La OPS, UNICEF y el gobierno de Haití se unieron, en 1950, en un gran esfuerzo dirigido a erradicar la enfermedad. UNICEF proporcionó la penicilina, los equipos, vehículos y materiales para ejecutar el programa. El gobierno de Haití pagó por los locales y empleados encargados de realizar las labores administrativas, aplicar los tratamientos y registrar los datos estadísticos; además, formó un servicio especializado denominado *Campagne pour l'Eradication du Pian* que, aunque dependía del Ministerio de Salud Pública, gozaba de gran autonomía. Se esperaba que una detallada pirámide administrativa cubriera las necesidades de un programa gigantesco: entre 1950 y 1956 se atendió a un total de 365.740 personas afectadas por la frambesia (una cifra significativa si se tiene en cuenta que Haití tenía poco más de 3,5 millones de habitantes). Otra cifra impresionante fue que, a fines de 1954, el 97% de la población rural del país había recibido inyecciones de penicilina para curar o prevenir la frambesia. En países vecinos, como la República Dominicana, Venezuela y Brasil, se establecieron programas parecidos contra la enfermedad (Muniz, 2013). A fines de la década de 1950, todo indicaba que se había alcanzado cierto éxito reflejado en la reducción de la enfermedad en las tasas de prevalencia. Sin embargo, poco después se reconoció que la enfermedad persistía en Haití y en otros países de la región (Petrus, Velarde Thome, 1957). Aunque la historia de este valioso esfuerzo en el Caribe aún está por escribirse, el resultado fue que Haití tuvo menos casos de una dolencia específica; esta nación siguió siendo la más pobre de la región con un precario sistema de salud.

En el caso de la erradicación de la malaria, se tenía esperanza en nuevas tecnologías como los insecticidas de acción residual; esta vez dirigidas contra los mosquitos adultos de la

especie *Anopheles* (se pensaba que no era necesario usar el DDT al mismo tiempo contra las larvas como se había hecho con el uso del método perifocal contra el mosquito transmisor de la fiebre amarilla). Asimismo, se confiaba en nuevas medicinas antimaláricas, basadas en la cloroquina (que había sido identificada por químicos alemanes de la Bayer, en 1939, que la llamaron Resochin y que llegó a ser usada por médicos militares norteamericanos hacia el final de la Segunda Guerra Mundial para proteger a sus soldados). El uso del DDT contra mosquitos adultos así como los nuevos medicamentos se convirtieron en las armas principales del verticalismo de programas antimaláricos que caracterizarían el patrón de la cultura de la sobrevivencia.

En 1950, la OPS y otras agencias aprobaron una campaña para eliminar la malaria de las naciones en desarrollo; empero esta decisión no pudo realizarse de inmediato por falta de apoyo político y económico (Najera, 1989). Cuatro años después, cuando se celebró la 14ª Conferencia Sanitaria Panamericana, se había conseguido este apoyo por lo que se empezó a ejecutar la política de erradicación de la malaria en la región mediante el uso intensivo del DDT contra los mosquitos adultos. En 1955, una Asamblea Mundial, organizada por la OMS y realizada en México, ratificó la misma decisión. Estas decisiones iniciaron grandes operaciones sanitarias en las que la disciplina de los trabajadores de salud se asemejaba a los de una unidad militar. Ello ocurrió a pesar de que la confianza inicial no estaba bien justificada, pues eran ciertos los informes preliminares que indicaban la resistencia de algunas especies del *Anopheles* al insecticida DDT. Esta información fue utilizada por los defensores de la erradicación a su favor (Litsios, 1997; Packard, 1997). Según ellos, la resistencia de los mosquitos solo podía vencerse con una aplicación drástica del insecticida, lo que evitaría una explosión malarica global y lo que hacía más urgente comenzar los programas sanitarios. Se calculó entre 5 y 8 años la duración de las campañas nacionales que debían ser realizadas en todo el mundo (en la práctica empezaron en América Latina y más específicamente en México) (Cueto, 2007).

A comienzos de la década de 1960, las autoridades políticas y sanitarias de la región suscribían el programa de erradicación de la malaria que era una versión más autoritaria y vertical que las campañas implementadas contra el mosquito de la fiebre amarilla o contra la viruela. Los servicios especializados, ligados a los ministerios de salud, usualmente llamados Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, funcionaban como un ministerio dentro de sus ministerios; es decir, con muchos recursos, autonomía y prestigio en el sector público. Por ejemplo, muchos de ellos dependían directamente del presidente de la república y tenían presupuestos propios. Durante los primeros 10 años, se obtuvieron resultados notables en el control de la transmisión en las áreas más densamente pobladas y en las zonas rurales accesibles por carreteras. Hacia 1974, se decía que la erradicación liberó de la enfermedad a zonas de las Américas donde vivían noventa millones de personas; no obstante, posteriormente, la malaria regresó y se afincó en algunas zonas rurales, siendo actualmente una de las grandes enfermedades de la región.

La erradicación en problemas

Entre los problemas técnicos que explican el fracaso de la erradicación de la malaria vale resaltar la resistencia a la cloroquina del *Plasmodium falciparum* – el agente que causa la forma

más grave de malaria – y la resistencia de algunas especies de *Anopheles* a los insecticidas. Algunos de los problemas sociales fueron la precariedad de las viviendas rurales (con pocas paredes susceptibles de retener los insecticidas), el hábito de los campesinos de dormir fuera de las viviendas durante el verano, las poblaciones nómadas y los problemas generados por la migración entre países con diferentes avances en sus campañas de erradicación (como la migración de los campesinos guatemaltecos hacia el sur de México, por ejemplo). Otro problema significativo fue la aparición de nuevos criaderos de mosquitos generados por la construcción de carreteras, la deforestación y los proyectos hidroeléctricos y mineros que atrajeron a nuevos migrantes.

Unidos a los problemas mencionados estuvieron dificultades de naturaleza cultural y tecnológica trascendentales: los insecticidas eran tóxicos y mataban no solo a los mosquitos sino también a las gallinas, abejas productoras de miel y otros pequeños animales criados para complementar la alimentación familiar campesina. Otros insectos – como los escorpiones – desarrollaron resistencia a los insecticidas y se volvieron un problema de salud pública infantil en algunas zonas de México (Mazzotti, Bravo-Becherelle, 1961). En algunos lugares, el pluralismo médico no pudo salvar las distancias que separaban las diferentes concepciones sobre el cuerpo, las fiebres y la enfermedad. Los campesinos consideraban que las fiebres se debían a cambios bruscos de temperaturas o a comer frutas que no estaban suficientemente maduras y se oponían a entregar una muestra de sangre para exámenes maláricos a médicos del Estado que recién conocían porque temían que pudiera usarse en maleficios. Una limitación de la campaña fue la poca preocupación por la contaminación ambiental, un tema cada vez más importante sobre todo después de la publicación del libro de Rachel Carson (1962) *La primavera silenciosa*, que explicó los efectos nocivos de los pesticidas. Estudios que siguieron este libro argumentaron que el DDT liquidaba progresivamente a peces, pájaros, mariposas y era peligroso para la salud de los seres humanos. Para las agencias de salud internacional, tanto los pesticidas como los insecticidas eran un mal necesario y el único método para mantener los cultivos agrícolas y la salud de la mayoría de la población en los países pobres. La discusión sobre el DDT continuaría por los siguientes años y solamente en 1972, poco después del establecimiento de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés), el DDT fue vetado por esta agencia federal norteamericana para su uso en los EEUU (pero esto no significó que se prohibiera su exportación).

Con el paso de los años, las áreas maláricas volvieron a expandirse y aumentó el porcentaje de personas infectadas. En 1959, Fred L. Soper había dejado la dirección del máximo organismo multilateral de salud de las Américas lo que debilitó el liderazgo de la campaña porque el nuevo director de la OPS, el chileno Abraham Horwitz, que dirigió la agencia entre 1959 y 1975, aceptaba la continuidad del programa pero en realidad no tenía como prioridad la eliminación de la malaria. En los primeros años de la década de 1960, las agencias privadas y bilaterales dejaron de brindar los recursos económicos necesarios para realizar las tareas de la erradicación que eran cada vez más costosas. Entonces, cobraron importancia, al interior de la OMS, las ideas de funcionarios para quienes el trabajo de erradicación debía estar acompañado por una cuidadosa supervisión y evaluación así como por el desarrollo de servicios básicos de salud (WHO, 1964). No obstante, solo en 1969, en una Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, se detuvo formalmente la erradicación de la malaria. Desde entonces

se estableció una complicada coexistencia entre las campañas de erradicación, que ya estaban en retroceso, y el control de la enfermedad. Posteriormente, las agencias multilaterales y bilaterales abandonaron paulatinamente la lucha contra la malaria sin evaluar lo que había ocurrido y se concentraron en nuevas preocupaciones. Aparecieron, por ejemplo, temores neomalthusianos de una explosión de la población pobre del mundo. Tanto la OMS como la OPS, con apoyo de USAID, reforzaron los programas de control de la natalidad en los países en desarrollo (Sharpless, 1995).

Un patrón alternativo a la cultura de la sobrevivencia, que denomino “salud en la adversidad”, fue desarrollado por una minoría de trabajadores de salud latinoamericanos durante la Guerra Fría; un patrón que en este artículo apenas es esbozado. Por ejemplo, en México, durante el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940), se inició una lucha contra la malaria y otras dolencias rurales que dio prioridad a la infraestructura sanitaria, a la educación de la población y al saneamiento ambiental. Como corolario, ante la concentración de los profesionales en las ciudades, se inauguró en México, en 1936, un programa para que los egresados médicos pasen seis meses en una localidad rural (Carrillo, 2005). En otros países surgieron casos de este patrón. Ejemplos del uso creativo de recursos limitados y preocupación por la educación de los pobladores rurales fueron el de Salvador Mazza en el noreste argentino y el de Manuel Núñez Butrón en el sur de los Andes peruanos cuyos orígenes se remontan a los años 1920 y 1930, respectivamente (Leonard, 1992; Cueto, 1991). En los años siguientes, durante y después de la Segunda Guerra Mundial, las experiencias comunitarias de Arnoldo Gabaldón contra la malaria en Venezuela y las reformas médicas integrales impulsadas con la revolución cubana indicaron que existía otra opción al patrón de la cultura de la sobrevivencia para la salud pública en la época de la Guerra Fría (Gutiérrez, 1998; Beldarraín Chaple, 2005).

Consideraciones finales

La verticalidad de las experiencias de erradicación, especialmente la de la malaria, marcó a la salud pública oficial de América Latina de la segunda mitad del siglo XX. Aunque existieron antecedentes de la cultura de la sobrevivencia en la primera parte de la centuria, es desde mediados del siglo cuando se forjaron sus tres características más importantes. La primera fue la glorificación de la tecnología. Existió una tendencia a asumir que el éxito logrado en una región específica podía ser aplicado en cualquier contexto y que nuevas tecnologías no necesitaban adecuarse a alguna realidad específica. Dicha convicción fue sostenida por una comunidad epistémica transnacional que tuvo entre sus miembros a dirigentes de agencias bilaterales y multilaterales. Entonces, la erradicación se volvió la única “verdad” y, en palabras de algunos de sus defensores, en una “doctrina”; un término que connota la rigidez de los programas verticales y que evoca la disciplina militar con la que trataron de ser replicados (Pampana, 1963). Como resultado, muchas lecciones del pasado o perspectivas alternativas fueron olvidadas y soterradas. Esta cultura también reforzó la expectativa acerca de que nuevas herramientas tecnológicas, así como una mejor administración de las mismas por parte de expertos, resolverían complejos problemas sociales y de salud. La impronta tecnologicista no le daba tanta importancia a la construcción de sistemas sanitarios articulados ni a la participación comunitaria en el diseño y ejecución de los programas de salud.

Al mismo tiempo, las trompetas triunfalistas alrededor de tecnologías novedosas asumían que el objetivo de las campañas podía alcanzarse sin intervenir en la mejora de las condiciones de vida de los más pobres, una intervención percibida por muchos políticos como parte de un proceso más prolongado y difícil. Se pensaba que el deber de los servicios de salud era principalmente el control de enfermedades, un poco menos la promoción de la salud pero que estos no tenían relevancia en relación a la resolución del problema de la pobreza (un problema que era uno de los orígenes de muchas infecciones). Por otro lado, se entendía que la “superioridad” de las ideas y de las metodologías de la medicina occidental moderna contribuiría a desvanecer concepciones y prácticas de salud no oficiales como las medicinas indígenas y afroamericanas así como las medicinas domésticas ejercidas por las madres de familia (algo que no ocurrió). En este sentido las campañas de la salud internacional coincidían con el afán modernizador de la Guerra Fría que, en teoría, buscaban asimilar a poblaciones rurales a una cultura de mercado que hablase y escribiese en los idiomas oficiales como el castellano o el portugués y que participase de una manera mesurada en el sistema político establecido. Sin embargo, este ideal generalmente se transformó, en América Latina, en una cooptación de los líderes políticos y sanitarios de las áreas rurales a las políticas gubernamentales y al control del grueso de la población marginalizada que no lograba ser asimilada.

La primera característica de la cultura de la sobrevivencia suponía, además, que toda la tecnología necesaria estaba disponible, que estaba fundamentada en evidencias presentadas en revistas académicas internacionales y que solo faltaba ejecutarla. Este supuesto se inscribía en una vieja tradición de considerar que era casi imposible la investigación básica, o incluso aplicada, en los países pobres, percibidos como meros receptores de ciencia y tecnología del exterior. En consecuencia, se dio poca atención a reforzar las capacidades locales de generación de conocimiento o a la misma evaluación local como exigirían algunos funcionarios de la OMS en los años finales de la campaña contra la malaria. De esta manera, crecieron las asimetrías entre los directivos de las agencias internacionales de salud, localizados en centros urbanos metropolitanos, y las dirigencias sanitarias y los trabajadores locales latinoamericanos. Si bien en los primeros ensayos de erradicación, como contra el mosquito de la fiebre amarilla y la viruela, se había buscado un diálogo, y existido una circulación de conocimientos y técnicas, entre los directivos de las agencias internacionales y los latinoamericanos, a partir de las campañas contra la frambesia y la malaria se esperaba que los latinoamericanos fuesen tan solo entusiastas seguidores de los modelos diseñados en el exterior o en todo caso receptores pasivos de estos modelos. De esta manera, se recrearon relaciones de dependencia en las redes epistémicas transnacionales en las que muchos dirigentes salubristas latinoamericanos participaban como entusiastas defensores, por ejemplo, de las ideas de Soper.

Una segunda característica de la cultura de la sobrevivencia fue la retroalimentación entre la discontinuidad y la fragmentación institucional. Las campañas sanitarias generalmente acabaron diluyéndose o, a veces, interrumpiéndose abruptamente cuando no se alcanzaban los objetivos en los plazos inicialmente propuestos o se acababan los recursos financieros brindados por agencias internacionales. Ello terminó provocando confusión y un retroceso desordenado en programas sanitarios. No se prestó la suficiente atención a la necesidad de analizar las dificultades o los logros alcanzados para iluminar los retos y las incógnitas a los que se enfrentaba la salud pública. De esta manera, la discontinuidad se volvió en una

característica del trabajo sanitario. Al mismo tiempo, esta intermitencia estuvo relacionada al hecho de que muchos sistemas de salud latinoamericanos estuviesen marcados por la fragmentación porque se embarcaron en nuevos programas sin acabar de reformar o finalizar adecuadamente los que habían enfrentado dificultades. Tuvieron, muchas veces, uno o más programas verticales y otros programas más holísticos y alternativos a los anteriores; pero todo ello en un marco de desintegración, rivalidad y tensión. El principal problema con esta tensión fue que hubo menos condiciones para una capacidad de autocrítica y de una reorientación de los servicios de salud en su conjunto. De esta manera, la discontinuidad y la fragmentación debilitaron la construcción de sistemas sanitarios flexibles que tolerasen la disonancia, mermaron la posibilidad de convivencia entre programas holísticos y campañas específicas contra una epidemia o una dolencia (estos últimos siempre necesarios), debilitaron la gobernabilidad de los sistemas de salud pública por las disparidades de sus programas y de sus objetivos y minaron la posibilidad de hacer de los trabajadores de salud una fuerza de presión que luchase por mejoras sociales.

Finalmente, la tercera característica de la cultura de la sobrevivencia fue la promoción de una versión minimizada de la salud pública; entendida como un parche a las emergencias, con intervenciones puntuales y costo-efectivas que acabaron presentando como un dilema – un falso dilema – el control de las enfermedades versus la promoción de mejoras en las condiciones de vida y la construcción de infraestructura sanitaria. El primero, la intervención efímera y superficial, parecía una prioridad mientras que la segunda recibía menos atención. La salud pública oficial se convirtió frecuentemente en una respuesta temporal a las emergencias, dirigida a evitar brotes epidémicos “intolerables”, especialmente para los políticos y los medios de comunicación. Generalmente, se volvió costumbre el responder a brotes epidémicos rurales solo cuando estos se convertían en escándalo político o mediático. En países con varios escándalos compitiendo por la atención del público, solo se atendían los problemas de salud rural cuando se volvían una emergencia impostergable. Estas actividades pasajeras tuvieron el efecto negativo de generar expectativas de corto plazo con respecto a la salud pública; expectativas que suponían que la salud pública oficial era apenas un recurso para que los más pobres puedan sobrevivir. Esta tercera característica de la cultura de la sobrevivencia – que reforzaba el estereotipo de la salud como la ausencia de enfermedad – se plasmó en medidas asistenciales como la organización de campañas verticales de un tinte autoritario y la provisión – o dádiva gubernamental – de vacunas, medicinas básicas y la construcción de hospitales. El asistencialismo se complementó con la indolencia gubernamental al deterioro de las condiciones sanitarias y de vida. El trabajo sanitario oficial no parecía vinculado a reformas sociales ni a un desarrollo rural sostenido y sustentable. Como resultado, se debilitó por mucho tiempo rasgos fundamentales de la salud pública como la prevención, el diálogo y la persuasión de la población o su capacidad de ser una tribuna para demandar reformas sociales. De esta manera, la salud pública hegemónica renunció a ser una actividad que asegurase lo que se esperaba de ella en el liberalismo; es decir, que junto con otros servicios sociales, como la educación pública de calidad, garantizara la igualdad de oportunidades, contribuyera al desarrollo social y permitiera el ejercicio de la ciudadanía y el progreso individual; independientemente de las características de nacimiento (como lugar, clase social, género o etnicidad) (Fiori, 1997; Laurell, 1998).

La cultura de la sobrevivencia fue hegemónica porque se fue imponiendo sobre otras alternativas de trabajar en salud, porque contó con el apoyo político del Estado y porque fue progresivamente tolerada por muchos individuos y líderes comunitarios que se fueron acostumbraron a los defectos de un sistema político clientelista. Un sistema donde los funcionarios del Estado, las comunidades y los individuos podían conseguir pequeñas prebendas y ventajas para subsistir. Las elites, que estaban detrás del precario Estado de Bienestar latinoamericano de mediados del siglo XX, aspiraban a legitimar su poder a nivel nacional a través de la provisión de servicios sociales asistenciales reducidos o limitados y la asimilación de parte de la población periférica al poder. Este Estado conllevaba rituales que resonaban con tradiciones nacionales, como distribuciones gratuitas de bienes y favores a cambio de lealtades y obediencias políticas, reafirmaba rangos que daban una imagen de orden, jerarquía y legitimidad y permitía un pequeño espacio para la negociación de los pobres con el poder estatal.

Los pobres no fueron pasivos a la cultura de la sobrevivencia; ni siquiera cuando las campañas verticales más autoritarias tuvieron intensidad. Muchos de ellos, recurrieron al autocuidado y a la medicina popular, luchando al mismo tiempo por el acceso a los limitados servicios sanitarios para diluir el dolor, proteger a sus seres queridos y postergar la muerte. Tampoco todos los trabajadores de salud aceptaron ciegamente la hegemonía de esta cultura y buscaron caminos alternativos. Al mismo tiempo, y algo paradójicamente, algunos trabajadores de salud aceptaron esa cultura para buscar resquicios en el asistencialismo médico estatal y promover programas de salud más inclusivos y menos autoritarios. Grupos menos numerosos de trabajadores de salud intentaron innovaciones que estaban fuera del libreto oficial; ensayaron métodos flexibles e insistieron en el diálogo y la participación comunitaria, la descentralización de los servicios y en la educación sanitaria en el patrón alternativo al hegemónico: la “salud en la adversidad”. Los que siguieron este patrón carecieron generalmente de un marco teórico coherente, no eran parte del núcleo de facultades universitarias o revistas científicas que los respaldasen, experimentaron problemas en conseguir el apoyo político necesario, y tuvieron dificultades en sobreponerse a las asimetrías internacionales que reforzaron las decisiones sanitarias en las agencias de salud internacionales o en las capitales de los países. Además, recogieron retazos de la medicina social europea, coexistieron con campañas verticales reduccionistas y sufrieron, además, de cierta invisibilidad porque pocas veces fueron recogidas por la historia oficial de la medicina (Cueto, 1991).

El análisis del verticalismo y progresivo autoritarismo de las campañas sanitarias latinoamericanas de la segunda mitad del siglo XX puede servir para iluminar el quehacer sanitario contemporáneo; en especial el legado de la cultura de la sobrevivencia en dos perspectivas sobre cómo pensar y trabajar en salud pública. Estas perspectivas van a surgir en la región entre fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Una perspectiva hegemónica, enfatiza la funcionalidad de la salud pública para el crecimiento económico, insiste en el poder de nuevas tecnológicas y apuesta por la organización de campañas verticales, básicamente autoritarias, como un método de motivar a los trabajadores locales y líderes de salud. Según esta visión no es responsabilidad de los sistemas de salud pública luchar por una reforma social que minimice la vulnerabilidad de los pobres ante las enfermedades sino que los líderes de salud deben, en la práctica, manejar las emergencias y en el mejor de los casos aspirar a garantizar

el acceso universal de los individuos a un paquete básico de servicios de salud. Otra visión – heredera de una crítica a la cultura de la sobrevivencia y que se remonta a la participación latinoamericana en programas de atención primaria de salud y más recientemente influenciada por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud – considera que la salud pública debe ser una plataforma para modificar inequidades sociales y sanitarias injustas y evitables. Asimismo, que los sistemas de salud deben ser integrales, balanceados y contar con la participación de la población (Buss, Pellegrini Filho, 2007). Según esta perspectiva, las campañas contra dolencias específicas e inclusive el objetivo de la eliminación completa de algunas dolencias es posible y necesario; pero un sistema de salud no puede ser una sumatoria de campañas verticales y menos aun cuando estas son concebidas de una manera autoritaria o confiando solo en que una nueva tecnología resuelva un problema de salud. La historia de la salud pública puede ser parte de este debate y contribuir a comprender los antecedentes, las características y los desafíos de ambas perspectivas.

REFERENCIAS

- AGOSTONI, Claudia.
Estrategias, actores, promesas y temores en las campañas de vacunación antivariolosa en México: del Porfiriato a la Posrevolución (1880-1940). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.2, p.459-470. 2011.
- BAYNE-JONES, Stanhope.
Commentary on typhus control in World War II. *Yale Journal of Biology and Medicine*, v.22, n.6, p.483-493. 1950.
- BELDARRAÍN CHAPLE, Enrique.
Cambio y revolución: el surgimiento del Sistema Nacional Único de Salud en Cuba, 1959-1970. *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, v.25, p.257-278. 2005.
- BETHELL, Leslie; ROXBOROUGH, Ian.
Introduction. The postwar conjuncture in Latin America: democracy, labor and the left. In: Bethell, Leslie; Roxborough, Ian (Org.). *Latin America between the Second World War and The Cold War, 1944-1948*. Cambridge: Cambridge University Press. p.1-22. 1997.
- BLACK, Maggie.
Children first: the story of Unicef, past and present. Oxford: Oxford University Press. 1996.
- BURNEY, Leroy E.
Reaching out for new dimensions. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v.44, n.3, p.283-293. 1966.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto.
A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v.17, n.1, p.77-93. 2007.
- CAMARGO, Sólón de.
History of *Aedes aegypti* eradication in the Americas. *Bulletin of the World Health Organization*, v.36, n.4, p.602-603. 1967.
- CAMPBELL, Eugene.
The role of the International Cooperation Administration in international health. *Archives of Environmental Health*, v.1, n.6, p.502-511. 1960.
- CAMPOS, André Luiz Vieira de.
Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.
- CARRILLO, Ana María.
Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, v.25, p.145-178. 2005.
- CARSON, Rachel.
Silent spring. Cambridge: Riverside Press. 1962.
- CHAMBERS, Henry Daniel.
Yaws (frambæsia tropica). London: J. & A. Churchill. 1938.
- COSTA, Zouraide Guerra Antunes et al.
Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v.2, n.1, p.11-26. 2011.
- CUETO, Marcos.
Cold War, deadly fevers; malaria eradication in Mexico, 1955-1970. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2007.

CUETO, Marcos.

El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS. 2004.

CUETO, Marcos.

Indigenismo and rural medicine in Peru: the indian sanitary brigade and Manuel Nuñez Butrón. *Bulletin of the History of Medicine*, v.65, n.1, p.22-41. 1991.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore; FEE, Elizabeth.

El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes*, v.38, n.69, p.129-156. 2011.

CURIEL, Darío.

La erradicación de la viruela en Venezuela como resultado de una campaña preventiva. *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social*, v.25, n.2-3, p.17-32. 1960.

DRAIBE, Sônia M.; RIESCO, Manuel.

Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina: um novo desenvolvimentismo em gestação? *Sociologias*, v.13, n.27, p.220-254. 2011.

FARLEY, John.

Mosquitoes or malaria? Rockefeller campaigns in the American South and Sardinia. *Parassitologia*, v.36, n.1-2, p.165-173. 1994.

FENNER, Frank et al.

Smallpox and its eradication. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1988.

FIORI, José Luís.

Estado de bem-estar social: padrões e crises. *Physis*, v.7, n.2, p.129-147. 1997.

FRANCO-PAREDES, Carlos; LAMMOGLIA, Lorena; SANTOS-PRECIADO, José Ignacio.

Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo. *Gaceta Médica de México*, v.140, n.3, p.321-327. 2004.

FRIERSON, J. Gordon.

The yellow fever vaccine: a history. *Yale Journal of Biology and Medicine*, v.83, n.2, p.77-85. 2010.

GARCÍA SÁNCHEZ, Felipe; CELIS SALAZAR, Heliodoro; CARBONEY MORA, Carlos.

Viruela en la república mexicana. *Salud Pública de México*, v.34, n.5, p.577-587. 1992.

GRANDIN, Greg; JOSEPH, Gilbert M.

A century of revolution, insurgent and counterinsurgent violence during Latin America's long Cold War. Duke: Duke University Press. 2010.

GUTIÉRREZ, Ana Teresa.

Tiempos de guerra y paz: Arnoldo Gabaldón y

la investigación sobre malaria en Venezuela. Caracas: CENDES, 1998.

HOCHMAN, Gilberto.

Priority, invisibility and eradication: the history of smallpox and the Brazilian public health agenda. *Medical History*, v.53, n.2, p.229-252. 2009.

KINKELA, David.

Pesticides, politics and the dilemmas of regulation: DDT and the international context of US environmentalism, 1943-1982. Tesis (PhD) – New York University, New York. 2005.

LAURELL, Asa Cristina.

Para um novo Estado de bem-estar na América Latina. *Lua Nova*, n.45, p.187-204. 1998.

LEONARD, Jonathan.

Research in the Argentine outback: the health quest of Salvador Mazza. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, v.26, n.3, p.256-270. 1992.

LEWIS, Oscar.

Antropología de la pobreza: cinco familias. México: Fondo de Cultura Económica. 1961.

LITSIOS, Socrates.

Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance. *Medical Anthropology*, v.17, n.3, p.255-278. 1997.

MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva.

A campanha continental para a erradicação do Aedes aegypti da OPAS e a cooperação internacional em saúde nas Américas (1918-1968). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2013.

MAZZOTTI, M.A.; BRAVO-BECHERELLE, M.

Escorpionismo en la república mexicana. *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v.1, n.2, p.3-19. 1961.

MUNIZ, Érico Silva.

Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Fino Traço; EDUEPB. 2013.

NAJERA, José A.

Malaria and the work of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, v.67, n.3, p.229-243. 1989.

OFICINA...

Oficina Sanitaria Panamericana. Conferencia sobre fiebre amarilla, Washington, D.C., Actas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v.4, n.4, p.571-661. 1954.

PACKARD, Randall.

Malaria dreams: postwar visions of health and development in the Third World. *Medical Anthropology*, v.17, n.3, p.279-296. 1997.

- PACKARD, Randall; GADELHA, Paulo.
A land filled with mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation and the *Anopheles gambiae* invasion of Brazil. *Parassitologia*, v.17, n.3, p.197-213. 1994.
- PAMPANA, Emilio.
A textbook of malaria eradication. Londres: Oxford University Press. 1963.
- PETRUS, Edouard; VELARDE THOME, Jaime.
Cinco años de campaña contra la frambesia en Haití. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.42, n.1, p.22-30. 1957.
- PINTO SEVERO, Octavio.
La campaña de erradicación del *Aedes Aegypti* en las Américas, su organización, evolución y resultados hasta diciembre de 1954. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.45, n.5, p.375-386. 1958.
- PLUNKETT, Richard J.
Inter-American cooperation builds health program in Paraguay. *Hospitals*, v.20, n.3, p.70-72. 1946.
- SCHLIESSMANN, D.J.
Initiation of the *Aedes aegypti* eradication programme of the USA. *Bulletin of the World Health Organization*, v.36, n.4, p.604-609. 1967.
- SCHULE, Paul A.
Dengue fever: transmission by *Aedes aegypti*. *American Journal of Tropical Medicine*, v.8, n.3, p.203-213. 1928.
- SHARPLESS, John.
World population growth, family planning, and American foreign policy. *Journal of Policy History*, v.7, n.1, p.72-102. 1995.
- SLOSEK, Jean.
Aedes aegypti mosquitoes in the Americas: a review of their interactions with the human population. *Social Science and Medicine*, v.23, n.3, p.249-257. 1986.
- SOPER, Fred L.
Ventures in world health: the memoirs of Fred Lowe Soper. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1977.
- SOPER, Fred L.
The elimination of urban yellow fever in the Americas through the eradication of *Aedes aegypti*. *American Journal of Public Health Nations Health*, v.53, p.7-16. 1963.
- SOPER, Fred L. et al.
Typhus fever in Italy, 1943-1945, and its control with louse powder. *American Journal of Hygiene*, v.45, n.3, p.305-334. 1947.
- STEPAN, Nancy Leys.
Eradication, ridding the world of diseases forever? Ithaca: Cornell University Press. 2011.
- TOGNOTTI, Eugenia.
Program to eradicate malaria in Sardinia, 1946-1950. *Emerging Infectious Diseases*, v.15, n.9, p.1460-1466. 2009.
- TOWNSEND, Hoopes.
FDR and the creation of the U.N. New Haven: Yale University Press. 1997.
- VAN ZILE HYDE, Henry.
The modern story of yaws. *The American Journal of Nursing*, v.55, n.4, p.450-453. 1955.
- WHO...
World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. 1976.
- WHO...
World Health Organization.
Expert Committee on Malaria: 10th Report. Geneva: World Health Organization. 1964.
- ZIMMERMAN, Oswald; LAVINE, Irvin.
DDT, killer of killers. Dover: Industrial Research Service. 1946.

